



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

Agence de la santé publique du Canada

2010-2011

Rapport ministériel sur le rendement

L'honorable Leona Aglukkaq, c.p., députée
Ministre de la Santé

Canada 

Table des matières

MESSAGE DE LA MINISTRE.....	1
MESSAGE DE L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE	3
SECTION I – SURVOL DE L'ORGANISATION	4
Raison d'être.....	4
Responsabilités	4
Résultat stratégique et architecture des activités de programme (AAP).....	5
Priorités organisationnelles.....	6
Analyse du risque	10
Sommaire du rendement	12
Profil des dépenses	15
Budget des dépenses par crédit voté.....	15
SECTION II – ANALYSE DES ACTIVITÉS DE PROGRAMME PAR RÉSULTAT STRATÉGIQUE	16
Résultat stratégique.....	16
Activité de programme : Sciences et technologie pour la santé publique	16
Activité de programme : Surveillance et évaluation de la santé de la population.....	19
Activité de programme : État de préparation et capacité en santé publique.....	23
Activité de programme : Promotion de la santé.....	27
Activité de programme : Prévention et réduction des maladies et des blessures	30
Activité de programme : Exécution de la réglementation et interventions en cas d'urgence.....	35
Activité de programme : Services internes	39
Plan d'action économique du Canada	44
SECTION III – RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES.....	45
Principales données financières	45
États financiers	45
Liste des tableaux supplémentaires.....	48
Personne-ressource de l'organisme	48

Message de la ministre

À titre de ministre de la Santé du Canada, j'ai le plaisir de présenter le Rapport ministériel sur le rendement de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour l'exercice 2010-2011. Le travail de l'Agence démontre la volonté ferme du gouvernement du Canada de protéger et d'améliorer la santé et la sécurité de tous les Canadiens.

Le rapport met en lumière les progrès accomplis dans le cadre d'importantes initiatives de santé publique contribuant à la prévention des maladies et des blessures et favorisant la santé et le mieux-être. Par exemple, l'Agence a ouvert la voie à une stratégie visant à inciter les jeunes et les intervenants à participer aux discussions et à la prise de mesures relativement au poids santé, en commençant par « Notre santé, notre avenir », une approche innovatrice de mobilisation par Internet. Entreprise au nom du Conseil du Réseau de santé publique et en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, l'approche de mobilisation constituait le fondement du travail continu de 2011-2012 pour lutter contre les conséquences de l'obésité, à court et à plus long terme, sur la santé des enfants et des jeunes canadiens. Cette approche appuie et respecte la *Déclaration sur la prévention et la promotion*, et *Freiner l'obésité : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, adoptés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, ou de la Promotion de la santé/des modes de vie sains, et approuvés par les ministres responsables du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs. Au cours du dernier exercice, l'ASPC a poursuivi ses efforts de collaboration concernant la santé mentale, le diabète, les maladies du cœur et la sclérose en plaques (SP). Une contribution de deux millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé pour l'élaboration du Système canadien de surveillance de la SP en vue d'assurer une meilleure compréhension des caractéristiques de la SP et de l'utilisation des traitements dans l'ensemble du Canada en est un exemple notable.



Dans le cadre de sa réponse aux leçons tirées de la pandémie de grippe H1N1, l'Agence a continué à prendre des mesures concrètes afin de mieux se préparer et d'intervenir en cas d'urgence de santé publique. Un nouveau contrat à long terme d'approvisionnement en vaccin antipandémique, attribué en mars 2011, fournit aux gouvernements provinciaux et territoriaux une gamme plus large de vaccins. De plus, un contrat d'approvisionnement en vaccin antipandémique a été mis en place comme source de secours à être utilisée dans l'éventualité où l'approvisionnement principal serait perturbé. Ces contrats garantissent un approvisionnement sûr en vaccins pour les Canadiens en cas de pandémie de grippe.

Au nom du gouvernement du Canada, l'ASPC assure la coordination de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH, financée par le gouvernement du Canada et la Fondation Bill et Melinda Gates. La collaboration renouvelée réunit des chercheurs de premier plan des secteurs public et privé ainsi que la communauté internationale dans le but de mettre au point un vaccin contre le VIH. Pour s'attaquer aux taux élevés de tuberculose dans le nord du Canada, l'ASPC a appuyé le projet Taima tuberculose, un projet pilote qui vise à améliorer les activités préventives existantes et à inspirer les efforts futurs dans le Nord pour diagnostiquer et traiter les infections tuberculeuses latentes.

L'Agence tient le système de la Réserve nationale de secours qui a appuyé la réponse du gouvernement au tremblement de terre du Japon ainsi que plusieurs demandes d'approvisionnement d'urgence et de produits pharmaceutiques des provinces. L'Agence a également rempli son rôle en matière de santé publique pendant les sommets du G8 et du G20 en Ontario en déployant des équipes d'intervention d'urgence microbiologique et des laboratoires mobiles pour aider au maintien de la biosûreté et de la biosécurité sur place.

Grâce à ce large éventail d'activités importantes et à son travail en étroite collaboration avec les provinces, les territoires, les professionnels en santé publique et les scientifiques, l'ASPC demeure un chef de file mondial dans la prévention des maladies et des blessures, prévoyant les menaces à la santé et à la sécurité et y répondant et contribuant à l'amélioration des connaissances et des compétences des praticiens de la santé publique au Canada.

L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée
Ministre de la Santé

Message de l'administrateur en chef de la santé publique

Le Rapport sur le rendement ci-joint présente l'ensemble du travail entrepris par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour appuyer la santé des Canadiens. Nos employés, travaillant en collaboration, appliquent leur expertise dans le but de réduire les inégalités en santé, de définir et de prévenir la maladie et les blessures, et de renforcer les capacités des praticiens de la santé publique au Canada.

Nos réalisations témoignent du leadership de l'ASPC dans sa collaboration avec les provinces, les territoires, les praticiens de la santé publique et les organismes sanitaires internationaux. Ces partenariats suscitent de réels progrès en santé publique. Par exemple, le Protocole d'intervention lors de toxi-infections d'origine alimentaire (PRITIOA) 2010 du Canada établit les principes directeurs clés et les procédures pour la détermination d'une éclosion d'intoxication alimentaire, touchant plus d'une province ou d'un territoire, et l'intervention qui suivra. Il réunit l'ASPC, les provinces et les territoires, ainsi que Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Le PRITIOA permet une intervention efficace, en temps opportun et coordonnée en cas d'une éclosion de maladie alimentaire dans l'ensemble du Canada, quel que soit l'endroit où elle se produit.



La collaboration est aussi essentielle à la promotion de la santé, du mieux-être et de la qualité de vie des Canadiens. L'ASPC a fourni du financement en vue d'appuyer l'élaboration et le lancement des nouvelles lignes directrices en matière d'activité physique de la Société canadienne pour la physiologie de l'exercice en janvier 2011 et s'est associée aux Instituts de recherche en santé du Canada et financé des synthèses de connaissances favorisant l'élaboration future de lignes directrices en matière d'activité physique. Pour assurer la sécurité des enfants et des jeunes pendant leurs activités, l'Agence a mis sur pied l'initiative Actif et sécuritaire pour traiter des blessures liées aux sports et aux loisirs. En partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé, l'ASPC a joué un rôle de premier plan dans la création de collectivités plus accueillantes et plus saines pour les aînés par le truchement de l'Initiative des collectivités-amies des aînés touchant 400 collectivités dans sept provinces du Canada.

Les données probantes et la science sont le fondement du processus de prise de décision, des politiques et des programmes de l'Agence. Le travail scientifique réalisé dans nos laboratoires de calibre mondial vient à l'appui de la prévention des éclosions de grande ampleur et de la réponse à celles-ci, qu'elles prennent naissance ici, au Canada, ou dans d'autres pays. Nos scientifiques continuent à faire des recherches de pointe pour définir et lutter contre les bactéries et les virus nouveaux et émergents. Au Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, les scientifiques ont élaboré une méthodologie pour faire la distinction entre différentes souches de bactéries et déterminer plus rapidement la source des maladies d'origine alimentaire. Les scientifiques du Laboratoire national de microbiologie ont effectué le séquençage complet du génome des souches de choléra de l'éclosion qui a eu lieu en 2010 en Haïti pour aider à déterminer son origine. Pour respecter la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*, l'Agence a noué un dialogue avec les chercheurs et les employés de laboratoire qui manipulent, entreposent ou utilisent les pathogènes humains et les toxines pour aider à renforcer la capacité nécessaire pour se conformer aux nouvelles exigences visant à manipuler ces produits potentiellement dangereux de manière sûre et sécuritaire.

Le renforcement de la capacité en santé publique demeure une priorité importante pour l'Agence. L'an dernier, une formation a été offerte à plus de 3 000 praticiens de santé publique au sein de l'ASPC et à l'extérieur dans le cadre du programme *Compétences en ligne*. Un cours pilote d'épidémiologie en ligne, destiné aux apprenants autochtones et du Nord a permis d'offrir une formation efficace et adaptée à la culture tout en permettant de surmonter les obstacles que constitue la distance géographique. Ce cours pilote a renforcé la capacité des praticiens de santé publique autochtones et du Nord qui travaillent dans leurs collectivités. Au sein même de l'Agence, nous avons continué à créer un milieu de travail sain, dynamique et productif, animés par les efforts de renouvellement de la fonction publique et notre engagement permanent à l'égard de nos valeurs de respect pour la démocratie, l'intégrité, la gérance et l'excellence.

Le présent rapport démontre l'engagement continu de l'ASPC à améliorer la santé des Canadiens, en partenariat avec les provinces, les territoires ainsi que les intervenants et les organismes de santé publique. Je suis ravi de faire partie de cet effort collectif en santé publique au Canada.

David Butler-Jones, M.D.
Administrateur en chef de la santé publique

Section I – Survol de l'organisation

Raison d'être

La santé publique a trait aux efforts organisés que déploie la société pour maintenir les personnes en santé et pour prévenir les blessures, les maladies et les décès prématurés. Elle comprend des programmes, des services et des politiques qui protègent et favorisent la santé de tous les Canadiens. Au Canada, les trois ordres de gouvernement, le secteur privé, les organisations non gouvernementales, les professionnels de la santé et le public se partagent la responsabilité de la santé publique.

L'[Agence de la santé publique du Canada](#) (« l'Agence » ou « l'ASPC ») a été créée en septembre 2004, à l'intérieur du [portefeuille de la Santé](#) du gouvernement fédéral, afin de remplir l'engagement du gouvernement du Canada d'accorder une plus grande importance à la santé publique en vue de contribuer à la protection et à l'amélioration de la santé et de la sécurité de tous les Canadiens et de contribuer au renforcement du système de santé.

Responsabilités

Les responsabilités suivantes incombent à l'Agence :

- contribuer à la prévention des maladies et des blessures et à la promotion de la santé;
- améliorer le nombre et la qualité des données de surveillance et élargir les connaissances relatives aux maladies et aux blessures au Canada;
- agir pour que le gouvernement fédéral exerce un leadership et rende compte de sa gestion lors de situations d'urgence en santé publique;
- être une plaque tournante favorisant à la fois la diffusion du savoir-faire canadien dans le reste du monde et l'application, aux programmes de santé publique du Canada, des résultats de travaux internationaux de recherche et développement;
- renforcer la collaboration intergouvernementale dans le domaine de la santé publique et faciliter l'adoption d'approches nationales en matière d'élaboration de plans et de politiques en santé publique.

Résultat stratégique et architecture des activités de programme (AAP)

Soucieuse de remplir efficacement son mandat, l'Agence mise sur l'architecture des activités de programme illustrée ci-dessous pour atteindre un résultat stratégique, soit la promotion de la santé, des disparités réduites en matière de santé ainsi que la prévention et l'atténuation des maladies et des blessures.

Résultat stratégique : Un Canada capable de promouvoir la santé, de réduire les disparités en matière de santé et de prévenir et d'atténuer les maladies et les blessures						
1.1 Science et technologie pour la santé publique.	1.2 Surveillance et évaluation de la santé de la population	1.3 État de préparation et capacité en santé publique	1.4 Promotion de la santé	1.5 Prévention et réduction des maladies et des blessures	1.6 Exécution de la réglementation et interventions en cas d'urgence	2.1 Services internes
	1.2.1 Surveillance de la santé publique	1.3.1 Capacités en santé publique	1.4.1 Communautés saines	1.5.1 Prévention et réduction des maladies chroniques	1.6.1 Application de la réglementation	2.1.1 Gouvernance et soutien de la gestion
	1.2.2 Évaluation de la santé de la population	1.3.2 État de préparation	1.4.2 Priorités émergentes et innovation en matière de promotion de la santé	1.5.2 Prévention et réduction des blessures	1.6.2 Opérations d'urgence	2.1.2 Services de gestion des ressources
		1.3.3 Réseaux de santé publique	1.4.3 Programmes destinés à l'enfance et à l'adolescence	1.5.3 Prévention et contrôle des maladies infectieuses;	1.6.3 Réserve de secours	2.1.3 Services de gestion des biens
			1.4.4 Vieillesse et personnes âgées			

Priorités organisationnelles

Échelle de cotation de l'état du rendement

État du rendement	Définition
Dépassé	Plus de 100 p. 100 du niveau de rendement attendu par rapport à la priorité précisée dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) a été atteint au cours de l'exercice.
Entièrement atteint	100 p. 100 du niveau de rendement attendu par rapport à la priorité précisée dans le RPP a été atteint au cours de l'exercice.
Atteint en grande partie	De 80 à 99 p. 100 du niveau de rendement attendu par rapport à la priorité précisée dans le RPP a été atteint au cours de l'exercice.
Passablement atteint	De 60 à 79 p. 100 du niveau de rendement attendu par rapport à la priorité précisée dans le RPP a été atteint au cours de l'exercice.
Non atteint	Moins de 60 p. 100 du niveau de rendement attendu par rapport à la priorité précisée dans le RPP a été atteint au cours de l'exercice.

Priorité organisationnelle	État
I. Gestion des risques pour la santé publique des Canadiens	Type : Permanente
	Activités de programme : 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, 1.6
Le renforcement de la capacité de l'Agence de pressentir et contrer les risques pour la santé publique, tant réels que possibles, contribuera à prévenir et à atténuer les maladies.	
a) Intégration du savoir-faire et des renseignements tirés de l'exercice de la gestion des interventions du gouvernement fédéral pour lutter contre la pandémie de grippe A (H1N1).	<p>Entièrement atteint</p> <p>L'Agence a fait des démarches afin de suivre les recommandations contenues dans le rapport intitulé Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009 et dans le Rapport du Sénat sur la Réponse du Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009, surtout en matière de leadership et de coordination. Conformément à son plan d'action de la direction, l'Agence a passé de nouveaux contrats d'approvisionnement en vaccins afin d'assurer un accès rapide à un vaccin antipandémique produit au Canada.</p>
b) Amélioration de l'état de préparation afin de réagir aux maladies infectieuses émergentes et aux autres phénomènes touchant la santé publique (y compris l'établissement et la mise en œuvre d'un plan relatif aux rassemblements de masse).	<p>Entièrement atteint</p> <p>L'Agence a amélioré l'état de préparation en entreprenant un examen du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza et de la Réserve nationale de secours, y compris l'amélioration de la capacité du Centre des opérations d'urgence, qui est en fonction en tout temps, soit 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.</p> <p>En ce qui concerne les rassemblements de masse, l'Agence a contribué à la gestion efficace des risques pour la santé publique lors des sommets des G8 et G20. Comme prévu, elle a déployé son équipe d'intervention d'urgence microbiologique en vue d'aider à maintenir la sécurité biologique à l'occasion de ces événements. L'Agence a également participé à l'élaboration de procédures opératoires normalisées et d'exercices préalables aux sommets qui ont facilité l'échange de renseignements avec les partenaires en santé publique.</p>
c) Renforcement des stratégies de surveillance.	<p>Entièrement atteint</p> <p>L'Agence a renforcé un grand nombre de systèmes de surveillance visant des maladies et des populations pour tous les types de maladies, en plus de renforcer la capacité à l'aide de scénarios visant à évaluer les problèmes complexes de santé publique.</p>

Priorité organisationnelle	État
II. Promotion de la santé des Canadiens vulnérables	Type : Permanente
	Activités de programme : 1.2, 1.3, 1.4, 1.5
L'amélioration de la santé des Canadiens défavorisés et vulnérables par le biais de politiques et d'interventions plus stratégiques et mieux ciblées aidera à réduire les disparités en matière de santé.	
a) Renforcement des initiatives permettant d'améliorer l'état de santé et le bien-être des enfants et des jeunes.	<p>Entièrement atteint</p> <p>L'Agence a fait la démonstration du besoin permanent d'interventions précoces afin de faire progresser la santé et le bien-être des enfants et des adolescents, et élaborer des méthodes visant à rejoindre cette population sur le Web. Par exemple, cette année le Fonds national d'aide aux projets stratégiques sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale a financé des projets qui contribuent à enrichir la base de données sur la prévalence et les répercussions de ces troubles au Canada.</p>
b) Mobilisation des autres secteurs et des autres ministères afin de mettre au point des politiques publiques judicieuses et des investissements connexes et d'agir sur ces éléments.	<p>Entièrement atteint</p> <p>Les Canadiens de tous les âges et de tous les milieux profitent du recours à des stratégies sur les modes de vie sains. En misant sur la lancée établie, l'Agence a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accru le rendement des praticiens en santé publique nordiques et autochtones travaillant dans leurs collectivités; • fait participer d'autres secteurs et ministères à un dialogue sur l'obésité, afin qu'ils contribuent à l'élaboration d'une politique publique favorisant la santé; • appuyé l'élaboration de lignes directrices révisées en matière d'activité physique.
c) Soutien de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de politiques et d'interventions novatrices. Cette mesure comprend l'échange systématique des connaissances en vue de procurer de plus grands avantages pour les Canadiens.	<p>Entièrement atteint</p> <p>L'Agence a augmenté le nombre d'activités de surveillance, ce qui a permis d'élargir les connaissances sur les maladies chroniques et infectieuses et de mieux les comprendre, de même que d'acquérir les connaissances manquantes dans des domaines tels les affections neurologiques et la résistance aux antimicrobiens, procurant ainsi de plus grands avantages pour les Canadiens.</p> <p>Parmi les politiques et interventions novatrices appuyées par l'Agence se trouvent l'Initiative des collectivités-amies des aînés et « Outiller les Canadiens - la santé mentale pour la vie ».</p>
d) Enrichissement du corpus de données probantes en vue d'élaborer des politiques et des interventions.	<p>Entièrement atteint</p> <p>L'Agence a appuyé la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et d'interventions novatrices, en particulier pour la santé mentale et la réduction des disparités en matière de santé.</p>

Priorité organisationnelle	État
III. Capacité en santé publique	Type : Permanente
	Activités de programme : 1.2, 1.3, 1.5, 1.6
Le renforcement des capacités pancanadiennes et des capacités de l'Agence se traduira par un système de santé publique plus robuste, ce qui contribuera à promouvoir la santé, à réduire les disparités en matière de santé et à prévenir et à atténuer les maladies et les blessures.	
a) Renforcement des services et des capacités d'intervention sur le terrain en matière de santé	<p>Entièrement atteint</p> <p>L'Agence procède à l'opérationnalisation de l'accord fédéral, provincial et territorial sur l'assistance mutuelle, y compris des mécanismes en vue de coordonner et d'appuyer l'échange de professionnels de la santé entre les administrations advenant une demande</p>

publique.	d'aide. Le renforcement supplémentaire des services et des capacités d'intervention sur le terrain en matière de santé publique a été rendu possible grâce aux mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • le lancement et exploitation de l'Institut de formation visant les services extérieurs; • l'augmentation de l'inscription aux modules d'apprentissage <i>Compétences en ligne</i>; • la mise en œuvre du pilote EPI-1 sur la santé publique chez les Autochtones, conçu pour atteindre efficacement des apprenants dispersés sur le plan géographique.
b) Renforcement de l'approche de réglementation en matière de santé publique (p. ex. mise au point de règlements à l'appui de la <i>Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines</i>).	Entièrement atteint L'Agence a renforcé l'approche de réglementation en santé publique en élargissant les services de mise en quarantaine, en se conformant au Règlement sanitaire international et en s'engageant dans une étroite collaboration avec les intervenants, ce qui constitue la première étape de l'élaboration du cadre de réglementation pour la mise en œuvre de la <i>Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines</i> . Les premiers succès comprennent l'inscription d'environ 1 000 organismes qui manipulent des pathogènes humains et des toxines.
c) Amélioration des initiatives touchant la salubrité des aliments, notamment en ce qui touche la listériose.	Entièrement atteint L'Agence a amélioré des initiatives touchant la salubrité des aliments en appliquant, en collaboration avec Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les recommandations tirées de son document Éclosion de listériose en 2008 : Rapport des leçons tirées , de même que du Rapport de l'enquêteuse indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008 qui comprend l'élaboration du cadre pour la Réserve de santé publique en vue de se préparer aux formations et aux exercices.

