

Agence de santé publique
du Canada

2005-2006

**Rapport
ministériel sur
le rendement**

Tony Clement
Ministre de la Santé

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| SECTION I – SURVOL | 1 |
| Message du ministre de la Santé du Canada | 3 |
| Message de l’administrateur en chef de la santé publique du Canada | 5 |
| Déclaration de la direction | 7 |
| Structure du rapport | 7 |
| Comment l’information sur le rendement est recueillie et utilisée par l’Agence | 8 |
| Renseignements sommaires | 8 |
| Raison d’être de l’Agence | 8 |
| Contributions de l’Agence aux résultats du gouvernement du Canada | 10 |
| Structure de l’Agence | 12 |
| Effectif de l’Agence | 12 |
| Carte des endroits | 13 |
| Partenaires | 13 |
| Ressources financières totales de l’Agence | 14 |
| Ressources humaines totales de l’Agence (équivalents temps plein) | 14 |
| Sommaire du rendement en regard des priorités | 15 |
| Rendement global du Ministère | 17 |
| Contexte stratégique/environnement opérationnel | 17 |
| Détails sur le rendement | 18 |
| SECTION II – ANALYSE PAR RÉSULTAT STRATÉGIQUE ET PROGRAMME CLÉ | 29 |
| Analyse par résultat stratégique | 30 |
| Analyse par programme clé | 31 |
| Mesures et interventions d’urgence | 31 |
| Prévention et contrôle des maladies infectieuses | 37 |
| Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques | 44 |
| Outils et pratiques en santé publique | 53 |
| SECTION III – INFORMATION ADDITIONNELLE | 59 |
| Tableau 1 : Comparaison des dépenses prévues et des dépenses réelles (y compris les ETP) | 60 |
| Tableau 2 : Ressources par activité de programme | 61 |

| | |
|--|-----------|
| Tableau 3 : Postes votés et législatifs | 62 |
| Tableau 4 : Services reçus à titre gracieux | 62 |
| Tableau 5 : Sources de revenus disponibles et non disponibles | 63 |
| Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) . . | 64 |
| Tableau 7 : Fondations (subventions conditionnelles) | 64 |
| Tableau 8 : Initiatives horizontales | 64 |
| Tableau 9 : États financiers | 65 |
| Tableau 10 : Réponse aux comités parlementaires, vérifications et évaluations pour l'exercice 2005-2006 | 78 |
| Tableau 11 : Stratégie de développement durable | 80 |
| Tableau 12 : Approvisionnement et marchés | 81 |
| Tableau 13 : Amélioration des services | 82 |
| SECTION IV – AUTRES SUJETS D'INTÉRÊT | 83 |
| Organigramme | 84 |
| Information sur la nouvelle AAP proposée | 85 |

Survol

Section I



Message du ministre de la Santé du Canada



Depuis son arrivée au pouvoir au début de 2006, le nouveau gouvernement du Canada a manifesté sa détermination à atteindre ses priorités au moyen de mesures concrètes. Une des priorités clés est le renforcement de notre système de soins de santé – à titre de ministre de la Santé, c’est ma première responsabilité. Je me suis personnellement engagé à améliorer la santé publique, et l’Agence de santé publique du Canada joue un rôle essentiel dans cet effort. En présentant au Parlement le Rapport ministériel sur le rendement 2005-2006 de l’Agence, ce gouvernement reconnaît l’importance vitale d’une autre de ses priorités, à savoir le renforcement de la responsabilisation et de la transparence du gouvernement afin de gagner la confiance du public et de la conserver.

Comme le montre le présent rapport, les réalisations de l’Agence de santé publique du Canada ont été importantes et ont directement contribué à notre vision : faire en sorte que les Canadiens comptent parmi les peuples les plus en santé au monde.

Dans le domaine de la santé et des soins de santé, le gouvernement actuel se concentre sur plusieurs secteurs clés. Le travail de l’Agence axé sur la prévention des maladies et la promotion des modes de vie sains a une incidence directe sur le renforcement du système de soins de santé et la réduction des délais d’attente pour les patients. Les investissements visant à promouvoir des modes de vie sains et à prévenir les maladies contribuent à alléger le fardeau imposé à notre système de soins de santé et à augmenter sa viabilité dans l’avenir.

En plus des stratégies de promotion de la santé et de prévention et de contrôle des maladies chroniques, l’Agence a contribué au renforcement de la santé publique au moyen de plusieurs autres initiatives. Elle a notamment appuyé les Centres nationaux de collaboration en santé publique; elle a aussi joué un rôle dans la création du Réseau pancanadien de santé publique, qui offre un mécanisme de coordination des interventions fédérales, provinciales et territoriales en santé publique. Ces initiatives contribuent à préserver la santé de la population, à alléger le fardeau qui pèse sur le système de santé et, en fin de compte, à réduire les délais d’attente pour les patients.

Au cours de 2005-2006, l’Agence a mis davantage l’accent sur la préparation à une pandémie de grippe éventuelle et à d’autres situations d’urgence en santé publique. Mon expérience à titre de ministre provincial de la Santé pendant l’épidémie de SRAS de 2003 m’a fait comprendre la nécessité de la préparation et de la collaboration pour mieux faire face à de telles situations d’urgence. Tirant leçon de cette expérience et d’autres éclosions de maladies infectieuses survenues partout dans le monde, l’Agence a aidé à accroître la capacité du Canada de repérer les menaces et d’y faire face. Cette capacité augmentera avec l’engagement de 1 milliard de dollars que le gouvernement a pris dans le budget d’améliorer la capacité d’intervention du Canada en cas de pandémie.