Priorité organisationnelle	État
IV. Amélioration de la diffusion des connaissances et du recours aux pratiques exemplaires en matière de santé publique	Type : Permanente
	Activités de programme : 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6
Le recours amélioré aux pratiques efficaces en matière de santé publique, fondé sur la constitution d'une solide assise de connaissances, contribuera à promouvoir la santé, à réduire les disparités en matière de santé et à prévenir et à atténuer les maladies et les blessures.	
a) Mise au point d'une stratégie en vue d'améliorer la diffusion des produits du savoir par l'intermédiaire du site Web de l'Agence.	Passablement atteint L'Agence a amélioré la diffusion des produits du savoir par l'intermédiaire de son site Web en mettant au point des outils d'interrogation et d'analyse contenant les données accessibles au public, qui permettent aux utilisateurs de personnaliser les tableaux et les diagrammes selon leurs besoins ainsi qu'en se servant du Portail canadien des pratiques exemplaires en vue de produire et de diffuser des connaissances fondées sur des preuves à l'échelle locale, provinciale, territoriale, nationale et internationale. Les travaux se poursuivent pour élaborer une plus vaste stratégie visant à accroître la diffusion de produits de connaissances sur le site Web de l'Agence.
b) Renforcement des mécanismes permettant de traduire les données probantes en lignes directrices et en outils fondés sur la pratique, par le truchement du Groupe d'étude canadien sur les	Entièrement atteint L'Agence continue d'appuyer le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs qui dirige l'élaboration de recommandations sur la pratique clinique pour les soins primaires et préventifs. Le Groupe d'étude a terminé une synthèse ainsi qu'un rapport d'examen sur l'ensemble des données probantes en plus d'avoir préparé des lignes directrices et rédigé des articles de journaux auxiliaires sur le dépistage du cancer du sein. De plus, de nouveaux groupes de travail sur le diabète, la dépression, le cancer du col de l'utérus, l'obésité chez les enfants et les adultes et l'hypertension, qui sont menés par le Groupe

Priorité organisationnelle	État
soins de santé préventifs et avec le concours d'autres organismes qui s'attardent à traduire les données probantes en mesures concrètes.	d'étude, ont été créés pour faire participer les intervenants à la révision et à l'élaboration des lignes directrices et des outils d'application des connaissances qui y sont associés.

Priorité organisationnelle	État
V. Recherche de l'excellence en affaires	Type : Engagement antérieur
	Activité de programme : 2.1
Le renforcement de l'infrastructure de gestion et d'administration permettra à l'Agence de mieux servir l'intérêt et les besoins des Canadiens en matière de santé publique.	
a) Prestation d'un soutien stratégique et d'un soutien sur le plan des politiques afin d'atteindre les buts opérationnels de l'Agence et de respecter les priorités ministérielles, en portant une attention particulière à la prise de décisions scientifiques.	Atteint en grande partie L'Agence prépare actuellement un plan stratégique en matière de science et de recherche en vue d'harmoniser les activités scientifiques et de recherche avec ses buts opérationnels et les priorités ministérielles. Ce plan permettra de veiller à ce que l'Agence, en plus de maintenir le niveau d'excellence dans la tenue de ses activités scientifiques, effectue celles qui conviennent afin d'offrir un soutien stratégique et un soutien sur le plan des politiques.
b) Mise au point d'outils en vue d'établir une infrastructure de gestion stable et tournée vers l'avenir (p. ex. plan d'investissement).	Passablement atteint L'Agence a stabilisé son architecture des activités de programme et continue de réviser et d'améliorer le cadre de mesure du rendement qui y est associé. L'Agence a rédigé son premier plan d'investissement, notamment une liste des investissements à des fins de consultation interne, d'établissement des priorités et de validation. Ce plan devrait être achevé en 2011-2012. L'Agence a également élaboré une politique sur la gestion des risques et son premier profil de risque de l'organisation cernant les principaux risques, facteurs de risque, méthodes de maîtrise du risque et stratégies de gestion du risque. Elle poursuivra ses plans en vue de concevoir des outils de gestion des risques et de communiquer à tous ses employés les exigences en matière de gestion du risque que contient la norme de gestion intégrée du risque.

Priorité organisationnelle	État
VI. Gestion axée sur les personnes	Type : Nouvelle
	Activité de programme : 2.1
En agissant sur le développement d'une culture axée sur les personnes en milieu de travail qui valorise l'excellence de la main-d'œuvre, le leadership et l'engagement des employés, l'Agence contribue à satisfaire les besoins relatifs aux programmes, ce qui favorise l'atteinte du résultat stratégique.	

Priorité organisationnelle	État
<p>a) Conduite d'un examen portant sur la prestation des services et sur la gestion stratégique des ressources humaines, à l'appui des priorités et du mandat de l'Agence, ainsi que mise en œuvre de mesures sur l'horizon de planification triennal.</p>	<p>Passablement atteint En 2009-2010, l'Agence a réalisé un examen portant sur la prestation des services et la gestion stratégique des ressources humaines (RH). Depuis, un modèle de prestation des services en RH a été élaboré et se trouve à l'étape de la mise en œuvre. Le plan de travail pour l'ensemble de politiques sur les RH intégrées et révisées est en cours de préparation, et les tableaux de bord des RH devraient être terminés en 2011-2012.</p>
<p>b) Établissement d'un cadre de gestion des ressources humaines (RH) sur l'horizon de planification triennal, à l'appui du renouvellement de la fonction publique et de l'exercice de la fonction de l'administrateur en chef de la santé publique.</p>	<p>Entièrement atteint L'Agence a élaboré un cadre de gestion des personnes (anciennement le cadre de gestion des ressources humaines) et a fait de bons progrès la première année de ce plan triennal, y compris ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le lancement de consultations sur la gestion des compétences et d'outils de planification du roulement de personnel aux postes-clés; • la préparation de la migration vers PeopleSoft qui remplacera le système d'information sur les RH, qui est désuet; • l'établissement d'un cadre de contrôle de la dotation; • l'élaboration de priorités en matière de renouvellement du personnel et de recrutement.
<p>c) Adoption d'une approche globale du bien-être en milieu de travail, par l'entremise d'une série d'initiatives visant à stimuler l'engagement, la motivation et le mieux-être des employés.</p>	<p>Entièrement atteint L'Agence a élaboré et mis en œuvre son plan d'action pour le bien-être en milieu de travail et en a surveillé les progrès. Voici les principales activités incluses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la préparation et prestation d'une présentation à l'intention de la haute direction au sujet des domaines prioritaires clés et des activités connexes; • la prestation d'une formation à plus de 215 employés au Canada à propos de la lutte contre le harcèlement et du respect en milieu de travail; • le lancement d'un « wiki » sur le bien-être en milieu de travail, qui a reçu plus de 2 700 visites.

Analyse du risque

L'Agence de la santé publique du Canada doit relever toute une variété de défis pour atteindre son résultat stratégique et respecter ses priorités. Ces défis proviennent d'un environnement politique changeant, qui comprend une incertitude persistante sur le plan économique, des changements démographiques, une chaîne alimentaire mondiale en expansion et dont les aliments proviennent maintenant de nombreux pays, et des taux croissants de migration, de commerce et de voyages internationaux. Le travail dans cet environnement met en lumière le besoin croissant de continuer d'améliorer la coordination et la collaboration, tant à l'externe, entre les autorités sanitaires à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale, régionale et locale, qu'à l'interne, au sein de l'Agence et du portefeuille de la Santé, car la prévention et l'atténuation des maladies chroniques et infectieuses, y compris l'intervention en cas d'épidémies de maladies d'origine alimentaire et de maladies infectieuses, doivent être gérées de façon efficace. Dans cet environnement politique en évolution, l'ASPC a continué de répondre aux priorités changeantes et à contrer les risques afin de présenter des résultats aux Canadiens.

Intervenir en cas de maladie infectieuse et en assurer la gestion

Avec l'augmentation de la migration, du commerce et des voyages internationaux, le Canada et les autres pays connaissent un plus grand risque de vivre des épidémies de maladies infectieuses. La vitesse de transmission de telles maladies augmente également, car des millions de personnes partent chaque jour en voyage à l'étranger, comme il a été souligné pendant l'épidémie de H1N1. Au cours de l'exercice financier, l'Agence a continuellement travaillé afin de se préparer à de tels risques. Elle poursuit notamment sa collaboration avec Santé Canada et d'autres partenaires en vue de définir et d'intégrer les leçons

appries et les recommandations d'évaluation tirées du rapport [Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009](#) et du [Rapport du Sénat sur la Réponse du Canada à la grippe H1N1 de 2009](#). L'Agence a aussi commencé la révision et l'examen complets du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI) en collaboration avec les provinces et les territoires, afin que le document demeure toujours d'actualité et qu'il évolue au fil des nouvelles données probantes et expériences. De plus, pour se tenir prête à intervenir advenant une pandémie, l'Agence a octroyé, en mars 2011, un nouveau contrat à long terme d'approvisionnement en vaccin antipandémique, qui fournit aux gouvernements provinciaux et territoriaux une gamme élargie de produits de vaccination. De plus, un contrat d'approvisionnement en vaccin antipandémique a été mis en place comme source de secours à être utilisée dans l'éventualité où l'approvisionnement principal serait perturbé. Ces contrats garantissent un approvisionnement sûr en vaccins pour les Canadiens en cas de pandémie de grippe. L'ASPC a aussi mis à jour ses analyses de la taille et de la composition de la réserve nationale d'antiviraux et travaille actuellement à l'élaboration d'une stratégie de durabilité à long terme.

L'intervention en cas de risques pour la santé publique et la gestion de ceux-ci dépendent de la capacité de l'Agence et de ses partenaires à surveiller rigoureusement la santé publique pendant les urgences comme l'épidémie de H1N1. Pour y arriver, l'Agence a augmenté ses efforts visant à améliorer sa capacité de surveillance en prenant, entre autres, des mesures importantes afin d'élaborer une approche de surveillance intégrée et appuyée par des systèmes, ce qui constitue une priorité-clé pour les intervenants en santé publique à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale au Canada. L'Agence a aussi collaboré avec Santé Canada pour réaliser des progrès importants en matière de gestion des risques, en élaborant le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé, qui s'harmonise avec le Plan fédéral d'intervention d'urgence du Canada.

L'Agence a également dirigé le programme des systèmes-pilotes d'intervention pour lutter contre les maladies infectieuses, conçu dans le but de renforcer l'infrastructure de santé publique du Canada et de contrer les dangers pour la santé associés aux maladies infectieuses d'origine hydrique et à transmission vectorielle résultant des changements climatiques. Finalement, l'Agence reconnaît les risques de maladies infectieuses inhérents aux rassemblements de masse. Un plan en la matière a donc été préparé dans l'éventualité où une épidémie se déclarerait pendant les Olympiques de Vancouver de 2010 ou les rassemblements du G8 et du G20.

Intervenir en cas de maladies d'origine alimentaire

L'écllosion de listériose en 2008 a prouvé que la façon dont les aliments se rendent à la table des Canadiens au 21^e siècle augmente le risque de maladies d'origine alimentaire. Dans le but de contrer ce risque, l'Agence a collaboré avec Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments afin de mettre en œuvre des mesures suivant les recommandations émises dans le [Rapport de l'enquêteur indépendante sur l'écllosion de listériose en 2008](#). L'application de ces recommandations permettra au gouvernement du Canada d'intervenir plus efficacement si ce type de maladie se présente à nouveau, surtout si elle touche plus d'une administration. L'Agence a aussi renforcé la surveillance de la listériose en ajoutant la bactérie *Listeria monocytogenes* au Programme national de surveillance des maladies entériques, qui surveille chaque semaine d'autres pathogènes entériques.

Pour contrer ce risque, une approche intergouvernementale et interministérielle est nécessaire. À cette fin, et à la suite de consultations de grande envergure, les ministres de la Santé et de l'Agriculture à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale (FPT), le Comité FPT sur la salubrité des aliments et le Conseil des médecins hygiénistes en chef ont approuvé en juin 2010 un protocole modernisé d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire (PRITIOA). De plus, l'Agence a collaboré avec Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments en vue d'élaborer un Plan d'intervention d'urgence lors de maladie d'origine alimentaire (PIUMOA) pour les épidémies de maladie d'origine alimentaire nécessitant une intervention qui n'est pas couverte par le PRITIOA (2010). Le PIUMOA utilise un système commun de commandement des interventions et il décrit les principes de gestion d'une urgence lors de maladies d'origine alimentaire que doit observer le portefeuille de la Santé.

Changement démographique

L'Agence reconnaît que la population canadienne vieillit, ce qui crée de nouvelles demandes dans le système de soins de santé et un risque grave d'augmentation des coûts. La nécessité de régler ce problème est une des raisons pourquoi l'administrateur en chef de la santé publique a décidé de se concentrer sur les aînés dans son [Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : Vieillir - ajouter de la vie aux années](#) de 2010. L'Agence travaille en vue de contrer ce risque à l'aide d'une gamme d'initiatives concrètes. Par exemple, elle a joué un rôle majeur dans la création d'environnements accueillants pour les aînés par l'intermédiaire de l'Initiative des collectivités-amies des aînés. L'Agence et Santé Canada ont aussi élaboré la [Trousse éducative Mangez bien et soyez actif](#) qui aide les intermédiaires en santé et en éducation à enseigner aux enfants et aux adultes, y compris aux aînés, ce qu'est un mode de vie sain. Finalement, l'Agence collabore avec le milieu de la santé publique pour

surveiller les tendances et les facteurs de risque des maladies chroniques, qui sont plus répandues chez les aînés, et pour encourager la prévention.

Risque pour l'organisation

L'ASPC continue à améliorer son approche en gestion du risque à l'aide de la mise en œuvre de la norme de gestion intégrée du risque. Voici les principales réalisations de 2010-2011 : l'approbation de la Politique sur la gestion des risques de l'Agence (essentielle pour déterminer les attentes et les responsabilités en la matière), l'approbation d'un nouveau profil de risque de l'organisation qui cerne les risques, les facteurs de risque, les méthodes de maîtrise du risque et les stratégies de gestion du risque, et une formation en gestion du risque pour le personnel. Selon sa planification, l'Agence continuera de travailler à la mise au point d'outils de gestion du risque (p. ex. des critères communs concernant l'incidence des risques, la probabilité, les contrôles et la tolérance) et de mieux communiquer au personnel les exigences à ce sujet qui figurent dans la norme de gestion intégrée du risque (p. ex. un site intranet sur la gestion des risques destiné aux employés), domaines dans lesquels l'Agence n'a pas accompli autant de progrès qu'elle l'aurait souhaité.

Sommaire du rendement

Ressources financières en 2010-2011 (en millions de dollars)

Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
664,8	711,9*	618,1**

Ressources humaines en 2010-2011 (équivalents à temps plein — ETP)

Prévues	Réelles	Différence
2,590	2,606	(16)***

* Le total des autorisations a été de 47,1 millions de dollars supérieur aux dépenses prévues. Cet écart s'explique surtout par l'octroi de nouvelles autorisations pour un projet spécial ayant trait à la disponibilité du vaccin antipandémique, le report de fonds du budget de fonctionnement et le renouvellement du financement du Programme d'aide préscolaire aux autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques.

** En 2010-2011, les dépenses réelles ont été de 93,8 millions de dollars inférieures au total des autorisations. Cet écart s'explique surtout par la remise du projet spécial ayant trait à la disponibilité du vaccin antipandémique alors que des solutions de rechange sont étudiées et par le report à court terme des activités en vertu de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH renouvelée; le report, aux exercices subséquents, du financement pour la construction du Laboratoire JC Wilt; et une légère sous-utilisation des budgets pour les opérations et contributions.

***L'écart de 16 entre les nombres prévus et réels d'équivalents à temps plein s'explique surtout par l'embauche de professionnels qualifiés dans quelques secteurs de programme.

Tableaux sur le sommaire du rendement

Résultat stratégique : Un Canada capable de promouvoir la santé, de réduire les disparités en matière de santé et de prévenir et d'atténuer les maladies et les blessures		
Indicateurs de rendement	Objectifs	Rendement en 2010-2011
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance	Maintenir ou dépasser l'EVAS de 2001 du Canada rapporté par Statistique Canada. ¹ Total – 69,6 Femmes – 70,8 Hommes – 68,3	Selon Statistique Canada, en 2001, l'EVAS à la naissance s'établissait à 69,6 ans, soit 70,8 ans pour les femmes et 68,3 ans pour les hommes ² .
La différence (en années) entre l'EVAS à la naissance observée pour les catégories de revenu correspondant au premier tiers et au dernier tiers de la population au Canada	Maintenir ou réduire la différence en années. Femmes – 3,2 Hommes – 4,7	Au Canada, pour la catégorie de revenu la plus élevée, l'EVAS des hommes et des femmes s'établissait respectivement à 70,5 et 72,3 ans en 2001. Un examen comparatif des différentes catégories de revenu révèle qu'à la naissance, les femmes de la catégorie de revenu la plus élevée présentaient une meilleure EVAS que les femmes de la catégorie de revenu la moins élevée (écart de 3,2 ans). Le même phénomène s'observe chez les hommes, qui, sur le plan de l'EVAS, présentaient un écart de 4,7 ans entre la catégorie de revenu la plus élevée et la catégorie de revenu la moins élevée ³ .

Certains facteurs déterminent les années de vie en bonne santé pour les Canadiens, dont les suivants : les facteurs de risque liés aux habitudes de vie personnelle et familiale; les facteurs génétiques et environnementaux; les progrès technologiques; les déterminants sociaux; l'accessibilité et la qualité des soins de santé; les pratiques et initiatives en santé publique aux échelons fédéral, provincial, territorial et local des gouvernements. L'Agence travaille de pair avec les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux afin de contribuer à ces initiatives en santé publique. Il est possible d'évaluer les résultats de ces facteurs et efforts combinés en consultant les mesures sommaires de la santé de la population.

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance est un indice sommaire composite de la santé de la population. Il est plus complet que la mesure de l'espérance de vie, laquelle est plus connue, puisqu'il combine, en une seule statistique, la durée de vie et la qualité de vie liée à la santé. L'EVAS se définit comme le « nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé étant donné les conditions courantes de morbidité et de mortalité⁴. »

Par l'entremise de tous ses programmes, l'ASPC contribue à rehausser l'EVAS au Canada. Exécutés en collaboration avec les partenaires FPT de la santé, ces programmes permettent au gouvernement fédéral d'exercer un leadership et d'octroyer un soutien en vue de promouvoir la santé, de réduire les disparités en matière de santé, de renforcer la capacité en santé publique, de prévenir et d'atténuer les blessures ainsi que les maladies chroniques et infectieuses, d'offrir un soutien pertinent relativement

¹ Statistique Canada. CANSIM, tableau 102-0121 et produit n° 82-221-X au catalogue.

² Statistique Canada. CANSIM, tableau 102-0121 et produit n° 82-221-X au catalogue.

³ Statistique Canada. « Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu (37b-HL) », *Indicateurs de la santé comparables, Canada, provinces et territoires*, n° 82-401-XIF au catalogue, Ottawa, Statistique Canada, 2001. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-401-x/2002000/4064312-fra.htm#2>.

⁴ Statistique Canada. Sur Internet : <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/hlth67-fra.htm> [Consulté le 16 août 2011.]

à la recherche, de surveiller les situations et les tendances se rapportant à la santé et aux maladies et, enfin, de réduire le risque et les conséquences des urgences en santé publique.

(En millions de dollars)

Activité de programme	Dépenses réelles en 2009–2010	2010–2011 ⁵				Concordance avec les résultats du gouvernement du Canada
		Budget principal des dépenses	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles	
Sciences et technologie pour la santé publique	74,5	85,0	85,0	97,2	81,6	Des Canadiens en santé
Surveillance et évaluation de la santé de la population	66,1	57,4	58,3	78,0	76,0	Des Canadiens en santé
État de préparation et capacité en santé publique	329,0	121,1	104,1	106,2	60,7	Des Canadiens en santé
Promotion de la santé	177,0	178,7	178,8	183,4	177,4	Des Canadiens en santé
Prévention et réduction des maladies et des blessures	132,8	114,9	115,7	102,6	86,3	Des Canadiens en santé
Exécution de la réglementation et interventions en cas d'urgence	53,3	28,3	29,5	25,0	23,2	Un Canada sécuritaire et sécurisé
Total	832,7	585,4	571,4	592,4	505,2	

Activité de programme	Dépenses réelles en 2009–2010	2010–2011			
		Budget principal des dépenses	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Services internes	111,5	92,6	93,4	119,5	112,9

⁵ Depuis le cycle de préparation du Budget des dépenses principales de 2009-2010, les ressources pour l'activité de programme Services internes sont présentées séparément des autres activités de programme. Elles ne sont plus distribuées parmi les activités de programme restantes, comme c'était le cas dans les budgets principaux précédents. Cette façon de faire a eu un effet quant à la comparaison des dépenses et de l'information sur les ETP par activité de programme entre chaque exercice.

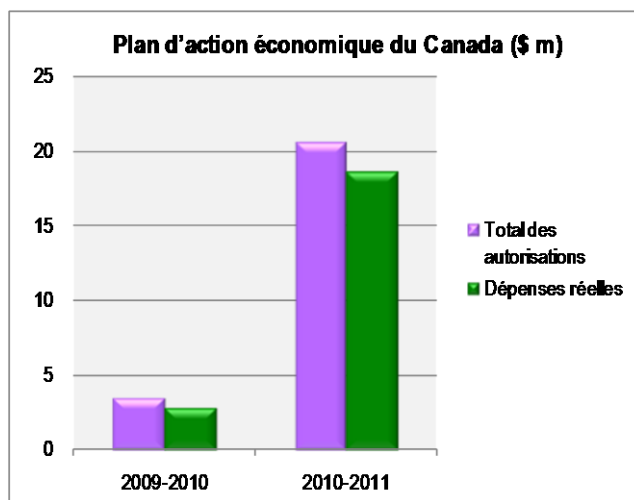
Profil des dépenses

Plan d'action économique du Canada

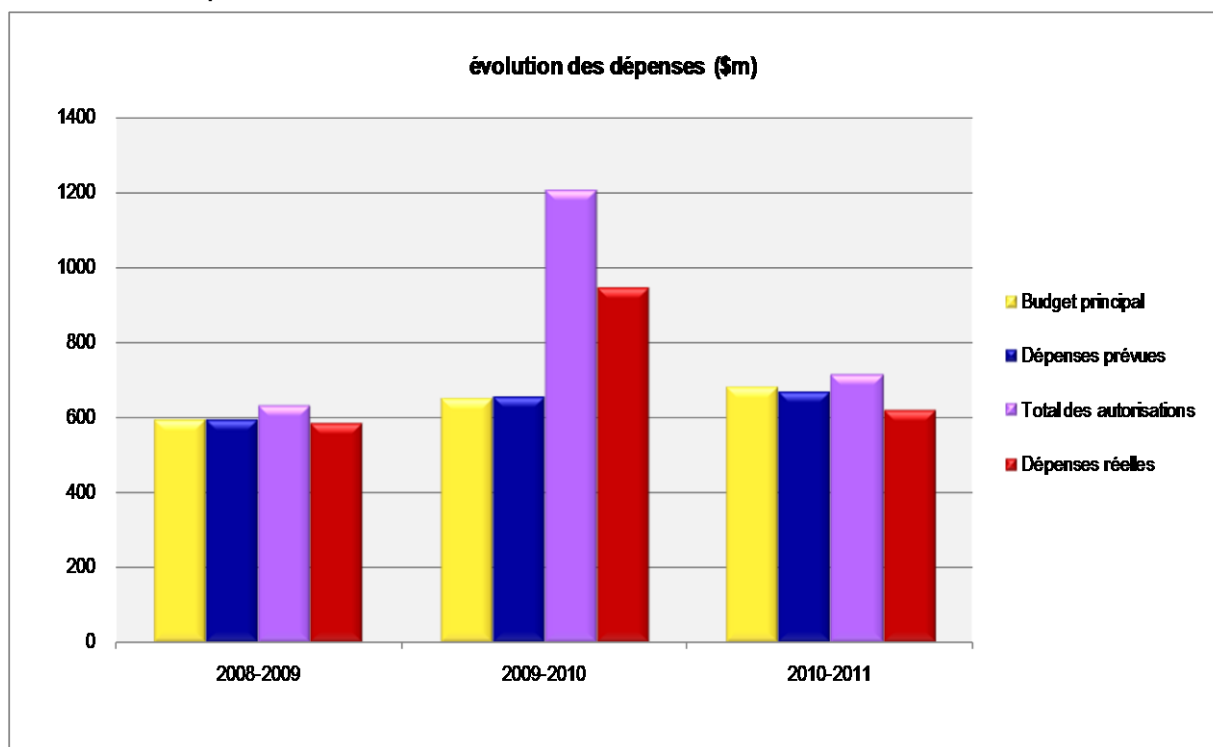
En vue de faciliter le déplacement efficace et rentable des biens et des échantillons au sein du Centre scientifique canadien de santé humaine et animale (CSCSHA), le Conseil du Trésor a approuvé, en avril 2009, l'élargissement du CSCSHA et ce, dans le cadre du Plan d'action économique du Canada. Les dépenses prévues du projet s'établissaient à 20,6 millions de dollars en 2010-2011.

Les dépenses réelles s'élevaient à 18,7 millions de dollars en 2010-2011, ce qui a donné lieu à un surplus de 1,9 million. À ce titre, une économie de 1,5 million était attribuable au contrat relatif à l'approche de gestion de la construction qui a permis d'apporter des correctifs à la conception au cours du projet et ainsi d'en améliorer l'efficacité.

Le projet avance à bon train et devrait être achevé en octobre 2011. Les dépenses prévues pour 2011-2012 sont de 0,4 M\$.



Tendance des dépenses ministérielles



Budget des dépenses par crédit voté

Pour obtenir de l'information sur nos crédits organisationnels ou nos dépenses législatives, veuillez consulter les Comptes publics du Canada de 2010-2011, volume II. Une version électronique est offerte sur le site Web de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada ⁶

⁶ Voir les Comptes publics du Canada de 2010, <http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/recgen/txt/72-fra.html>.

Section II – Analyse des activités de programme par résultat stratégique

Résultat stratégique

Le résultat stratégique de l'Agence s'énonce comme suit : un Canada capable de promouvoir la santé, de réduire les disparités en matière de santé et de prévenir et d'atténuer les maladies et les blessures. La présente section décrit les sept activités de programme par la voie desquelles l'Agence travaille à l'atteinte de ce résultat stratégique. On y énonce les résultats prévus ainsi que les cibles et les indicateurs de rendement établis pour chaque activité. En plus d'expliquer comment l'Agence a procédé pour atteindre les résultats prévus, le texte décrit les ressources humaines et financières réservées pour chaque activité de programme.

Activité de programme : Sciences et technologie pour la santé publique

Ce programme vise la mise au point et l'utilisation d'outils novateurs et d'outils scientifiques d'avant-garde en matière de santé publique, à l'échelon national. Il prévoit la prestation de services diagnostiques spécialisés d'analyse de référence en laboratoire ainsi que la mobilisation des réseaux et des capacités des scientifiques canadiens en vue d'aider le pays à améliorer la santé publique et à lutter efficacement contre les risques émergents pour la santé. Les principaux clients du programme sont les professionnels en santé publique qui travaillent dans des organisations fédérales, provinciales, territoriales, municipales, locales et non gouvernementales (ONG).

Ressources financières (en millions de dollars) 2010–2011		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
85,0	97,2*	81,6**

Ressources humaines (équivalents à temps plein) 2010–2011		
Prévues	Réelles	Différence
311	351,7	(40,7)***

*L'écart de 12,2 millions de dollars entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique surtout par la redistribution interne de 10,5 millions de dollars provenant d'autres activités de programme.

**Les dépenses réelles ont été de 15,6 millions de dollars inférieures au total des autorisations. Cet écart s'explique surtout par le report, aux exercices subséquents, du financement pour la construction du Laboratoire JC Wilt, de même que par des coûts moins élevés que ceux budgétés pour le projet d'immobilisation du CSCSHA.

***L'écart entre les équivalents à temps plein prévus et réels s'explique surtout par le remaniement interne des activités de programme en cours d'exercice, pendant lequel l'organisation s'est adaptée à la nouvelle architecture des activités de programme.

Résultat prévu de l'activité de programme :		
<ul style="list-style-type: none"> En matière de santé publique, les décisions et les interventions des agents de santé publique se fondent sur des recherches et des services d'analyse de référence opportuns et fiables. 		
Indicateur(s) de rendement	Cible	État du rendement
Pourcentage de services d'analyse de référence accrédités qui respectent les délais prescrits	80 %	<p>Dépassé</p> <p>Là où l'information sur les délais prescrits est disponible, 97,16 % des analyses de référence accréditées effectuées à l'Agence ont respecté les délais prescrits en 2010-2011.</p> <p>L'Agence augmente la portée de ses systèmes de gestion de l'information de laboratoire afin d'améliorer la surveillance des délais prescrits.</p>

<p><i>Suite de la page précédente</i></p> <p>Pourcentage de services d'analyse de référence qui sont offerts conformément à des normes d'accréditation acceptables</p>	<p>100 %</p>	<p>Passablement atteint</p> <p>63 % des programmes de l'Agence fournissant des services de référence détiennent un ou plusieurs tests accrédités de l'Organisation internationale de normalisation (ISO). L'Agence s'est dotée de plans pour accroître le pourcentage de programmes ayant un ou plus d'un test accrédité par l'ISO.</p> <p>Quand un programme commence à appliquer le système de qualité ISO, ses pratiques de laboratoire doivent rester conformes aux exigences ISO pour tous les tests accrédités et non accrédités.</p>
<p>Facteurs d'impact des publications de recherche</p>	<p>La cible a été établie à</p> <p>1 500</p>	<p>Dépassé</p> <p>En 2010, les rapports de recherche de l'ASPC publiés entre 2008 et 2010 avaient été cités 1 639 fois⁷.</p>
<p>Examen externe des services de référence</p>	<p>La cible a été établie à</p> <p>100 % des programmes de services de référence qui doivent être examinés à l'externe et qui obtiennent une cote « acceptable » ou plus élevée.</p>	<p>Atteint en grande partie</p> <p>Cinq programmes de laboratoire de l'Agence (le Laboratoire national pour les services de référence sur le VIH, les études sur le terrain, la rage et la rickettsie, les pathogènes à diffusion hémotogène et hépatite, et les virus entériques) ont été examinés par un groupe d'experts composé de professionnels internes et externes en santé publique. Selon le comité externe d'examen qui menait l'évaluation qualitative, les activités des programmes de référence qu'il devait examiner étaient satisfaisantes et, dans certains cas, exemplaires. Les prochaines versions du processus externe d'examen utiliseront une échelle de classement officielle conforme à la cible.</p> <p>Selon le dernier sondage, plus de 90 % des répondants sont satisfaits ou très satisfaits des services de référence offerts par le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire de l'Agence.</p>

Sommaire du rendement et analyse de l'activité de programme

Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) et le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (LLZOA) de l'Agence offrent des services de référence et mènent des activités de recherche et de surveillance afin d'appuyer les efforts des gouvernements provinciaux en matière de santé publique visant à maîtriser les maladies infectieuses au Canada.

En effectuant plus de 60 000 tests de diagnostic chaque année sur une variété d'agents viraux, de bactéries et d'autres pathogènes microbiologiques ainsi que plus de 16 800 tests qui ont fourni de l'information scientifique sur *Salmonella*, *E. Coli* et la résistance aux antimicrobiens chez les humains, les animaux et dans l'environnement, l'Agence continue à livrer de l'information en temps utile sur les nouveaux risques pour la santé publique. Par exemple, en comprenant les caractéristiques uniques de *Salmonella*, *E. Coli*, *Campylobacter* spp. et *Listeria* et pourquoi ces bactéries sont nocives pour la santé humaine, il est possible de déterminer plus rapidement et de façon plus précise le type exact de bactérie responsable des épidémies au Canada. En réaction à l'épidémie de choléra qui a frappé Haïti en 2010, l'Agence a utilisé ses outils bio-informatiques de calcul de pointe et son expérience en séquençage du génome entier sur les souches du choléra. Ces techniques, qui ont auparavant été utilisées en réaction à la pandémie de grippe H1N1 et à l'écllosion de listériose en 2008, ont servi à enquêter sur l'épidémie de choléra; de plus, elles ont

Quelques faits à propos de l'Agence...

Les scientifiques de l'Agence ont élaboré une méthode visant à distinguer les différentes souches de *Campylobacter* (analyse génomique comparative). Cette nouvelle méthode s'applique à d'autres souches de bactéries qui ont été difficiles à distinguer, comme *Listeria Monocytogenes*. Cette technique facilitera la détermination des sources des maladies d'origine alimentaire.

⁷ L'utilisation d'une période de trois ans pour les publications crée une moyenne mobile qui atténue les fluctuations d'une année à l'autre de la quantité de recherches publiées et donne suffisamment de temps pour que la publication soit citée.

permis une meilleure compréhension globale des souches responsables de l'épidémie à Haïti et elles mèneront à une amélioration de la recherche en aval sur ces souches.

Voici les résultats des autres recherches menées par l'Agence :

- obtention de résultats positifs et précoces dans la recherche de vaccins contre les virus d'Ebola et de l'immunodéficience simienne (SIV);
- création de nouveaux anticorps monoclonaux contre le H1N1 à des fins de diagnostic et de thérapie et, jusqu'à maintenant, séquençage de 237 génomes de la pandémie de grippe H1N1;
- découverte d'information sur des sources alimentaires ou animales pertinentes de maladies d'origine alimentaire par l'examen d'échantillons non humains de bactéries;
- l'ASPC et ses collaborateurs ont pu cerner au moment opportun les risques pour la santé publique liés aux aliments et se servir des preuves afin d'agir dans l'intérêt des Canadiens et des citoyens du monde;
- connaissances inédites en matière de santé publique sur la variabilité biologique au sein de la population canadienne, qui explique la prédisposition aux maladies infectieuses et chroniques et le risque de contracter ces maladies.

Quelques faits à propos de l'Agence...

La résistance aux antimicrobiens (RAM) est un danger de plus en plus important pour la santé publique au Canada et à l'étranger. En 2010, les chercheurs de l'Agence, en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux, ont contribué à l'identification de deux organismes résistants aux antimicrobiens, soit *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* et *New Delhi métallobéta-lactamase*.

Les programmes en sciences et technologie de l'Agence jouent aussi un rôle essentiel dans les réseaux de surveillance des laboratoires, y compris Surveillance de l'influenza, PulseNet, le Programme national de surveillance des maladies entériques, le Système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le Système international de surveillance épidémiologique circumpolaire, le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales et les programmes de surveillance associés à la Stratégie nationale d'immunisation.

Leçons apprises

Selon la [vérification de la gestion de laboratoires de juin 2010](#), le niveau d'excellence des sciences et de la recherche continue à satisfaire les exigences de certification de l'ISO et à répondre aux besoins des clients et des intervenants. Toutefois, afin de garantir la continuité de l'utilisation optimale des ressources de l'Agence, la vérification a également permis de conclure que cette dernière pourrait prendre les mesures suivantes : améliorer la surveillance des activités scientifiques et de recherche des laboratoires effectuée par les cadres supérieurs; fournir davantage de directives stratégiques à l'échelle des directions générales; définir avec précision les autorisations, responsabilisations, rôles et responsabilités des laboratoires et centres de l'Agence. Pour répondre à ces recommandations, l'Agence élabore actuellement un Plan stratégique en matière de science et de recherche afin d'harmoniser les activités scientifiques et de recherche avec ses priorités.

Sur le plan opérationnel, il est essentiel que le LLZOA surveille de façon appropriée les délais prescrits dans les laboratoires de référence (qui offrent des services aux provinces, aux territoires ainsi qu'aux professionnels de la santé publique). L'Agence mettra en œuvre de façon prioritaire un nouveau système de gestion de l'information de laboratoire en vue de faire un meilleur suivi des délais d'exécution.

Activité de programme : Surveillance et évaluation de la santé de la population

Ce programme favorise l'analyse, l'utilisation et le partage systématiques et continus de données couramment recueillies sur la santé, avec et parmi les instances provinciales ou territoriales, les autorités sanitaires locales et les autres ministères et organismes fédéraux, de façon à ce que tous puissent participer efficacement à l'effort de protection de la santé des Canadiens. Le programme est nécessaire, compte tenu du risque constant que font peser, sur la santé des Canadiens, les maladies infectieuses ou chroniques émergentes ainsi que les autres facteurs de risque pour la santé auxquels s'expose la population. Le programme mise sur la collaboration avec les ministères et organismes fédéraux, les autres ordres de gouvernement, les professionnels de la santé, les hôpitaux et les laboratoires à l'échelle du pays, en vue de faciliter la mise au point de programmes de surveillance de la santé de même que le partage de renseignements.

Ressources financières (en millions de dollars) 2010-2011		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
58,3	78,0*	76,0

Ressources humaines (équivalents à temps plein) 2010-2011		
Prévues	Réelles	Différence
347	384,4	(37,4)**

* L'augmentation nette de 19,7 millions de dollars entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique surtout par les redistributions internes de l'ordre de 18,5 millions de dollars provenant d'autres activités de programme afin de refléter le mieux possible la nouvelle architecture des activités de programme. Les dépenses réelles concernant l'activité de programme Surveillance et évaluation de la santé de la population sont comparables à celles des années précédentes.

** L'écart entre les équivalents à temps plein prévus et réels s'explique surtout par le remaniement interne des activités de programme en cours d'exercice, pendant lequel l'organisation s'est adaptée à la nouvelle architecture des activités de programme.

Résultat prévu de l'activité de programme

- Les autorités fédérales, provinciales, territoriales et locales disposent du portrait national complet, cohérent et à jour des maladies infectieuses ou chroniques, des facteurs de risque et des déterminants de la santé dont elles ont besoin pour gérer les maladies infectieuses ou chroniques et les facteurs de risque pour la santé.

Indicateur(s) de rendement	Cible	État du rendement
Pourcentage d'intervenants principaux qui font valoir que les activités de surveillance et d'évaluation de la santé de la population du Canada fournissent l'information requise pour gérer les maladies infectieuses ou chroniques	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2011	<p>Passablement atteint</p> <p>En 2010-2011, l'examen de la surveillance de la gouvernance de l'Agence a confirmé que la structure de gouvernance existante est fonctionnelle, et les principaux intervenants qui ont participé à l'examen ont mentionné que les activités de surveillance de l'Agence se sont grandement améliorées. Cependant, il a aussi été conclu que ces activités doivent être plus cohérentes.</p> <p>Dans le rapport de mai 2011 de l'Organisation mondiale de la Santé sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), il est souligné que le Canada détient les procédés de contacts officiels et non officiels nécessaires pour faire la détection précoce et l'évaluation des risques.</p> <p>Des mécanismes et des procédés visant à promouvoir l'harmonisation des rôles et des responsabilités en matière de surveillance à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale sont en place ou en cours d'élaboration. Par exemple, le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de la santé publique (RSP), qui a récemment été établi, a reconnu les lacunes de l'infrastructure de surveillance (comme l'information sur les accords de partage). Ce comité s'est entendu pour qu'un groupe de travail FPT soit formé</p>

<p><i>Suite de la page précédente</i></p>		<p>afin d'élaborer le cadre nécessaire à la surveillance intégrée et fédérée de la santé publique au Canada. Une nouvelle structure de gouvernance, mise en place le 1^{er} avril 2011, a été créée pour appuyer la transition du RSP et pour élaborer la stratégie que requiert un système national de surveillance.</p> <p>Selon les résultats d'un sondage en ligne, les personnes qui ont lu le Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : Vieillir – ajouter de la vie aux années de l'administrateur en chef de la santé publique l'ont trouvé « très utile ».</p>
---	--	---

Sommaire du rendement et analyse de l'activité de programme

La coordination des systèmes et des programmes de surveillance de l'Agence progresse de façon constante afin que les données et l'information pertinentes sur la santé publique soient à la portée des professionnels de la santé et des décideurs en temps utile. Cette population cible utilise l'information sur la surveillance et l'évaluation de la santé de la population dans le but de détecter rapidement les événements en santé publique et d'agir de façon coordonnée en vue de minimiser leur incidence sur la santé des Canadiens ainsi que leurs répercussions sociales et économiques.

La mise en œuvre des buts et objectifs du Plan stratégique de surveillance de l'ASPC et des recommandations du [Rapport de mai 2008 de la vérificatrice générale](#) portant sur la surveillance des maladies infectieuses est en cours. Les mesures prises pour renforcer la surveillance des maladies infectieuses se concentraient sur l'élaboration de l'Entente multilatérale sur l'échange d'information (EMEI) à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale (FPT), de même que sur les activités de création qui l'appuyaient. Elles comprenaient notamment la précision des processus administratifs pour la surveillance des maladies infectieuses et les urgences en santé publique, la détermination des options pour améliorer la coordination de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la mise en œuvre de la phase II du cadre sur la qualité des données dans tous les systèmes de surveillance afin de dresser un portrait national des tendances en matière de santé et, enfin, l'élaboration d'un cadre de l'ASPC sur la gestion des données de surveillance. Les partenariats avec les principaux intervenants fédéraux (c.-à-d. Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé) ont été renforcés afin que soient développées des pratiques rigoureuses en matière d'assurance de la qualité pour la détermination des sources de données sur la santé ainsi que leur acquisition et leur tenue à jour.

Quelques faits à propos de l'Agence...

L'information tirée de C-EnterNet a permis de conclure que, contrairement à l'eau potable, les piscines publiques sont une zone de transmission importante du pathogène parasite *Cryptosporidium*. Grâce à cette information, des directives sur la désinfection des piscines ont été élaborées. En Ontario, de nombreuses unités de santé publique les ont mises en œuvre au cours de l'été 2011.

Il a été possible d'améliorer la coordination de la surveillance de la collecte nationale de données sur la tuberculose en précisant les rôles, les responsabilités et les échéanciers de la production de rapports. De telles améliorations permettront d'offrir des rapports de meilleure qualité, comme [La tuberculose au Canada 2009 - Prédifusion](#).

Voici certains des efforts qui ont été déployés pour renforcer la surveillance de la santé publique au Canada : des procédures opératoires normalisées pour la surveillance de routine des infections transmissibles sexuellement (y compris la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis infectieuse) et du virus de l'hépatite C; de nouvelles méthodes de surveillance des risques de transmission de la maladie de Lyme et d'autres nouvelles maladies transmises par les tiques; une évaluation des priorités actuelles pour la surveillance des zoonoses effectuée par l'Agence et l'Agence canadienne d'inspection des aliments; un guide de l'utilisateur et un formulaire de rapport nationaux pour le Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation (SCSESSI); et les premières étapes de la mise en place de l'outil d'évaluation du cadre sur la qualité des données de l'ASPC dans tous les systèmes de surveillance.

Quelques faits à propos de l'Agence...

Grâce à une enquête commune sur les facteurs sous-jacents contribuant à l'augmentation du nombre d'infections au VIH rapportées en Saskatchewan, l'ASPC a offert un meilleur appui au ministère de la Santé de la province en matière d'épidémiologie et de surveillance. Du financement a été accordé pour que les solutions et les interventions face à l'augmentation d'infections au VIH se trouvent dans la collectivité et pour qu'un cadre d'évaluation soit élaboré pour la nouvelle stratégie de la Saskatchewan sur le VIH/sida. Des études simultanées de surveillance accrue sont effectuées en vue de fournir d'autres renseignements pour guider les interventions relatives au VIH en Saskatchewan.

L'Agence soutient aussi des systèmes de surveillance des maladies et de la population en vue de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la transmission des maladies. Voici quelques exemples pour les maladies infectieuses : I-TRACK (pour les utilisateurs de drogues injectables), M-TRACK (pour les homosexuels, les bisexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes), E-TRACK (pour les personnes qui sont nées dans des pays où le VIH est réputé endémique). Elle prévoit également élaborer le système A-TRACK (pour les Autochtones) dans la région de Regina. De plus, un second poste sentinelle pour la surveillance des pathogènes entériques a été établi à la suite des recommandations tirées de l'évaluation du programme C-EnterNet. Voici des exemples pour les maladies chroniques : le système de surveillance Cancer chez les jeunes au Canada et l'ajout de l'hypertension et de la maladie mentale au Système canadien de surveillance des maladies chroniques. Avec l'ajout sur l'Île-du-Prince-Édouard d'un emplacement pour le [Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales](#), la surveillance des infections contractées dans les établissements de soins de santé a aussi pris de l'expansion. Toutes les provinces participent maintenant au Programme.

L'Agence continue à produire de l'information exacte au moment opportun sur les facteurs de risques des maladies et les déterminants de la santé. Voici quelques-uns de ses nombreux rapports et publications

- Taux de vaccination contre la grippe, de maladie et d'absentéisme signalés par les travailleurs de la santé canadiens pendant la pandémie de grippe H1N1 de 2009
- [Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010](#)
- [Les rapports trimestriels sur Salmonella du Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens](#)
- [Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique](#)

Quelques faits à propos de l'Agence...

[L'Atlas des facteurs de risque des maladies chroniques](#), a paru en juin 2010. Il fournit de l'information sur les facteurs de risque associés aux principales maladies chroniques et présente les tendances nationales au fil du temps, des estimations de la prévalence en fonction de l'âge ainsi que des schémas de la prévalence des facteurs de risque au sein des régions sanitaires du pays. Il est essentiel de comprendre ces risques, puisque quatre Canadiens sur cinq présentent au moins un facteur de risque modifiable de maladie chronique.

En vue de contribuer à l'opportunité et à l'accessibilité des données, l'Agence a aussi amélioré les outils d'interrogation et d'analyse concernant les données accessibles au public sur le Web, pour lui permettre de personnaliser les tableaux et les diagrammes. Par exemple, en novembre 2010, l'ASPC a lancé une base de données interactive et novatrice qui permet aux utilisateurs d'avoir accès à l'information sur la surveillance et de la personnaliser selon leurs besoins. Ces [cubes de données](#) ont en partie été élaborés à l'ASPC et sont conçus pour permettre aux professionnels en santé publique et aux épidémiologistes d'obtenir l'information sur les indicateurs de santé dont ils ont besoin.

Quelques faits à propos de l'Agence...

L'ASPC a élaboré un cadre de gestion de la vie privée, dont une politique de collecte, d'utilisation et de diffusion des données sur la santé publique, et déployé un outil sur le Web pour les évaluations des facteurs relatifs à la vie privée au sein de l'Agence.

Afin d'amener l'information et les données sur la surveillance à la prochaine étape logique, l'Agence renforce sa capacité en évaluant les problèmes complexes de santé publique à l'aide de scénarios. Ces scénarios consistent en des analyses détaillées qui comprennent des enquêtes économiques visant à appuyer l'élaboration de politiques de santé publique. Les activités d'application des connaissances et de diffusion ont été complétées pour les scénarios sur la grippe H1N1 et le projet de scénarios touchant les enfants et l'activité physique : visions de l'avenir fondées sur des données probantes (Children and Physical Activity Scenarios Project : Evidence-based Visions of the Future).

L'ASPC a aussi établi un groupe de travail interne sur les indicateurs de santé de la population et demeure un partenaire important de l'élaboration nationale et internationale d'indicateurs clés de la santé, comme l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé et les années de vie corrigées de l'incapacité. Elle a continué l'élaboration d'un outil en ligne, dont la version d'essai devrait être disponible en 2011-2012, qui permettra aux intervenants principaux d'avoir accès aux données du rapport intitulé « Le fardeau économique de la maladie au Canada » afin de combler leurs besoins respectifs en matière d'analyse.

En 2010-2011, l'Agence a mené 21 consultations sur l'économie et le coût de la maladie. Ces analyses tenaient compte des coûts directs (hôpitaux, médecins et médicaments) et indirects (baisse de production causée par les incapacités et les décès). Les résultats ont contribué au rapport [Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé](#), qui a récemment été publié.

Comme l'exige la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*, le [Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : Vieillir - ajouter de la vie aux années](#) de l'administrateur en chef de la santé publique a été présenté à la ministre de la Santé et a été déposé au Parlement le 27 octobre 2010. Ce rapport de l'ACSP daté de 2010 traite surtout de la santé et du bien-être des aînés canadiens âgés de 65 et plus. Il souligne le fait que les aînés canadiens vivent plus longtemps qu'avant et que beaucoup ont une bonne santé générale. Il y était question des aspects suivants de la santé et du bien-être des aînés : santé physique et mentale, bien-être économique et social, accès aux soins et aux services, et abus et négligence. Selon les résultats d'un sondage, les lecteurs de ce rapport ont trouvé son contenu très utile et le thème de la santé des aînés y était très bien représenté. De l'avis des lecteurs, ce contenu guide ou influence le travail des professionnels ainsi que leurs intérêts et opinions personnels. Les répondants affirmaient aussi qu'ils ont cité ou qu'ils prévoient le citer dans des rapports de recherche, des articles et des présentations et qu'ils l'ont utilisé ou qu'ils prévoient l'utiliser comme document de référence pour acquérir des connaissances générales sur la santé publique ou celle des aînés, pour citer des données statistiques dans des présentations, pour mener des consultations sur les politiques ou pour élaborer des approches sur les politiques et les programmes, et pour mener des discussions à titre personnel ou professionnel avec des collègues.

Quelques faits à propos de l'Agence...

Le groupe du Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens a travaillé avec le groupe intergouvernemental spécial sur la résistance aux antimicrobiens de la Commission CODEX Alimentarius. Ce dernier a produit des directives sur les méthodes et les processus d'évaluation des risques et leur application aux antimicrobiens utilisés dans les médicaments vétérinaires et à usage humain, en prenant en considération les options de gestion du risque. Cette collaboration internationale est une initiative importante pour le contrôle de la résistance aux antimicrobiens dans la chaîne alimentaire.

Leçons apprises

Selon l'examen de la gouvernance de la surveillance de l'ASPC de 2010-2011, il faut qu'une ressource soit affectée au rôle de conseiller principal en surveillance afin que les activités de surveillance de l'ASPC détiennent le leadership et la vision nécessaires, qu'elles soient cohérentes et que la santé publique à l'échelle nationale soit bien surveillée. L'Agence travaille actuellement au deuxième Plan stratégique de surveillance d'une durée de cinq ans. Ce plan mettra en lumière une approche complète et cohérente en matière de surveillance et réservera éventuellement un rôle exclusif pour le conseiller principal en surveillance dans la nouvelle structure de gouvernance. Un plan de travail provisoire en vue de la mise en œuvre du Plan stratégique de surveillance de l'ASPC 2012-2017 est en cours de préparation.

En plus de cet examen interne, les [Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à l'épidémie de grippe H1N1 de 2009](#) ont confirmé la nécessité d'une approche nationale coordonnée. Bien que les systèmes de surveillance des maladies personnelles fonctionnent assez bien, il est de plus en plus reconnu que, pour intervenir efficacement en santé publique, il est essentiel d'avoir un réseau national efficace donnant la priorité à des systèmes de surveillance de la santé publique. L'établissement d'un tel réseau a été reconnu comme une priorité qui permettra aux intervenants en santé publique de l'échelle fédérale, provinciale et territoriale de passer à l'action. Il faut également que les intervenants utilisent les bons principes fondamentaux et qu'ils les comprennent, et qu'une compréhension commune des buts, des rôles et des mécanismes de la surveillance soit acquise afin que les objectifs souhaités soient atteints.

L'examen a aussi permis de constater que les réseaux, les systèmes et les outils existants rendent possible l'échange rapide de renseignements sur la science, la surveillance et la recherche. Selon l'examen, la surveillance doit être améliorée, et un système intégré de surveillance de l'immunisation, qui comprend la gestion des inventaires, le suivi de la prise du vaccin, la surveillance des effets secondaires et la finalisation des accords sur le partage de l'information entre les différents pouvoirs, doit être mis en place. L'application de ces recommandations se fera notamment par la signature d'un contrat de financement de cinq ans avec le Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT), un réseau national de surveillance active installé dans des hôpitaux pédiatriques géré par la Société canadienne de pédiatrie. Ce programme surveille les effets indésirables suivant l'immunisation, les échecs du vaccin et certaines maladies infectieuses chez les enfants qui peuvent, ou pourront bientôt être, prévenues par un vaccin. D'autres recommandations comprenaient le maintien en service du système actif de surveillance situé dans les hôpitaux afin de surveiller l'intensité des cas de grippe et de faire des comptes rendus sur les décès qui y sont liés a été maintenu et une analyse complète du rapport coût-efficacité des réserves d'antiviraux a été effectuée.

Activité de programme : État de préparation et capacité en santé publique

Ce programme améliore les capacités et l'état de préparation du Canada en ce qui touche la santé publique. À cette fin, il offre des outils, une formation et des pratiques qui renforcent les capacités des particuliers et des organismes qui jouent un rôle dans le système de santé publique au Canada. De plus, il renforce la capacité des ressources humaines en santé publique, cultive et enrichit la capacité de préparation du Canada pour réagir aux urgences en santé publique et contribue à l'établissement et au maintien de réseaux, au pays et à l'étranger. Le programme est nécessaire, car le Canada a besoin d'outils, de compétences et de réseaux de santé publique pour veiller à la santé de sa population.

Ressources financières (en millions de dollars) 2010-2011		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
104,1	106,2*	60,7**

Ressources humaines (équivalents à temps plein) 2010-2011		
Prévues	Réelles	Différence
412	345,8	66,2***

*Le total des autorisations a été de 2,1 millions de dollars supérieur aux dépenses prévues. Cet écart s'explique surtout par l'ajout d'une autorisation supplémentaire pour un projet spécial lié à la disponibilité d'un vaccin antipandémique, compensée par des redistributions internes aux autres activités de programme de l'ordre de 18,8 millions de dollars.

**Les dépenses réelles ont été de 45,5 millions de dollars inférieures aux autorisations. Cet écart s'explique surtout par le report du projet spécial lié à la disponibilité d'un vaccin antipandémique pendant que des solutions de rechange sont envisagées.

***L'écart entre les équivalents à temps plein prévus et réels s'explique surtout par le remaniement interne des activités de programme en cours d'exercice, pendant lequel l'organisation s'est adaptée à la nouvelle architecture des activités de programme.

Résultat prévu de l'activité de programme

- Le Canada dispose des capacités requises pour mener des interventions en santé publique, notamment lors de situations d'urgence.

Indicateur(s) de rendement	Cible	État du rendement
Pourcentage de lacunes sur le plan des capacités que comblent les intervenants (à savoir les autorités fédérales, provinciales, territoriales et locales)	75 % d'ici le 15 juin 2011 et 100 % d'ici le 15 juin 2012	Entièrement atteint Le Règlement sanitaire international révisé qui a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005 exige que tous ses États membres évaluent si leurs structures et ressources nationales leur permettent de disposer des capacités nationales essentielles minimales en matière de surveillance et d'intervention et qu'ils élaborent un plan d'action pour s'assurer que ces capacités seront présentes et opérationnelles dans toutes leurs régions d'ici 2012. Afin de mettre en évidence la capacité à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et locale, un outil d'évaluation de la capacité annuelle, mis en place par le RSI de l'OMS, est utilisé pour évaluer la capacité nationale d'intervention en santé publique au-delà de ce que le RSI exige. Cet outil servira à calculer le progrès en pourcentage. L'Agence de la santé publique du Canada a le mandat de mettre le RSI en œuvre au nom du gouvernement du Canada et de ses partenaires provinciaux et territoriaux (PT).

Sommaire du rendement et analyse de l'activité de programme

La connaissance et la communication des rôles et des responsabilités sont fondamentales en santé publique. En vue de renforcer l'état de préparation, l'Agence a collaboré avec ses partenaires pour améliorer les plans et les processus.

Notamment, le [portefeuille de la Santé](#) a réalisé des progrès notables en gestion des urgences grâce à l'élaboration et à l'approbation du Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIUPS), qui donne des directives pour l'intervention en cas d'urgence et pour la gestion des urgences dans le cadre du mandat et du champ d'expertise du portefeuille de la Santé. Structuré comme un plan « tous risques », le PIUPS définit la portée, le cadre et les rôles et responsabilités attribués à l'Agence de la santé publique du Canada et à Santé Canada pour leur permettre de s'acquitter de leurs responsabilités conformément à la *Loi sur la gestion des urgences* et de s'assurer que l'intervention en cas d'urgence pouvant affecter la santé et le bien-être des Canadiens (y compris une grippe pandémique) est appropriée.

Quelques faits à propos de l'Agence...

Conformément aux directives données par les sous-ministres de la Santé après l'épidémie de H1N1 en 2009, un ensemble de travaux a été effectué par le Groupe d'experts en mesures et interventions d'urgence afin que les activités de préparation et d'intervention pendant une épidémie de grippe soient bien intégrées et gérées dans le cadre de la nouvelle structure de gouvernance du Réseau de la santé publique.

Ce plan va de pair avec le plan de base du gouvernement du Canada visant à coordonner l'intervention en cas d'urgence quand l'appui du gouvernement fédéral est requis, soit le Plan fédéral d'intervention en cas d'urgence de Sécurité publique Canada (PFIU). Ce document central définit les processus que le gouvernement fédéral utilisera en situation d'urgence et précise les structures de prise de décision en cas d'urgence. Approuvée en 2010-2011, la 5^e fonction de soutien en cas d'urgence, soit Santé publique et services sociaux essentiels, constitue une annexe au PFIU et présente de quelle façon le portefeuille de la Santé coordonne l'approvisionnement en ressources fournissant des services médicaux et sociaux d'urgence et accroît la capacité locale en soins de santé dans les provinces ou les territoires touchés lorsque le besoin se présente. L'amélioration de la coordination des plans et partenariats contribuera à définir clairement les rôles et responsabilités au sein du PS et de prévenir le chevauchement des tâches.

En 2010-2011, à la suite de l'amélioration de la planification et de l'état de préparation au sein de l'Agence, de nombreuses améliorations ont aussi été apportées à la planification de la lutte contre une pandémie. Premièrement, en utilisant les meilleures données probantes obtenues grâce à la pandémie de H1N1, l'Agence a élaboré de nouvelles recommandations relatives à la taille et à la composition de la réserve nationale d'antiviraux. Deuxièmement, du travail de base a été effectué pour guider l'examen et la révision complets du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza en collaboration avec les provinces et les territoires, et une révision des principaux éléments du Plan est prévue pour 2011-2012. Troisièmement, le contrat canadien d'approvisionnement en vaccins antipandémiques a été renouvelé et un nouveau contrat a été établi avec un autre fournisseur en cas de problème. Une stratégie pour la durabilité à long terme des réserves d'antiviraux est en cours d'élaboration. Finalement, le rapport [Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009](#) et le [Rapport du Sénat sur la Réponse du Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009](#) ont été publiés, et un plan d'action pour la gestion de la grippe H1N1 a été élaboré pour suivre les recommandations que contiennent ces documents.

Les accords et les protocoles relatifs à la communication de renseignements sont aussi un élément de l'état de préparation et de la capacité en cas d'urgence. Grâce au soutien financier et administratif qu'elle a accordé au Réseau pancanadien de santé publique (RSP), l'Agence a pu améliorer sa compréhension de la capacité et des pratiques actuelles en matière de rétablissement au Canada. Ainsi, il est plus facile de désigner des approches coopératives efficaces et efficaces et de connaître la capacité de l'Agence d'intervenir n'importe où au pays en cas d'événements touchant la santé publique. De plus, l'Agence a profité du mouvement qui prend de l'ampleur dans les provinces et les territoires et elle a commencé à participer à des discussions sur la santé publique qui ont lieu entre le Canada et les États-Unis.

De plus, le soutien financier et administratif s'est étendu à tous les groupes du RSP, y compris au Conseil du RSP, aux comités d'experts, aux groupes thématiques et aux groupes de travail. Par exemple, l'appui de l'Agence aux mémoires d'entente sur l'aide

Quelques faits à propos de l'Agence...

L'ASPC a offert un soutien technique et stratégique au RSP et a travaillé en collaboration avec les provinces et les territoires pour faire progresser les principales priorités en matière de santé publique au Canada en 2010-2011, y compris la promotion d'un poids santé chez les enfants et les adolescents et l'état de préparation et l'intervention en cas de pandémie.

nationale et la communication de renseignements pendant une urgence en santé publique comprend des processus et des modèles de communication de renseignements pendant une urgence. L'Agence a aussi contribué au processus d'examen du RSP afin de s'assurer que les activités de préparation et d'intervention pendant une grippe pandémique sont bien intégrées et gérées en vertu de la structure de gouvernance du RSP qui a récemment été proposée.

Un deuxième élément fondamental de la santé publique est l'accroissement de la capacité des organisations et des personnes qui jouent un rôle dans les systèmes de santé publique du Canada en fournissant des outils et des formations visant à renforcer la capacité des ressources humaines en santé publique. Pour atteindre cet objectif, l'Agence a inclus des Inuits, des Métis et des membres des Premières nations à un cercle d'étude en ligne afin qu'ils donnent leur avis sur les modifications visant à améliorer le module d'apprentissage son contenu et à la façon dont le cours est donné. Les principaux avantages pour les apprenants comprenaient une amélioration de la prise de conscience, de la connaissance et de la compréhension des concepts, de l'histoire et de la

terminologie de la santé publique, qui ont entraîné une augmentation de la confiance au travail. Parmi les autres avantages, il a été possible d'aborder les questions de l'apprentissage à distance, de l'appui aux apprenants d'origines ethniques où l'apprentissage se fait par la tradition orale, et de l'augmentation de la motivation à chercher des possibilités d'enseignement. L'apprentissage en santé publique effectué dans le pilote EPI-1 sur la santé publique chez les Autochtones a prouvé l'utilité d'offrir des cours en ligne aux collectivités éloignées. Le pilote pour les Premières nations, les Inuits et les Métis du « Rapport d'évaluation des concepts d'épidémiologie de base (EPI-1) » est paru en juin 2010.

De plus, en juin 2010, les compétences essentielles en santé publique ont été ajoutées au [catalogue Compétences en ligne](#). L'information transmise par les groupes de travail composés d'intervenants qui ont élaboré des outils faisant la promotion de l'utilisation du [manuel Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0](#) et créé le fondement des programmes propres aux administrations est à la base de cette révision. Cependant, les problèmes de capacité ont limité certaines activités, et l'élaboration de nouveaux modules ne s'est pas déroulée comme prévu.

Le premier Institut de formation visant les services extérieurs (IFSE) s'est tenu en mai 2010. Vingt-trois modules de formation y ont été élaborés et l'événement a compté 135 participants. La planification et l'organisation de l'IFSE de 2011 ont été complétées au cours de l'exercice financier, et il y sera surtout question des maladies d'origine alimentaire. Le travail préparatoire comprenait la formation Former les formateurs et la création du contenu des cours.

L'ASPC continue à appuyer l'évaluation pancanadienne de Panorama, qui est un système de gestion de cas de la prochaine génération servant à transmettre de l'information pendant les épidémies. En 2010-2011, l'ASPC a lancé le Projet de gestion des épidémies afin de définir, de consigner et de valider les exigences opérationnelles de l'ASPC et des provinces et territoires en cas d'épidémie d'origine alimentaire.

L'ASPC a continué d'appuyer et de tenir à jour le Système intégré d'information sur la santé publique, qui est actuellement utilisé partout au Canada.

Leçons apprises

Le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé (COUPS) a été activé durant l'urgence nucléaire au Japon en mars 2011 en vue de surveiller les risques pour la santé associés aux radiations encourus par les Canadiens, tant à l'étranger qu'au pays. Cette première activation du COUPS des suites d'un événement radiologique ou nucléaire a été un succès. Elle a intégré les ressources humaines de l'ensemble du gouvernement dans le COUPS (tels les experts en la matière et le personnel régulier du Centre) afin de permettre une intervention coordonnée. L'intégration réussie du portefeuille de la Santé aux autres ministères fédéraux et aux partenaires régionaux, provinciaux et territoriaux offre un fondement solide en vue des prochaines interventions à l'occasion d'incidents CBRNE (chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires, ou mettant en jeu des explosifs).

Quelques faits à propos de l'Agence...

Le Service de la santé publique du Canada est un programme conçu pour renforcer la main-d'œuvre et la capacité en santé publique en plaçant des agents de santé publique qualifiés dans les administrations partout au pays afin de répondre aux besoins habituels et émergents en matière de santé publique. Ils offrent entre autres un soutien supplémentaire en cas d'épidémie de grippe pandémique. À la fin de 2010-2011, 23 agents avaient été embauchés dans différents établissements de santé publique partout au Canada.

Quelques faits à propos de l'Agence...

Le nombre de professionnels de la santé qui se sont inscrits aux modules du cours *Compétences en ligne* de l'Agence est passé de 2 494 en 2009-2010 à 3 661 en 2010-2011.

Dans le but d'assurer une capacité d'intervention tous risques, y compris la préparation et les interventions en cas de pandémie de grippe, l'Agence a participé au processus d'examen du RSP. Au cours de l'exercice, le besoin s'est fait sentir pour qu'un réseau permanent de gestion des urgences sanitaires à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale réalise les principaux livrables et activités du RSP et du Centre de mesures et d'intervention d'urgence.

Le cours Compétences en ligne atteint régulièrement le nombre maximal d'inscriptions et il y a une liste d'attente représentant un 40 % supplémentaire de ce nombre; des estimations conservatrices laissent entendre que la demande pourrait augmenter de 70 % par année par rapport aux 3 000 apprenants inscrits en 2010-2011. La contrainte relative à la formation est un manque de ressources en vue de fournir des formateurs (pour l'apprentissage en ligne et en personne) dans les régions éloignées. Cette demande excédentaire ne sera pas réglée pour le moment; toutefois, l'Agence envisage une utilisation accrue de l'apprentissage en ligne comme le pilote EPI-1 sur la santé publique chez les Autochtones. Les commentaires émis à propos d'un rapport de suivi par les étudiants soulignent que ces derniers ont trouvé qu'un meilleur accès constituait un avantage important pour rejoindre les apprenants dispersés sur le plan géographique; ceux-ci ont grandement profité de l'apprentissage en ligne. Cette stratégie visant à offrir un plus grand nombre d'occasions d'apprentissage représente un élément sur lequel se concentrent les ressources en place.

Les activités liées aux projets actuels et les constatations découlant de la participation à l'élaboration, au maintien et à la gouvernance d'un système de gestion des cas dans tout le pays, comme la gouvernance du SISPI et de Panorama, ont permis de conclure qu'il est hautement improbable qu'un seul système électronique puisse servir à recueillir et à analyser des données de santé publique. Puisqu'il a été reconnu que l'ASCP et ses partenaires PT utiliseront toujours de multiples systèmes électroniques à de telles fins, l'Agence fait avancer cette question en offrant son leadership et son soutien dans les domaines des normes de données, de l'interopérabilité et de la protection de la vie privée et de la sécurité de même que dans l'élaboration d'ententes officielles sur l'échange de renseignements. Ainsi, la collecte et la transmission harmonisées et normalisées de données de santé publique, particulièrement au cours d'une urgence ou d'une éclosion de maladie, seront facilitées. Un nouveau Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique a été mis sur pied en avril 2011 au sein du Réseau de la santé publique afin de lancer et de surveiller des projets destinés à traiter notamment des normes de données pancanadiennes et des ententes sur l'échange de données.

Activité de programme : Promotion de la santé

Ce programme exerce un leadership et offre un soutien en vue de promouvoir la santé des Canadiens et de réduire les disparités en matière de santé au pays. Il appuie les Canadiens pour qu'ils fassent des choix judicieux en matière de santé, à tous les stades de leur vie, au moyen d'initiatives ciblant notamment le développement des enfants, les familles, les modes de vie et le vieillissement. En outre, en vue de soutenir les conditions propices à de tels choix, le programme s'attaque aux facteurs et aux déterminants qui agissent sur la santé, y compris les connaissances en santé, la sécurité alimentaire, les réseaux de soutien social et l'environnement aménagé, et ce, de concert avec des intervenants ou par l'entremise de ces derniers.

Ressources financières (en millions de dollars) 2010–2011		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
178,8	183,4*	177,4**

Ressources humaines (équivalents à temps plein) 2010–2011		
Prévues	Réelles	Différence
417	392,6	24,4***

*En 2010-2011, l'augmentation du total des autorisations, de l'ordre de 4,6 millions de dollars, s'explique par le renouvellement de l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et du Nord.

**Les dépenses réelles ont été de 6,0 millions de dollars inférieures au total des autorisations. Cet écart s'explique surtout par une légère sous-utilisation des budgets pour les opérations et contributions.

***L'écart entre les équivalents à temps plein prévus et réels s'explique surtout par le remaniement interne des activités de programme en cours d'exercice, pendant lequel l'organisation s'est adaptée à la nouvelle architecture des activités de programme.

Résultat prévu de l'activité de programme		
<ul style="list-style-type: none"> Les Canadiens reçoivent un appui pour faire des choix propices à un développement humain en santé. 		
Indicateur(s) de rendement	Cible	État du rendement
Nombre de collaborations externes intergouvernementales et intersectorielles pour parer aux besoins en santé publique et aux déterminants communs de la santé et du bien-être	Point de référence établi à : 108 +/- 20 %	Entièrement atteint L'Agence a établi 117 collaborations intersectorielles avec les gouvernements PT, d'autres ministères fédéraux, des universités, des organismes de santé et de services sociaux et des organismes non gouvernementaux, le secteur privé, et des organismes internationaux (comme le Groupe de référence canadien sur les déterminants sociaux de la santé, le Réseau de la santé publique et les ministres du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs (SAPL), la Stratégie d'innovation de l'ASPC, et la collaboration entre l'Union européenne et le Canada concernant l'activité physique chez les enfants et les adolescents).
Nombre de programmes, d'activités et d'initiatives de promotion de la santé qui aident les Canadiens à faire des choix judicieux pour la santé	Point de référence établi à : 1 275 +/- 15 %	Entièrement atteint L'ASPC a participé à 1 295 programmes, activités et initiatives de promotion de la santé visant à créer et à diffuser des produits du savoir, à concevoir et à tester des approches novatrices pour les problèmes prioritaires de santé publique et à mettre en place des initiatives stratégiques comme la Journée nationale de l'enfant.

Sommaire du rendement et analyse de l'activité de programme

L'Agence a donné du financement et du soutien aux enfants vulnérables et aux familles à l'aide du [Programme canadien de nutrition prénatale \(PCNP\)](#), du [Programme d'action communautaire pour les enfants \(PACE\)](#) et du [Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques \(PAPACUN\)](#). Les projets du PCNP et du PACE qui ont pris fin pendant la période d'examen se concentraient sur certaines priorités de l'Agence, dont la santé mentale, le poids santé, la

prévention des blessures, la santé des enfants et l'environnement. Après 15 ans, le PAPACUN a démontré que les stratégies d'intervention précoce, conçues et contrôlées à l'échelle locale, peuvent améliorer la santé des enfants autochtones en contribuant à leur développement physique, personnel et social. En 2010-2011, 4 800 enfants autochtones ont participé au programme à 129 endroits partout au Canada. La veille de la Journée nationale de l'enfant de 2010, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il appuierait pendant cinq années supplémentaires (2010 à 2015) les projets stratégiques à délai fixe du PAPACUN se concentrant sur le renforcement de la capacité, les initiatives en matière de formation, les ressources pour les parents, et les services de développement de la petite enfance adaptés à leur culture et les outils d'évaluation.

Les activités sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) menées par l'Agence visent à atténuer l'impact de l'exposition à l'alcool pendant la grossesse en renforçant la sensibilisation chez les principaux intervenants et en mettant en œuvre des politiques et des programmes qui réduisent le nombre de nouveau-nés aux prises avec l'alcoolisation fœtale et qui améliorent le sort des personnes qui ont été touchées par l'un de ces troubles. Cette année, le fonds national stratégique de l'ETCAF a financé des projets contribuant à la découverte de données probantes sur la prévalence et l'impact de l'ETCAF au Canada, comme le [National Screening Tool Kit for Children and Youth Identified and Potentially Affected by Fetal Alcohol Spectrum Disorder](#) de l'Association canadienne des centres de santé pédiatrique.

Au printemps, les ministres de la Santé du Canada ont lancé [Notre santé, notre avenir : Dialogue national sur le poids santé – Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé](#), qui a été adopté par les ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain en septembre 2010 et qui a été appuyé par les ministres du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs en février 2011. Grâce au cadre, les ministres se sont entendus pour faire de l'obésité juvénile une priorité collective, pour défendre ce problème et pour coordonner leurs actions, communes ou complémentaires, dans de nombreuses sphères de la société canadienne en vue de contribuer à la création de conditions propices à l'atteinte et au maintien d'un poids santé afin que les enfants commencent leur vie en bonne santé. Le cadre est la première action qui a été prise à la suite de la [Déclaration sur la prévention et la promotion](#), qui était aussi appuyée par les ministres, et qui reconnaît que la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques, des incapacités et des blessures sont une responsabilité commune et aident les Canadiens à vivre plus longtemps et en meilleure santé.

Quelques faits à propos de l'Agence...

La [Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse](#), financée par l'ASPC et publiée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, est la première directive nationale au monde en matière d'alcool et de grossesse et elle présente des recommandations cohérentes et fondées sur des preuves que les médecins peuvent utiliser quand ils parlent d'alcool avec des femmes en âge de procréer.

De plus, parmi les principales priorités de la Stratégie d'innovation de l'Agence se trouvent la promotion du poids santé, la prévention du surpoids et de l'obésité de même que l'atteinte et le maintien d'un poids santé, et celles-ci sont centrées sur les actions qui contribueront à réduire les disparités. Dans le cadre de la stratégie [Atteinte du poids santé dans les collectivités du Canada](#), 37 initiatives ciblant les facteurs individuels, familiaux et environnementaux et mettant un accent particulier sur les populations et les collectivités les plus à risque ou les plus désavantagées ont été financées partout au pays. La demande de soumissions Gérer l'obésité tout au long de la vie : une approche d'intervention a conduit au financement de cinq initiatives visant à élaborer des outils de gestion de l'obésité pour les professionnels de la santé gérant l'obésité chez des enfants, des adolescents et des familles.

L'activité physique joue un rôle important dans la santé, le bien-être et la qualité de vie des Canadiens, et elle aide à prévenir les maladies chroniques comme le cancer, le diabète de type 2 et les maladies du cœur. En plus de fournir du financement afin d'appuyer les nouvelles [lignes directrices en matière d'activité physique](#) présentées par la Société canadienne de physiologie de l'exercice en janvier 2011, l'ASPC s'est associée aux Instituts de recherche en santé du Canada et a financé les synthèses des connaissances visant à guider l'élaboration des prochaines directives en matière d'activité physique. L'Agence a appuyé la collecte de données et les activités de surveillance menées par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie en vue de comparer le niveau d'activité physique des enfants et des adolescents aux cibles établies par les ministres du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs des gouvernements FPT. En partenariat avec ses homologues provinciaux, l'Agence a lancé un processus de modernisation du Programme de surveillance du sport et de l'activité physique coordonné par les gouvernements FPT. L'ASPC s'est aussi associée au Comité de l'activité physique et des loisirs des gouvernements FPT afin de déterminer les études de cas qui pourraient aider les dirigeants autochtones à augmenter le niveau d'activité physique de la jeunesse autochtone.

Les défis de santé publique posés par de nombreux aspects de l'environnement construit⁸ et le besoin de s'assurer que les collectivités sont conçues pour promouvoir un mode de vie sain sont de mieux en mieux compris. L'Agence a joué un rôle de premier plan dans la création d'environnements accueillants pour les aînés, par l'intermédiaire de l'Initiative des collectivités-amies des aînés, à laquelle participent 400 collectivités et sept provinces, de la publication de [Age-Friendly Communication: Facts, Tips and Ideas](#) (en anglais) et de [Vers des collectivités accueillantes et conviviales pour les aînés](#), et de l'élaboration d'un guide de mise en œuvre et d'évaluation qui doit être distribué en 2011 et qui vise à aider les collectivités à utiliser le modèle des collectivités-amies des aînés de façon uniforme partout au Canada.

L'Agence a continué à collaborer avec la Commission de la santé mentale du Canada afin d'élaborer la [Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada](#). Elle a aussi complété la troisième étape de l'élaboration d'un outil canadien d'étude d'impact sur la santé mentale, qui devrait être terminé en 2012-2013 et qui met l'accent sur les problèmes d'inégalité touchant la santé mentale des populations vulnérables. De plus, avec « Outiller les Canadiens - la santé mentale pour la vie », la Stratégie d'innovation de l'Agence a continué à centrer ses efforts sur la promotion de la santé mentale et la réduction des disparités en matière de santé mentale. Neuf projets pluriannuels ont été lancés pour une période de quatre ans (2010-2011 à 2014-2015) dans de nombreux endroits et milieux partout au pays. Les projets appuient une gamme d'interventions en vue de répondre aux besoins de diverses populations à risque élevé (p. ex. les Autochtones, les immigrants, les groupes à faible revenu et les populations nordiques) ainsi que d'établir des facteurs de protection et de renforcer les compétences (p. ex. habiletés d'adaptation, estime personnelle) à différentes étapes du développement en début de vie.

Leçons apprises

Une collaboration hâtive, cohérente et efficace avec les autres ministères, les provinces et les territoires, les chercheurs universitaires, les professionnels de la santé et des services sociaux, les organismes non gouvernementaux (ONG), le secteur privé et la jeunesse permet de faire progresser les efforts continus visant à renforcer une vision commune avec les intervenants d'une société canadienne qui encourage les Canadiens à être en santé, en sécurité et productifs.

Pour faire suite au [Rapport de vérification - Programmes de promotion de la santé de 2009](#), l'Agence a mis en œuvre la totalité, sinon un nombre important, des recommandations découlant de la vérification en plus de s'assurer que les structures et processus fonctionnent comme prévu dans tous les secteurs requis de l'organisation. Les priorités pour les programmes et le financement sont bien harmonisées, et une rigueur accrue ainsi que des outils facilitent la surveillance des projets, l'évaluation et la présentation de rapports par l'entremise de principes opératoires et de procédures opératoires normalisées confirmés. Les plans d'action et les mécanismes de communication non terminés devraient être complètement mis en œuvre d'ici la fin de 2011-2012, comme prévu.

Selon les évaluations des programmes pour enfants, il y a un besoin permanent de programmes ciblant cette population. En décembre 2006, en réaction à l'évaluation nationale du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (2003-2005), l'Agence a commencé à mettre en place la présélection d'aide préscolaire de Brigrance à l'échelle nationale, afin de recueillir de l'information holistique sur la maturité scolaire qui permettrait de constater l'évolution au fil du temps. Selon l'[évaluation du Programme canadien de nutrition prénatale 2004-2009](#), ce Programme doit continuer de surveiller les menaces pour la santé des mères, des nourrissons et des enfants afin de guider sa mise en œuvre et de lui permettre de s'adapter et de réagir aux nouvelles priorités en matière de santé. Selon l'[évaluation du Programme d'action communautaire pour les enfants 2004-2009](#), des études plus approfondies doivent être menées afin de cerner la meilleure façon d'intervenir auprès des enfants qui grandissent dans des conditions qui mènent à une mauvaise santé, à des difficultés de développement et à des problèmes sociaux, cognitifs et comportementaux.

⁸ D'une façon générale, l'environnement construit est un environnement qui a été créé ou modifié par l'homme. Voici quelques-uns de ces environnements : la conception des quartiers, les écoles, les maisons, les lieux de travail, les aires de loisirs, l'emplacement des magasins, et l'emplacement et la conception des routes, des trottoirs, des pistes cyclables et des allées piétonnières. L'environnement construit est un facteur déterminant important dans la promotion de l'activité physique et la prévention de l'obésité.

Activité de programme : Prévention et réduction des maladies et des blessures

Ce programme élabore et met en œuvre des stratégies, lance des initiatives et soutient les intervenants dans le but de prévenir et réduire les maladies chroniques et les blessures et de prévenir et contrôler les maladies infectieuses. Ce travail permet d'encadrer les interventions du gouvernement fédéral et d'assurer la mobilisation concertée des efforts nationaux. Le programme est nécessaire, étant donné l'incidence actuelle et potentielle des blessures, des maladies chroniques et des maladies infectieuses sur la santé des Canadiens et sur la viabilité du système de soins de santé canadien.

Ressources financières (en millions de dollars) 2010–2011		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
115,7	102,6*	86,3**

Ressources humaines (équivalents à temps plein) 2010–2011		
Prévues	Réelles	Différence
414	341,8	72,2***

*La diminution nette de 13,1 millions de dollars entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique surtout par des transferts vers d'autres programmes, de l'ordre de 11,1 millions de dollars et par un transfert permanent de 3,0 millions de dollars octroyé aux Instituts de recherche en santé du Canada afin de continuer à financer la recherche ciblée sur le cancer du sein.

**Les dépenses réelles ont été de 16,3 millions de dollars inférieures au total des autorisations. Cet écart s'explique surtout par le report à court terme des activités en vertu de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH renouvelée et une légère sous-utilisation des budgets pour les opérations et contributions.

***L'écart entre les équivalents à temps plein prévus et réels s'explique surtout par le remaniement interne des activités de programme en cours d'exercice, pendant lequel l'organisation s'est adaptée à la nouvelle architecture des activités de programme.

Résultat prévu de l'activité de programme :

- Les maladies et les blessures font l'objet de mesures de prévention et d'atténuation.

Indicateur(s) de rendement	Cible	État du rendement
Taux de nouveaux cas de maladies graves diagnostiqués au cours d'une période d'un an, normalisé selon l'âge (incidence)	Les points de référence ont été établis à	Atteint en grande partie Les points de référence pour les infections contractées dans des établissements de soins de santé et les autres infections contractées dans la collectivité sont en cours de détermination.
	Taux signalé de VIH : 8,6 cas par 100 000 personnes âgées de >15 ans (taux de 2009 pour les nouveaux diagnostics de VIH)	Le taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués dans les autres pays à revenu élevé est généralement calculé par rapport à la population totale, tandis que le taux du Canada est calculé par rapport à la population adulte (>15 ans), ce qui rend impossible la comparaison directe entre ces taux. En 2009, le taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués s'élevait à 17,4 cas par 100 000 personnes aux États-Unis, à 10,7 cas par 100 000 personnes au Royaume-Uni, à 7,6 cas par 100 000 personnes en France, à 3,5 cas par 100 000 personnes en Allemagne et à 1,3 cas par 100 000 personnes en Australie.
	Incidence signalée d'hépatite B aiguë : 0,69 cas par 100 000 personnes (2009)	Comparé aux autres pays, le Canada détient un taux signalé d'hépatites B et C relativement bas. Cependant, ce taux est considérablement plus élevé chez certaines sous-populations canadiennes, comme les Autochtones.

<i>Suite de la page précédente</i>	Incidence signalée d'hépatite C aiguë : 1,88 cas par 100 000 personnes (2009)	
	Taux signalé de tuberculose à 4,7 cas par 100 000 personnes	Le taux signalé de tuberculose au Canada (4,7 par 100 000) est parmi les plus bas du monde. En 2009, le taux signalé de tuberculose s'élevait à 12,0 cas par 100,000 personnes au Royaume-Uni, à 6,4 cas par 100 000 personnes en Australie et à 4,1 cas sur 100 000 personnes aux États-Unis. Cependant, un taux anormalement élevé a été noté chez les populations autochtones nées au Canada et les populations nées à l'étranger.
	Diabète : 6,1 par 1 000 personnes Cancer : 4 par 1 000 personnes Hypertension : 25,8 par 1 000 personnes Asthme : 5,3 par 1 000 personnes MPOC : 8,2 par 1 000 personnes	L'ASPC a établi des points de référence normalisés selon l'âge pour l'incidence de diabète, de cancer, d'hypertension, d'asthme et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Taux de nouveaux cas de maladies graves diagnostiqués normalisé selon l'âge <ul style="list-style-type: none"> • Diabète : Source – Système canadien de surveillance des maladies chroniques, 2006-2007 • Cancer : Source – Statistique Canada, 2007 • Hypertension : Source – Système canadien de surveillance des maladies chroniques, 2006-2007 • Asthme : Source - Données d'essai du Système canadien de surveillance des maladies chroniques, 2007-2008 (sauf le Québec) • Maladie pulmonaire obstructive chronique : Source - Données d'essai du Système canadien de surveillance des maladies chroniques, 2007-2008 (sauf le Québec)

Sommaire du rendement et analyse de l'activité de programme

À la suite de l'[évaluation intérimaire de la Stratégie nationale d'immunisation](#), l'ASPC a collaboré avec les provinces, les territoires, Santé Canada, d'autres ministères fédéraux et l'industrie et a eu recours à leurs services par l'entremise du Comité canadien d'immunisation, du Comité consultatif national sur l'immunisation et par le travail et les groupes de travail des comités qui ont examiné et renforcé la Stratégie nationale d'immunisation. L'ASPC a participé à la planification et au comité directeur de la Conférence canadienne sur l'immunisation de 2010. La conférence traitait surtout des problèmes émergents d'immunisation, de la sécurité des vaccins, et des techniques, stratégies et outils de communication visant à aborder les problèmes relatifs à l'immunisation.

Afin d'augmenter la connaissance et la capacité des intervenants en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses dans les collectivités et les établissements de soins de santé, l'Agence a publié les [Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs et les établissements de soins de longue durée - Grippe saisonnière \(2010\)](#), les [Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans tous les établissements de soins de santé - Bacille Gram négatif résistant aux carbapénèmes \(2010\)](#) et les [Ressources essentielles pour un](#)

Quelques faits à propos de l'Agence...

Après une consultation complète avec des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT), le [Protocole canadien d'intervention lors de toxo-infection d'origine alimentaire \(PRITIOA\) 2010](#) a été appuyé par les sous-ministres FPT de la Santé et de l'Agriculture ainsi que par le Comité FPT sur la salubrité des aliments et le Conseil des médecins hygiénistes en chef (juin 2010). Pour valider le PRITIOA et communiquer les rôles et responsabilités des partenaires FPT pendant une épidémie de maladie d'origine alimentaire touchant plus d'une administration, l'ASPC a mis le PRITIOA en application dans chaque province et territoire à l'aide d'une série d'exercices de formation bilatéraux, comme elle s'était engagée à le faire. Entre janvier et avril 2011, treize exercices bilatéraux ont été effectués partout au Canada par 600 responsables locaux, territoriaux, provinciaux et fédéraux de la santé publique, ainsi que par les responsables des laboratoires et de la sécurité des aliments.

[programme efficace de prévention et de lutte contre les infections \(juillet 2010\).](#)

En réponse au [Rapport de l'enquêteur indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008](#), l'ASPC a collaboré avec Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour élaborer un plan canadien d'intervention lors de toxoinfection d'origine alimentaire (PITIOA) pour les épidémies de maladies d'origine alimentaire nécessitant une intervention dépassant la portée du PRITIOA (2010). Le plan est régi par une structure commune de commandement des interventions. L'Agence a aussi renforcé la surveillance nationale de la listériose en ajoutant *Listeria monocytogenes* au [Programme national de surveillance des maladies entériques](#). Afin de renforcer la détection et l'intervention en santé publique pour les cas sporadiques et les épidémies de listériose invasive, l'Agence recueille maintenant de l'information sur la listériose au cas par cas.

Les pathogènes qui touchent les humains, les animaux et l'environnement, en particulier ceux provenant de la chaîne alimentaire, demeurent un élément central de la recherche, de l'évaluation des risques et de l'intervention. L'évaluation du programme des systèmes d'alerte et de réaction relatifs au climat et aux maladies infectieuses a démontré comment il a renforcé l'infrastructure de santé publique du Canada et abordé les risques pour la santé associés aux maladies d'origine hydrique et à transmission vectorielle causées par les changements climatiques. De plus, les chercheurs de l'Agence ont élaboré le premier module de base de données dose-réponse convivial et facile d'accès, qui sert à évaluer rapidement les impacts de la contamination des aliments, ainsi que de puissants outils de prise de décision (comme un outil multicritère d'analyse des décisions) qui est utilisé sur le terrain afin de permettre à l'Agence de mieux gérer les menaces pour la santé publique. L'Agence a aussi été reconnue à l'échelle internationale, car elle utilise les techniques spatiales pour évaluer l'impact des systèmes agricoles et environnementaux sur la santé des populations vulnérables et pour aborder les problèmes de santé publique dans n'importe quelle aire géographique de la planète.

Pendant la période de révision, l'Agence a continué d'appuyer le [Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs](#) dans l'élaboration de recommandations sur la pratique clinique pour les soins primaires et préventifs. Le groupe d'étude a fait une synthèse et un rapport d'analyse complets des données probantes et il a préparé des recommandations et des articles de journaux sur le dépistage du cancer du sein qui ont été déposés en février 2011 afin d'être publiés dans le Journal de l'Association médicale canadienne (la publication est prévue pour l'automne 2011). De plus, de nouveaux groupes de travail sur le diabète, la dépression, le cancer du col de l'utérus, l'obésité chez les enfants et les adultes et l'hypertension, qui sont menés par le Groupe d'étude, ont été créés pour faire participer les intervenants à la révision et à l'élaboration des recommandations et des outils d'application des connaissances qui y sont associés.

Quelques faits à propos de l'Agence...

En septembre 2010, les ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain ont appuyé la déclaration [Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité](#). Cette déclaration reconnaît que le fardeau de la maladie, des incapacités et des blessures est de plus en plus important au Canada et elle présentait une vision commune de la promotion de la santé et de la prévention des maladies et des blessures en tant que priorité au Canada. Cette collaboration a contribué à renforcer la capacité du Canada à prévenir et à gérer les maladies et les blessures.

Le [Portail canadien des pratiques exemplaires](#) génère et diffuse des connaissances fondées sur des données probantes à l'échelle locale, provinciale, territoriale, nationale et internationale. Le Portail présente 350 pratiques exemplaires pour la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé ainsi que plus de 75 ressources liées à la planification fondée sur des données probantes. En 2009-2010, le Portail a reçu 42 560 visites, et cette année il a reçu 11 000 visites de plus. Les nouveaux sujets abordés élargissent la portée des interventions et renforcent leur efficacité dans des domaines comme la prévention des maladies chroniques chez les populations vulnérables, la prévention des blessures, la promotion de la santé mentale chez les aînés, et les activités psychosociales et physiques.

L'Agence, en collaboration avec les Organismes caritatifs neurologiques du Canada, a continué à appuyer [l'étude nationale de la santé des populations relative aux troubles neurologiques](#), accordant du financement à dix projets de recherche en neurologie qui visent à améliorer les connaissances sur la prévalence, les facteurs de risque, l'utilisation des services de santé, le coût économique et l'impact de treize affections neurologiques. L'Agence a aussi travaillé avec Statistique Canada afin d'ajouter des questions sur les affections neurologiques à [l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes](#) et pour élaborer une enquête sur la prévalence des affections neurologiques dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes. De plus, l'Agence a signé un accord de contribution de 2 millions de dollars avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour l'élaboration d'un système de surveillance de la sclérose en plaques.

L'appui de l'Agence au [Programme d'éducation canadien sur l'hypertension](#) permet l'élaboration d'outils éducatifs interactifs qui aident les professionnels de la santé et les personnes aux prises avec de l'hypertension et du diabète à prévenir et à diminuer l'hypertension. Des données de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé qui ont récemment été publiées démontrent qu'il y a une augmentation notable de la sensibilisation à l'hypertension et du traitement de cette maladie au Canada depuis le lancement du programme.

L'Agence a ajouté des éléments sur la prévention et le contrôle des blessures au Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation en enrichissant l'[étude longitudinale canadienne sur le vieillissement](#) de questions sur la cause et la gravité des blessures et sur l'endroit où elles se sont produites. Elle a aussi fait en sorte que les données des salles d'urgence et les admissions des centres hospitaliers de traumatologie relatives à des patients qui se sont blessés avec un produit de consommation soient mises en commun.

L'Agence continue à mener à bien l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada et l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH. Ces initiatives démontrent le leadership des approches fédérales et multisectorielles en matière de prévention et de contrôle du VIH/sida, le progrès de la science fondamentale vers la découverte d'un vaccin contre le VIH et de la recherche sociale au Canada et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et la contribution à l'intervention mondiale. (De plus amples renseignements sont disponibles dans la Section III : Renseignements supplémentaires.)

Leçons apprises

Les auteurs de la publication intitulée [Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada à l'écllosion de listériose de 2008](#) ont relevé des solutions pour améliorer l'intervention de l'ASPC en cas d'épidémie et pour offrir aux Canadiens le plus haut niveau de salubrité des aliments. Ce Rapport des leçons tirées s'harmonise avec le [Rapport de l'enquêteur indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008](#), et les deux ont été utilisés pour améliorer l'état de préparation et l'intervention en cas d'urgence de l'ASPC.

En février 2010, l'Agence a lancé la Phase 1 du [Cadre de travail national sur la santé pulmonaire](#). Des projets visant à évaluer les besoins de base des initiatives de sensibilisation dans les populations à risque et à désigner des modèles efficaces de programmes de sensibilisation à l'asthme pour les enfants d'âge scolaire se sont terminés à la fin de juillet 2010. La demande de soumission pour les projets de la Phase 2 a débuté en avril 2010. Cependant, certains intervenants n'étaient pas au courant des possibilités de financement offertes à cette phase. En réaction, l'Agence créera un programme de sensibilisation qui sera plus proactif et qui fera participer davantage d'intervenants en vue de promouvoir une plus grande représentation régionale et des partenariats novateurs.

L'évaluation de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH (ICVV), qui a eu lieu en août 2010, a permis d'en examiner les progrès et de déterminer s'il fallait modifier la conception, la prestation et l'orientation des activités. Toutes les recommandations comprises dans l'évaluation ont été appliquées dans le renouvellement de l'ICVV, selon l'annonce faite par le gouvernement et la Fondation Bill et Melinda Gates en juillet 2010. La nouvelle orientation de l'ICVV s'harmonise bien aux forces du Canada, soit la recherche d'exploration, l'expertise dans les questions de réglementation et le renforcement de la capacité en matière d'essais cliniques, tout en tenant compte des recommandations de l'évaluation, de même qu'au plan stratégique scientifique 2010 de l'Entreprise mondiale pour un vaccin contre le VIH. L'Initiative traitera du spectre élargi du développement d'un vaccin contre le VIH dans le but d'accélérer la mise au point d'un vaccin qui soit sûr, efficace, abordable et accessible à l'échelle mondiale.

Selon le [Rapport sommaire de l'évaluation du Programme d'action communautaire sur le sida 2007-2009](#), paru en mars 2010, les projets de financement du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) arrivent à rejoindre beaucoup d'initiatives fédérales pour les populations atteintes du VIH/sida et à les faire participer. L'évaluation recommande que le PACS ajoute les maladies transmises sexuellement et par le sang à son mandat, qu'il ait une approche intégrée de financement pour l'hépatite C et le VIH et qu'il comprenne des déterminants de la santé pour les autres infections transmises sexuellement. Les projets du PACS doivent aussi être mieux en mesure de joindre les populations à risque, en particulier les Autochtones et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

Selon l'[évaluation intérimaire de la Stratégie nationale d'immunisation](#) (2003-2007), publiée en juillet 2008, la Stratégie nationale d'immunisation (SNI) continue à être pertinente à l'échelle provinciale et territoriale. En effet, sa conception et sa mise en œuvre sont considérées comme efficaces dans l'ensemble. Notamment, des progrès ont été réalisés pour un bon nombre de questions importantes, comme le renforcement des partenariats et de la collaboration, la plus grande rapidité d'accès aux programmes d'immunisation, l'amélioration de la couverture vaccinale, la réduction des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, la

coordination des approches, et le prix plus abordable des vaccins. Il serait aussi possible d'apporter des améliorations dans les domaines suivants : la recherche en santé publique (recherche programmatique et évaluation relative à l'immunisation), la coordination du Comité canadien d'immunisation et du Comité consultatif national de l'immunisation, l'attention portée aux populations particulières (populations mobiles, immigrants, Autochtones) et les modèles durables de financement. Selon les résultats de l'évaluation provisoire, la SNI continue d'être examinée afin que soit déterminée la façon de rendre les politiques et les programmes d'immunisation plus efficaces et rentables au Canada, et afin d'évaluer comment les succès passés peuvent être utilisés pour améliorer ces politiques et programmes et les adapter aux tendances émergentes tout en conservant leur statut de référence mondiale en matière d'immunisation.

[L'évaluation du volet renforcement des capacités de l'initiative canadienne sur le cancer du sein](#), parue en mai 2008, recommandait que les personnes atteintes du cancer du sein se fassent davantage entendre grâce à des initiatives, et que ceux qui en ont besoin aient accès à de l'information et à du soutien. L'ASPC continue à financer les réseaux de cancer du sein et à les consulter. Les résultats d'un sondage sur la satisfaction des participants remis aux membres de ces réseaux en février 2010 ont entraîné la modification des demandes de financement, notamment la prolongation des périodes de présentation des demandes et la transmission de modèles de proposition conviviaux aux demandeurs. En outre, des visites en personne ont été effectuées dans tout le pays par des conseillers en programme auprès des bénéficiaires recevant des fonds de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein afin de leur offrir un soutien accru relativement à la production de rapports sur les finances et les activités.

Activité de programme : Exécution de la réglementation et interventions en cas d'urgence

En plus d'exécuter la réglementation, ce programme s'efforce de gérer les centres des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé, la Réserve nationale de secours (RNS) et les équipes d'intervention sanitaire d'urgence (EISU). En outre, le programme intervient en cas d'urgences nationales ou internationales en santé publique, qu'il s'agisse de désastres naturels, de situations d'urgence d'origine humaine ou d'éclousions graves de maladies infectieuses telles que la grippe pandémique.

Ressources financières (en millions de dollars) 2010-2011		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
29,5	25,0*	23,2**

Ressources humaines (équivalents à temps plein) 2010-2011		
Prévues	Réelles	Différence
178,0	148,7	29,3***

* La diminution nette de 4,5 millions de dollars entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique surtout par les transferts de l'ordre de 5,1 millions de dollars à d'autres programmes.

**Les dépenses réelles ont été inférieures au total des autorisations. Cet écart s'explique surtout par les négociations de contrats favorables pour différents services et par le report d'achats pharmaceutiques.

***L'écart entre les équivalents à temps plein prévus et réels s'explique surtout par le remaniement interne des activités de programme en cours d'exercice, pendant lequel l'organisation s'est adaptée à la nouvelle architecture des activités de programme.

Résultat prévu de l'activité de programme :

- Le Canada intervient en temps opportun lorsque surviennent des situations d'urgence en santé publique.

Indicateur(s) de rendement	Cible	État du rendement
Intervention en 24 heures ou moins lorsque survient une situation d'urgence	100 %	Entièrement atteint Le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé (COUPS) a facilité la communication entre les intervenants internes et externes en répondant aux demandes d'aide en moins de deux heures à partir du moment où il recevait l'information. Le COUPS a été actif pour un total de 83 jours pendant lesquels il est intervenu en réponse à quatre événements. Lorsque des urgences en santé publique survenaient, le Programme de surveillance de bureau faisait part de la situation aux partenaires du Portefeuille et les avertissait tôt. Au cours de l'année 2010-2011, le COUPS a appuyé plusieurs mises en œuvre, prévues ou non.

Sommaire du rendement et analyse de l'activité de programme

Cette activité de programme comprend trois éléments complémentaires de l'activité Prévention et réduction des maladies et des blessures. En matière d'intervention en cas d'urgence, elle élabore et met en œuvre les systèmes de gouvernance et de gestion et tient à jour les infrastructures matérielles requises. Elle travaille aussi à la prévention des urgences en santé publique en mettant en œuvre le Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ainsi que des cadres législatifs et réglementaires nationaux régissant les services de mise en quarantaine et les agents pathogènes et toxines. Grâce aux trois éléments, l'Agence a amélioré son leadership, sa coordination et la participation des intervenants.

Pour ce qui est du leadership, le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé a été reconnu par l'OMS en tant que centre de liaison canadien du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et il a établi des processus pour le déploiement

Quelques faits à propos de l'Agence...

L'expérience de l'Agence liée à la grippe H1N1 et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international soulignent le rôle essentiel joué par les Services de mise en quarantaine, notamment en ce qui a trait aux Mesures de santé aux frontières.

international de l'expertise de l'ASPC en cas de crises sanitaires comme l'épidémie de choléra à Haïti. De plus, une analyse et une révision approfondies des instructions permanentes d'opération (IPO) des Opérations d'urgence du portefeuille de la Santé ont débuté, et elles devraient être terminées en 2011-2012. Dans le cadre de ce processus, les Services de mise en quarantaine ont suivi six des sept recommandations sur la mise en quarantaine des personnes atteintes de la grippe H1N1 en réaction au rapport d'enquête (la septième est un engagement en cours), et un protocole de communication ainsi qu'un plan de formation ont comblé les lacunes en matière de leadership et de coordination pendant les urgences en santé publique.

Après une consultation avec les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux de l'Agence, une réserve nationale de professionnels des soins de santé visant à aider à répondre aux besoins en matière d'intervention en cas d'écllosion a cessé d'être constituée. Une nouvelle approche est élaborée et testée en vue d'opérationnaliser l'accord FPT sur l'assistance mutuelle. Cette approche comprend des mécanismes qui coordonnent et appuient le partage des professionnels de la santé entre les différentes administrations FPT quand elles ont besoin d'assistance.

En réaction au [Rapport de l'Enquêteur indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008](#), l'Agence a commencé à évaluer la possibilité de créer une Réserve de santé publique composée d'experts en santé publique qui examineraient les épidémies de maladies d'origine alimentaire. Un inventaire des connaissances et des compétences requises pour détecter les événements impliquant des maladies d'origine alimentaire et intervenir en pareil cas a été créé et validé, et une analyse des lacunes a été effectuée. Cela a permis d'établir la portée du pilote de la Réserve de santé publique et de la stratégie de formation. Le cadre de la Réserve de santé publique a été élaboré en consultation avec des experts internes et externes en santé publique, et il sera testé et évalué au cours du prochain exercice à l'aide de formations et d'exercices divers. L'Institut de formation visant les services extérieurs de l'année 2011 sera un événement majeur pour former de potentiels membres de la réserve.

De plus, l'Agence a créé un secrétariat pour coordonner son intervention d'urgence et pour désigner des personnes préqualifiées qui géreront les épidémies touchant plus d'une administration et qui interviendront en cas de telles épidémies.

L'Agence a joué un rôle important dans la réduction des risques pour la santé publique au cours des sommets du G8 et du G20 en Ontario. Ses équipes d'intervention d'urgence microbiologique (EIUM) et ses laboratoires mobiles (camion laboratoire de niveau de confinement 3 et laboratoire remorque de niveau de confinement 2) ont été déployés sur place afin de participer au maintien de la biosécurité. Puisque les maladies infectieuses peuvent être transmises autour du monde en quelques heures seulement, l'EIUM a aussi été déployée en République démocratique du Congo pour intervenir face à une épidémie d'Ebola, qui est un agent extrêmement pathogène.

Les infrastructures matérielles qui sont maintenues par l'Agence, comme la Réserve nationale de secours (RNS), ont continué à favoriser une intervention rapide en cas d'urgences relatives aux maladies infectieuses et d'incidents bioterroristes. Par exemple, la RNS a appuyé le gouvernement quand il est intervenu lors du tremblement de terre au Japon et il a répondu à plusieurs demandes de fournitures d'urgence et de produits pharmaceutiques qui provenaient des provinces. En réponse à la [vérification de 2010 des mesures et interventions d'urgence](#), un examen stratégique des actifs visant à moderniser la RNS est en cours afin que celle-ci soit harmonisée au rôle actuel de l'ASPC en matière d'intervention sanitaire d'urgence et qu'elle aborde les questions d'ordre opérationnel.

Quelques faits à propos de l'Agence...

En raison des urgences et événements précédents, comme la panne d'électricité d'août 2003, la pandémie de grippe H1N1 de 2009, les Jeux olympiques de Vancouver en 2010 et les sommets du G8 et du G20 à Toronto, les gouvernements mettent beaucoup plus l'accent sur l'état de préparation, la gestion des événements et la continuité des activités. Afin de renforcer l'état de préparation et la capacité en santé publique, l'ASPC a maintenu le Programme de planification de la continuité des activités (PCA), qui utilise une approche « tous risques » pour intervenir et pour améliorer la capacité de rétablissement interne. Testé à l'aide de ses 72 plans de continuité des activités et de ses 24 exercices sur table, le programme PCA est conçu pour renforcer la capacité interne de l'Agence afin qu'elle soit en mesure de maintenir ses services essentiels en vue de remplir son mandat pour les Canadiens.

Une préoccupation majeure de l'Agence en matière de prévention des urgences de santé publique est le plan du projet de mise en œuvre de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines* (2009). Le plan de projet de cinq ans, qui vise à élaborer le cadre politique et réglementaire qui l'appuie, comprend une mise à jour des normes et des directives sur la biosécurité, un programme de délivrance de permis, un ensemble de règlements, et une politique et des outils d'observance et d'exécution de la Loi. Ce cadre, qui se fonde sur le cadre législatif mis en œuvre en 1990 ainsi que sur le Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes (1994), protégera davantage les Canadiens contre les risques des agents pathogènes humains et les toxines à l'aide de mesures de contrôle intérieur et de pratiques de fonctionnement normalisées, de méthodes de manutention en laboratoire et d'exigences de bioconfinement.

En réponse aux préoccupations des intervenants concernant le manque de consultation pendant l'examen législatif de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines* (LAPHT), l'Agence a mené des consultations de grande envergure afin de guider l'élaboration d'un programme national de biosécurité renforcé et de règlements le régissant. Les consultations préalables avec les provinces et les territoires, le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada et seize associations nationales d'importance ont mené à l'élaboration d'un Plan pluriannuel de consultation (2011-2014). Ce plan donnera aux parties touchées et concernées des occasions significatives et générales de participer aux différentes étapes du processus d'élaboration du cadre politique et réglementaire, et il respectera les exigences de la Directive du Cabinet sur la rationalisation de la réglementation auxquelles l'Agence doit se conformer.

Pendant que l'Agence travaille à la mise en œuvre de la LAPHT, elle continue à s'assurer de la sûreté et de la sécurité des pathogènes humains et des toxines importés en vertu du Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes (RIAA). Et pour aider davantage les laboratoires canadiens et les parties réglementées à respecter les exigences en matière de conformité en vertu de la LAPHT et du RIAA, l'Agence a mis à jour et a amélioré les documents techniques décrivant les propriétés dangereuses d'un agent pathogène humain et les recommandations pour le travail de laboratoire impliquant ces agents.

Pour réduire le fardeau de la réglementation qui pèse sur les chercheurs, l'ASPC et l'Agence canadienne d'inspection des aliments ont lancé l'élaboration des Normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité. Cette initiative permettra l'harmonisation des exigences nationales actuelles en matière de biosécurité contenues dans les normes et lignes directrices suivantes : les [Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire, 2004](#); les [Normes sur le confinement des installations vétérinaires, 1ère édition, 1996](#) et les [Normes de confinement pour les laboratoires, les installations vétérinaires et les salles de nécropsie qui manipulent des prions, 2005](#).

Quelques faits à propos de l'Agence...

La mise en œuvre de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines* a déjà connu du succès. L'inscription hâtive d'environ 1 000 organismes manipulant des agents pathogènes humains et des toxines a déjà permis de trouver les laboratoires qui ont besoin d'améliorer leurs systèmes de laboratoire et leurs pratiques de biosécurité. En réaction, l'Agence a donné des directives aux laboratoires pour la manipulation sûre des agents pathogènes. Des consultations et des activités de diffusion menées dans tout le Canada ont permis aux laboratoires canadiens et aux principaux organismes nationaux de mieux comprendre leurs obligations en matière d'utilisation sûre et de confinement des agents pathogènes humains et des toxines. Par exemple, cette année, l'Agence a émis 24 % plus de lettres de conformité, ce qui laisse entendre que, de plus en plus, les laboratoires procèdent eux-mêmes à l'évaluation de leur conformité aux Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire de l'Agence de la santé publique du Canada.

D'ici juin 2012, l'Agence se conformera entièrement au [Règlement sanitaire international de l'OMS](#) (RSI). En vue d'améliorer la capacité du Centre des opérations d'urgence, qui est en fonction 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, l'Agence a mis en place un programme de surveillance de bureau et une plateforme de connaissance de la situation en collaboration avec le Réseau mondial d'information en santé publique. Afin de respecter les exigences des partenaires du Portefeuille en cas d'urgence en santé publique, ce programme assure la surveillance de l'information et donne une alerte rapide. Pour l'ASPC, les produits de cette plateforme sont le bulletin de renseignements quotidiens en matière de santé publique et le briefing tous risques quotidien. Après avoir reçu la confirmation que son programme de mise en quarantaine était conforme au RSI de l'Organisation mondiale de la santé, l'Agence a continué à améliorer les mesures de filtrage aux principaux points d'entrée.

Leçons apprises

Les minicours pratiques de la RNS répondent aux besoins permanents des provinces et des territoires, ainsi qu'aux besoins des événements d'envergure tels que le G8 et le G20. Après le succès du Programme de formation et d'exercices en milieu hospitalier mis en place pour le G8 et le G20, l'Agence a révisé le contenu de la formation et des exercices afin de les rendre disponibles à davantage d'hôpitaux en Ontario et dans d'autres provinces. Cet exercice mettait aussi en évidence le besoin de mettre en place des mécanismes officiels devant être partagés par les professionnels de la santé. Ces mécanismes, comme il a été mentionné ci-dessus, sont en cours d'élaboration.

L'évaluation de la Réserve nationale de secours s'est terminée en 2010-2011 et elle a recommandé d'orienter le rôle national de la RNS, d'examiner la disposition des réserves, d'appuyer une intervention intégrée en cas d'urgence et de prendre la RNS en considération dans le rôle international de l'ASPC. Le rapport d'évaluation mentionnait clairement la pertinence de la RNS et l'importance pour la santé et la sécurité des Canadiens de détenir une réserve de fournitures médicales gérée par le gouvernement fédéral.

Pendant les préconsultations, les intervenants de la LAPTH ont encouragé l'Agence à considérer la mise en place d'une variété d'activités de coopération et d'inscrire ses consultations dans une stratégie plus générale faisant la promotion de relations soutenues avec les intervenants et la conformité législative et réglementaire. La stratégie d'engagement des intervenants qui en résulte est appuyée par une infrastructure solide, qui comprend une nouvelle base de données d'intervenants et une présence sur le Web, un compte générique de consultation et un nouveau kiosque d'information sur la LAPTH pour les événements et les conférences d'envergure.

Activité de programme : Services internes

Les services internes appuient le résultat stratégique de l'Agence de même que toutes les activités de programme. Les services internes sont des groupes d'activités et de ressources connexes qui sont administrés pour aider à répondre aux besoins des programmes et à d'autres obligations globales d'un organisme. Ces groupes sont : services de gestion et de supervision; services de communication; services juridiques; services de gestion des ressources humaines; services de gestion financière; services de gestion de l'information; services des technologies de l'information; services de biens immobiliers; services du matériel; services d'acquisition et services de voyage et autres services administratifs. Les services internes comprennent seulement les activités et les ressources qui s'appliquent à l'ensemble de l'organisation et non pas celles qui visent un programme précis.

Ressources financières (en millions de dollars) 2010-2011		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
93,4	119,5*	112,8**

Ressources humaines (équivalents à temps plein) 2010-2011		
Prévues	Réelles	Différence
511	641,5	(130,5)***

* L'augmentation nette du total des autorisations, de l'ordre de 26,1 millions de dollars, s'explique surtout par une affectation des fonds du budget de fonctionnement reportés et les transferts d'autres programmes.

** Les dépenses actuelles ont été inférieures au total des autorisations en raison d'une légère sous-utilisation des budgets de fonctionnement.

L'écart entre les équivalents à temps plein prévus et réels s'explique surtout par le remaniement interne des activités, alors que l'organisation s'adaptait à la nouvelle architecture des activités de programme.

Résultats prévus de l'activité de programme

- Les communications, les opérations et les programmes de l'Agence sont conformes aux lois, règlements, politiques et/ou plans applicables et satisfont aux besoins variés du public.
- Utilisation prudente des ressources et affectation stratégique de ces dernières entre les programmes, les processus et les services.
- La gestion et la technologie de l'information soutiennent les priorités et programmes gouvernementaux et la prestation des services.
- Les biens sont acquis et gérés de façon durable et responsable sur le plan financier, tout au long de leur cycle de vie, ce qui favorise la prestation efficiente et rentable des programmes et services gouvernementaux.

Indicateur(s) de rendement	Cible	État du rendement
Conformité aux délais imposés par la Loi sur l'accès à l'information et la Loi sur la protection des renseignements personnels	Note « A » (95 % et plus)	Atteint en grande partie L'ASPC a atteint un taux de conformité de 86,9 %. Parmi les 176 réponses données aux requérants l'année dernière, 153 respectaient les délais prescrits par les lois.
Conformité à la politique de communication du gouvernement du Canada	100 %	Entièrement atteint Les activités de communication menées par l'ASPC cette année étaient conformes à la politique de communication du gouvernement du Canada.
Conformité à la Loi sur les langues officielles appliquée par le gouvernement du Canada	100 %	Atteint en grande partie Plus de 96 % des cadres de l'ASPC satisfont aux exigences de leur poste en matière de langue. Les ressources humaines encouragent vivement les autres cadres à se conformer à ces exigences dans des délais prescrits.

		Parmi les 13 plaintes sur les langues officielles, deux ont été réglées, six ont été transmises au commissaire aux langues officielles et cinq demeurent actives. De plus, des activités sont menées pour sensibiliser les employés, les directeurs et les cadres supérieurs à leurs droits et obligations en matière de langues officielles.																								
Conformité avec la Loi sur l'équité en matière d'emploi appliquée par le gouvernement du Canada	Autochtones – 3,3 % Personnes handicapées – 4,3 % Minorités visibles – plus de 12,9 % Femmes – 61,8 %	Atteint en grande partie L'ASPC a atteint ou dépassé son objectif pour trois des quatre groupes désignés, mais n'a pas atteint son objectif en ce qui a trait à la représentation des minorités visibles. Représentation de l'ASPC au 10 avril 2010 Femmes : DPA : 61,9 % ASPC : 69,6 % (+7,7) Autochtones : DPA : 3,2 % ASPC : 3,2 % MV : DPA : 13,2 % ASPC : 12,9 % (-0,3) PH : DPA : 4,3 % ASPC : 4,4 % (+0,1) *Disponibilité dans la population active (DPA)																								
Pourcentage de croissance observée pour les groupes professionnels en grave pénurie ⁹ *Cet indicateur sera modifié en 2011-2012 dans la liste de groupes en pénurie de l'ASPC.	PE: 29 MD: 46 EC: 612 EG: 261 SE: 59	Atteint en grande partie En 2010-2011, l'analyse des processus improductifs de dotation en personnel effectuée par l'Agence pour les années précédentes a permis de détecter des groupes en pénurie. L'Agence a établi une liste de groupes en pénurie qui devra être approuvée par les cadres supérieurs et qui donnera une plus grande souplesse aux directeurs quand ils embaucheront des employés de certains groupes ou niveaux sans afficher les postes. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Avril 2009</th> <th>Avril 2011</th> <th>% de croissance en avril 2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PE</td> <td>29</td> <td>38</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>MD</td> <td>43</td> <td>37</td> <td>-14%</td> </tr> <tr> <td>EC</td> <td>577</td> <td>714</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>EG</td> <td>217</td> <td>219</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>SE</td> <td>58</td> <td>54</td> <td>-7%</td> </tr> </tbody> </table>		Avril 2009	Avril 2011	% de croissance en avril 2011	PE	29	38	31%	MD	43	37	-14%	EC	577	714	24%	EG	217	219	1%	SE	58	54	-7%
	Avril 2009	Avril 2011	% de croissance en avril 2011																							
PE	29	38	31%																							
MD	43	37	-14%																							
EC	577	714	24%																							
EG	217	219	1%																							
SE	58	54	-7%																							
Pourcentage d'écart entre les dépenses prévues et réelles de l'Agence à la fin de l'exercice	Écart de 5 % ou moins	Atteint en grande partie Exploitation : 5,0 % Général (y compris les dépenses en capital et les subventions et contributions) : 7,0 %																								
Conformité à la version 2.0 des règles de normalisation des sites Internet (NSI) du gouvernement du Canada	100 %	Passablement atteint À l'ASPC, le taux de conformité à la NSI demeure à 70 %.																								

⁹ L'affirmation suivante est inscrite dans le RPP de 2010-2011 : « Maintien ou amélioration de la disponibilité anticipée des effectifs, selon les données de référence établies le 1^{er} avril 2009 ». Les cibles du pourcentage de croissance doivent encore être déterminées.

Pourcentage d'immobilisations importantes faisant l'objet de rapports sur la condition des biens	100 %	Non atteint Le premier rapport d'état annuel sur les immobilisations importantes de l'ASPC a été lancé en janvier 2010. Puisqu'il s'agissait de la fin de l'exercice et que les ressources étaient limitées, les rapports d'état ont été reçus pour seulement 56 % des immobilisations importantes de l'Agence.
--	-------	--

Sommaire du rendement et analyse de l'activité de programme

Le cadre de gestion des relations stratégiques de l'Agence, qui devait d'abord être complété en 2010-2011, devrait maintenant l'être en 2011-2012 (des ressources humaines ont été réattribuées à d'autres priorités au cours de cette période). L'objectif de ce cadre sera d'orienter l'Agence afin qu'elle travaille efficacement avec les intervenants à faire progresser l'élaboration des politiques.

Le cadre de gestion des personnes de l'ASPC oriente les activités de gestion des personnes dans toute l'Agence et il est composé de trois éléments stratégiques : effectifs et milieu de travail, orientation stratégique et prestation de services. Les initiatives suivantes du plan de trois ans ont bien progressé :

- l'harmonisation du processus de gestion du rendement et le lancement d'un plan de perfectionnement professionnel et d'apprentissage personnel;
- le lancement de consultations sur la gestion des compétences au niveau de la direction et d'outils de planification du roulement de personnel aux postes-clés;
- l'élaboration de priorités en matière de renouvellement du personnel et de recrutement;
- la préparation de la migration de PeopleSoft qui remplacera le système d'information sur les ressources humaines (RH) de l'ASPC, qui est désuet;
- la mise en œuvre d'une structure organisationnelle réalignée pour la prestation de services RH.

En 2010-2011, certaines initiatives de gestion des personnes, comme la mise en place du modèle de prestation de services RH et l'élaboration des tableaux de bord à l'échelle des directions générales, ont été retardées en raison de la mauvaise qualité des données. Moins de politiques et de directives sur la gestion des personnes ont été élaborées que prévu. Des progrès importants ont été réalisés dans ces domaines en 2010-2011, dont l'instauration et l'approbation d'un cadre et d'un programme de contrôle de la dotation en personnel pour l'Agence. Cela constituera une feuille de route pour l'Agence, qui continue à élaborer son programme de dotation en personnel, ainsi qu'un élément central du maintien de la délégation des pouvoirs de dotation. L'exercice de nettoyage des données est en cours et devrait être terminé en août 2011. Il permettra la création de tableaux de bord à l'échelle des directions générales et d'indicateurs-clés du rendement des RH. La prestation des services RH a été restructurée et les principaux postes ont été pourvus.

Les co-champions du bien-être en milieu de travail de l'Agence ont été nommés et un plan d'action qui touchera trois questions a été approuvé par le comité exécutif de l'ASPC. Ces trois questions sont le harcèlement et la discrimination en milieu de travail, la collaboration continue entre les employés et les directeurs, et une conciliation travail-vie ainsi qu'une amélioration du dévouement et de la participation des employés.

En février 2010, le plan d'action et cadre de gestion des valeurs et de l'éthique de l'Agence a été approuvé, et beaucoup a été accompli depuis. Par exemple, un groupe de travail de l'ASPC sur les valeurs et l'éthique a été créé, des séances de formation dispensées par les services d'éthique et d'ombudsman de Santé Canada ont été offertes à plus de 1 200 employés de l'ASPC en 2010-2011, une consultation sur l'ébauche du code de valeurs et d'éthique de la fonction publique du SCT a été menée en décembre 2010, et une ébauche du code de valeurs et d'éthique de l'ASPC a été rédigée et approuvée par les cadres supérieurs. Ce code provisoire sera utilisé à des fins de consultations, et une version finale devrait être soumise à l'approbation de la haute direction en 2011-2012. En novembre 2010, l'Agence a aussi créé son Comité sur les conflits d'intérêts (CI), qui est présidé par un sous-ministre adjoint et qui compte des DG et un spécialiste externe de la question. Le rôle du Comité est de donner des directives politiques aux cadres supérieurs et aux employés afin de réduire les risques de CI au sein de l'ASPC.

Le cadre de gestion du rendement (CGR) 2011-2012 de l'Agence a été approuvé par le Secrétariat du Conseil du Trésor le 29 juin 2010. L'Agence a décidé de stabiliser l'AAP 2010-2011 et elle continue d'améliorer le CGR afin que les résultats

prévus, les indicateurs de rendement et les cibles soient précis, mesurables et pertinents et qu'il soit possible de les atteindre en temps utile.

La politique sur la gestion des risques et le nouveau profil de risque de l'organisation, qui cernent les risques, les facteurs de risque, les méthodes de maîtrise du risque et les stratégies de traitement du risque, ont été élaborés et approuvés. L'Agence souhaitait lancer des outils communs d'évaluation des risques et offrir de la formation sur ces outils, mais après les avoir testés, il a été déterminé qu'ils devaient être améliorés avant d'être utilisés dans toute l'Agence. Elle espérait aussi communiquer davantage au personnel les exigences en matière de gestion du risque. Cela reste à faire et une stratégie de communication qui devrait être mise en place en 2011-2012 est en cours d'élaboration pour régler ce problème.

Quelques faits à propos de l'Agence...

En 2010-2011, l'Agence a offert à son personnel la première formation sur la gestion des risques, qui consistait en un atelier donné à plus de 40 personnes.

En 2010-2011, l'Agence a centralisé sa fonction d'évaluation et elle a restructuré la gouvernance de cette fonction afin de placer le chef de l'évaluation sous l'autorité de l'administrateur général. Avec cette centralisation, les politiques sur l'évaluation propres à l'Agence ne seront plus nécessaires. Pour ce qui est du plan d'évaluation de cinq ans, huit évaluations ont été complétées dans les délais prévus, en plus des deux évaluations qui avaient été complétées avant 2011-2012.

Quelques faits à propos de l'Agence...

L'Agence a élaboré son premier plan annuel d'approvisionnement, des normes en matière de capitalisation des immobilisations et des procédés de formation afin de protéger ses actifs, un guide sur l'élimination du matériel de surplus et elle a publié des rapports annuels sur la gestion du parc automobile.

Le cadre de gestion de projet a été élaboré et il comprend des manuels de politiques et de procédures qui serviront à améliorer la capacité de gestion de projet à l'ASPC. L'objectif général de ce cadre est de normaliser les processus utilisés dans toute l'Agence et de les rendre conformes à la Politique sur la gestion de projets du Conseil du Trésor.

Dans le contexte du cadre de gestion du matériel, des séances de formation sur la gestion du cycle de vie des actifs étaient offertes aux employés de l'ASPC travaillant dans la région de la capitale nationale et dans le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire. Les séances de formation traitaient entre autres des éléments à prendre en considération aux étapes de planification et d'acquisition (comme la maintenance), du coût de l'aliénation, des impacts environnementaux, de l'importance d'utiliser un codage par code à barres approprié et de la gestion générale des stocks. Une attention particulière a été portée à l'aliénation des actifs, à l'aide d'examen des différents outils et options qui sont à la disposition de l'Agence.

Leçons apprises

L'ASPC continuera d'utiliser des approches et des mécanismes novateurs pour connaître le point de vue des employés quant à l'élaboration de son plan stratégique en matière de science et de recherche. Par exemple, elle a utilisé un « Guide des options », qui est un outil en ligne d'externalisation ouverte, afin de permettre aux employés d'émettre des suggestions et des opinions en ligne sur les principes directeurs et elle a donné la priorité aux activités relatives au plan.

Afin de s'assurer que des rapports sur l'état des biens soient complétés pour 100 % des immobilisations importantes, le rapport annuel sur l'état des immobilisations importantes sera intégré au Répertoire des biens immobiliers, qui sera lancé au printemps. La date limite pour la remise du deuxième rapport sur l'état des immobilisations importantes est le 26 août 2011, et sa cible est fixée à 100 %.

L'Agence a créé un outil d'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre pour l'élaboration de politiques, de programmes et de plans. L'utilisation de cet outil pour l'élaboration des propositions de politiques et des plans se terminant en 2010-2011 (l'année précédente, seulement 54 % des propositions tenaient compte de l'ACFSG) a permis au personnel de l'ASPC de mieux comprendre les besoins uniques des hommes et des femmes. Reconnaisant le lien direct entre le sexe et le genre et les inégalités en matière de santé, l'Agence intègre davantage l'ACFSG à l'éventail complet de ses activités. Un plan d'action quinquennal sur l'ACFSG est en cours d'élaboration et visera à améliorer la qualité et l'uniformité des pratiques relatives à l'ACFSG de même qu'à accroître sa mise en œuvre : conception de la recherche et examen par les pairs; collecte et analyse des données, et production de rapports; octroi de subventions et contributions.

L'Agence reconnaît que l'amélioration de la planification et la normalisation des processus sont essentielles à la mise en œuvre réussie d'un nouveau modèle de prestation des services. Bien que la mise en œuvre du modèle de prestation des services en

RH ait connu certains retards, des mesures correctives sont en cours d'élaboration et comprennent divers outils comme des listes de vérification, des mécanismes de suivi des projets automatisés et l'élaboration d'une stratégie de service à la clientèle.

Pour appuyer les objectifs du cadre de gestion des personnes, les priorités relatives au renouvellement du personnel et au recrutement ont été établies. Des efforts sont actuellement déployés pour transmettre ces priorités à tous les employés par l'entremise du champion du recrutement. L'Agence reconnaît que des consultations supplémentaires avec les gestionnaires et les employés sont nécessaires afin de veiller à ce que les initiatives de gestion des personnes de l'ensemble de l'Agence s'harmonisent aux besoins opérationnels et les appuient. À cette fin, la Direction des ressources humaines de l'Agence travaillera de manière plus horizontale avec les domaines de programmes par l'entremise de groupes de travail et de consultations. Par exemple, les employés auront l'occasion d'émettre leurs commentaires sur l'élaboration du code de valeurs et d'éthique de l'ASPC par divers moyens, notamment des séances de dialogues et l'échange de messages avec le champion des valeurs et de l'éthique.

Les Mesures relatives aux conflits d'intérêts sont intégrées dans le Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique. De nombreux efforts ont été déployés en vue de sensibiliser les gestionnaires à l'égard des mesures du Code et des risques connexes. Nous poursuivons nos activités de sensibilisation et de communications, afin de renforcer la capacité des employés à cibler et à traiter les situations conflictuelles possibles.

Plan d'action économique du Canada

En vue de favoriser le déplacement efficace et efficient des espèces et des biens au Centre scientifique canadien de santé humaine et animale (CSCSHA), le Conseil du Trésor a approuvé, en avril 2009, un projet d'agrandissement qui s'inscrit dans le Plan d'action économique du Canada. Les dépenses prévues du projet s'établissaient à 20,6 millions de dollars en 2010-2011.

Les dépenses réelles ont été de 18,7 millions de dollars en 2010-2011, ce qui a donné lieu à un surplus de 1,9 million de dollars. De ce nombre, 1,5 million de dollars d'économies ont été réalisées grâce au contrat relatif à l'approche de gestion de la construction, qui a permis une restructuration en cours de projet pour réaliser des économies.

Le projet est en grande partie complété, et devrait être terminé en octobre 2011. Les dépenses prévues en 2011-2012 sont de 0,4 million de dollars.

Le Rapport sur les plans et les priorités 2010-2011 définit un plan de gestion du rendement relatif au projet de l'Agence qui s'inscrit dans le Plan d'action économique du Canada. Les trois résultats prévus et indicateurs de rendement suivants en sont extraits.

Résultats escomptés	Indicateurs de rendement	Sommaire du rendement
Meilleure capacité de diagnostic des agents pathogènes	Nombre d'échantillons traités par période	La construction de la nouvelle aire d'expédition et de réception des échantillons au CSCSHA continuera en 2010-2011. Aucun échantillon n'est donc passé par cette nouvelle aire.
Interventions plus rapides en cas d'urgence sanitaire	Délai d'établissement d'un diagnostic une fois l'échantillon reçu	La construction de la nouvelle aire d'expédition et de réception des échantillons au CSCSHA continuera en 2010-2011. Aucun échantillon n'est donc passé par cette nouvelle aire.
Création d'emplois	Nombre d'emplois créés	En 2010-2011, environ 80 postes temporaires à temps plein ont été créés pour la durée de ce projet, dont trois postes au sein de l'ASPC et de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, cinq postes temporaires de conseillers en conception, et 72 postes dans le cadre du contrat de gestion de construction. Indirectement, grâce à l'achat de matériaux de construction et à la location et à l'achat de matériel, des fournisseurs locaux ont pu maintenir leur emploi.

Section III – Renseignements supplémentaires

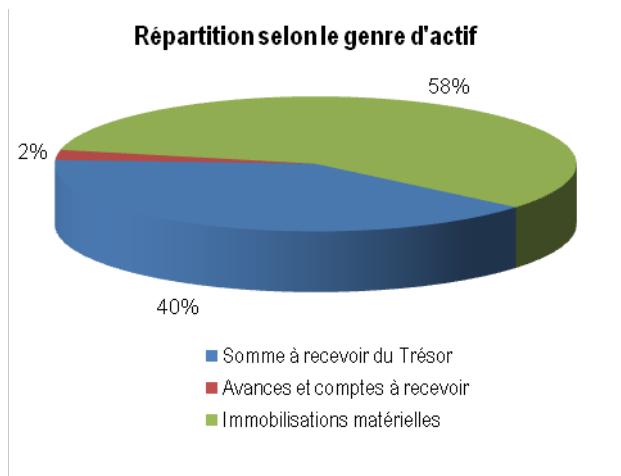
Principales données financières

État condensé de la situation financière en date du 31 mars (fin de l'année financière)	Variation (%)	2009-2010 (en millions de dollars)	2010-2011 (en millions de dollars)
Total de l'actif	(35,3 %)	268,8	174,0
Total du passif	(46,8 %)	(243,4)	(129,6)
Avoir du Canada	74,8 %	(25,4)	(44,4)
		268,8	174,0

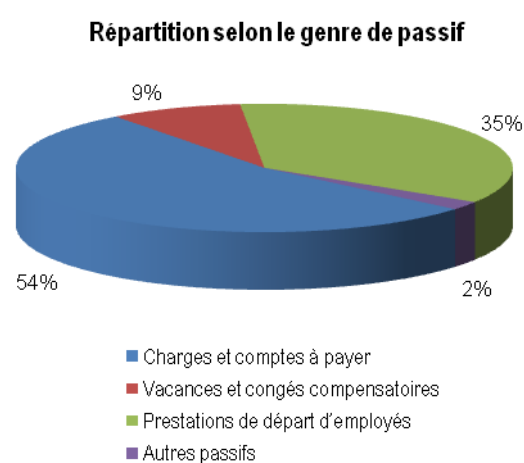
État condensé des opérations financières en date du 31 mars (fin de l'année financière)	Variation (%)	2009-2010 (en millions de dollars)	Prévisions pour 2010-2011 (en millions de dollars)	2010-2011 (en millions de dollars)
Total des dépenses	(35,4 %)	950,2	651,0	613,8
Total des revenus	(33,3 %)	0,3	0,3	0,2
Coût de fonctionnement net	(35,4 %)	949,9	650,7	613,6

États financiers

[Les états financiers de l'Agence pour l'année financière 2010-2011](#) sont disponibles en ligne.

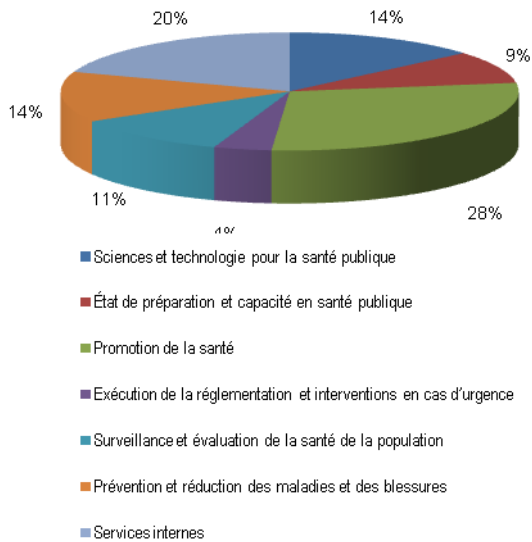


L'actif total s'élevait à 174 millions de dollars, une diminution de 35,3 % (94,8 millions de dollars) par rapport aux 268,8 millions de dollars enregistrés à la fin de l'année précédente. La somme à recevoir du Trésor s'établissait à 69,2 millions de dollars (soit 40 % de l'actif total), comparativement à 4,2 millions de dollars (2 %) pour avances et comptes à recevoir et 100,5 millions de dollars (58 %) pour immobilisations matérielles.



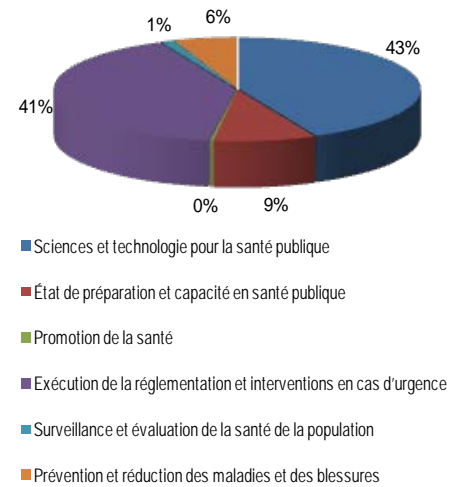
Le passif total s'élevait à 129,6 millions de dollars, une diminution de 46,8 % (113,8 millions de dollars) par rapport aux 243,4 millions de dollars enregistrés à la fin de l'année financière précédente. Les charges et comptes à payer s'établissaient à 69,5 millions de dollars (soit 54 % du passif total), comparativement à 11,2 millions de dollars (9 %) pour vacances et congés compensatoires, 46,0 millions de dollars (35 %) pour indemnités de cessation d'emploi et 2,8 millions de dollars (2 %) pour autres éléments passifs.

Charges - affectation des crédits



Les charges totales de l'Agence se sont élevées à 613,8 millions de dollars. L'Agence a consacré 84,4 millions de dollars (14 %) aux sciences et à la technologie pour la santé publique, 54,8 millions de dollars (9 %) à l'état de préparation et la capacité en santé publique, 175,6 millions de dollars (28 %) à la promotion de la santé, 25,0 millions de dollars (4 %) à l'exécution de la réglementation et aux interventions en cas d'urgence, 68,8 millions de dollars (11 %) à la surveillance et l'évaluation de la santé de la population, 84,9 millions de dollars (14 %) à la prévention et la réduction des maladies et des blessures, et 120,5 millions de dollars (20 %) aux services internes.

Répartition selon le genre de passif



L'Agence reçoit la plus grande partie de son financement au moyen de crédits parlementaires annuels, bien que certains revenus soient tirés des activités de programme. Toutes les rentrées de fonds de l'Agence sont déposées au Trésor, et tous les décaissements qu'elle fait sont prélevés sur le Trésor. Les revenus totaux de l'Agence se sont chiffrés à 183 100 dollars, dont des revenus disponibles de 40 200 dollars.

Liste des tableaux supplémentaires

Les tableaux suivants se retrouvent sur [le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor](#).

- Détails sur les programmes de paiements de transfert
- Achats écologiques
- Initiatives horizontales
- Vérifications internes et évaluations
- Sources des revenus disponibles et non disponibles

Personne-ressource de l'organisme

Kathryn F. Howard
Sous-ministre adjointe
Affaires organisationnelles et gestion des mesures d'urgence
Agence de la santé publique du Canada
100, chemin Colonnade
Ottawa (Ontario) K1A 0K9