En plus de protéger et de promouvoir la santé publique au Canada, l'Agence a aidé activement le pays à remplir ses rôles et ses responsabilités sur la scène internationale. L'Agence a prêté main-forte aux États-Unis dans le cadre de la contribution du Canada à la suite de la dévastation provoquée par l'ouragan Katrina. L'Agence cherche également à créer des liens et encourage la collaboration entre les partenaires internationaux dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence et de la planification en cas de pandémie.

Le nouveau gouvernement du Canada s'est engagé à améliorer la santé de tous les Canadiens et Canadiennes et à renforcer notre système de soins de santé pour assurer la viabilité de celui-ci dans les années à venir. Le présent rapport montre clairement que l'Agence de santé publique a pris des mesures concrètes pour remplir ces engagements.



L'honorable Tony Clement
Ministre de la Santé

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada



Deux ans se sont maintenant écoulés depuis que l'Agence de santé publique du Canada a été créée pour améliorer la capacité du gouvernement du Canada de protéger la santé et la sécurité des Canadiens et pour servir de pôle national afin de diriger les efforts visant à faire progresser le domaine de la santé publique tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale. Je suis heureux de participer à la présentation au Parlement de ce compte rendu des travaux réalisés par l'Agence au cours de la période 2005-2006.

Le présent Rapport ministériel sur le rendement montre que, malgré sa courte existence, l'Agence a connu de nombreuses réussites et cherche continuellement à aider les Canadiens et Canadiennes à jouir du meilleur état de santé au monde. Au cours de la dernière année, nous avons célébré notre premier anniversaire et solidifié notre structure organisationnelle. Pendant tout ce temps, l'importance attachée à l'exercice prudent de la responsabilité financière a guidé toutes nos activités.

Il y a quelques années, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a provoqué un grand débat au sujet de l'état du système de santé publique au Canada. Ce fut l'un des nombreux catalyseurs qui ont imprimé un élan à la création de l'Agence, qui compte parmi ses fonctions principales la surveillance et la préparation en cas d'écllosion de maladies infectieuses. Pendant 2005-2006, l'Agence a continué d'améliorer les plans d'intervention afin d'augmenter sa capacité de réponse en cas d'urgences en santé publique, dont une pandémie de grippe. Nous avons mis à jour le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, de concert avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants clés, et un contrat a été signé avec un fournisseur canadien afin d'augmenter la capacité de production de vaccins. À l'avenir, conformément aux engagements pris dans le budget de 2006, l'Agence continuera d'améliorer sa capacité de surveiller les situations d'urgence en santé publique, y compris une pandémie de grippe, et d'y faire face.

Tout en améliorant sa capacité de faire face à des maladies infectieuses émergentes, l'Agence a pris des mesures pour renforcer sa capacité de protéger la population de risques tels que l'obésité et l'activité physique insuffisante ainsi que les maladies chroniques. Nos stratégies en matière de prévention des maladies et de modes de vie sains ont été axées sur ces facteurs. De plus, nous avons établi le Réseau pancanadien de santé publique, nous continuons à appuyer les travaux des Centres nationaux de collaboration en santé publique et nous apportons notre appui et notre contribution à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.

En prenant ces mesures et bien d'autres, l'Agence s'est montrée à la hauteur de son mandat. Elle a su prévoir les menaces pour la santé publique et s'est préparée en conséquence, elle a effectué une surveillance des maladies et des risques évitables pour la santé et a publié des rapports en la matière, et elle a utilisé les meilleurs outils qui existent pour donner aux Canadiens et Canadiennes de l'information et des conseils susceptibles d'améliorer leur santé.

Ce deuxième Rapport ministériel sur le rendement fait la preuve que l'Agence, forte de son effectif dévoué d'un océan à l'autre, continue de créer des liens avec ses partenaires nationaux et internationaux en santé publique, et s'acquitte de la mission importante et des responsabilités cruciales qui lui ont été confiées par le gouvernement du Canada. L'Agence poursuit sur sa lancée et maintient le cap sur sa vision : des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.



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

Déclaration de la direction

Je sou mets, aux fins de dépôt au Parlement, le Rapport ministériel sur le rendement 2005-2006 de l'Agence de santé publique du Canada.

Le présent document a été préparé conformément aux principes de préparation des rapports énoncés dans le *Guide de préparation de la Partie III du Budget des dépenses 2005-2006 : Rapports sur les plans et les priorités et Rapports ministériels sur le rendement* :

- Il est conforme aux exigences précises de déclaration figurant dans les lignes directrices du SCT;
- Il repose sur l'architecture des activités de programme approuvée du ministère figurant dans la SGRR;
- Il présente une information cohérente, complète, équilibrée et fiable;
- Il fournit une base pour la reddition de comptes à l'égard des résultats obtenus avec les ressources et les autorisations qui lui sont confiées;
- Il rend compte de la situation financière en fonction des montants approuvés des budgets des dépenses et des Comptes publics du Canada dans le RMR.



D^r David Butler-Jones, M.D.

Administrateur en chef de la santé publique

Structure du rapport

Le Rapport ministériel sur le rendement 2005-2006 de l'Agence de santé publique du Canada (l'Agence) est structuré comme suit :

Après les messages du ministre et de l'administrateur en chef de la santé publique et une déclaration confirmant la validité de l'information contenue dans le présent document, la section I présente des informations sur le rendement et des renseignements sommaires sur l'Agence, en faisant ressortir sa mission, sa vision, son mandat, sa structure et les lieux où se situent ses locaux.

La section I se poursuit avec des tableaux où figurent les ressources financières et humaines globales utilisées pendant l'exercice 2005-2006 et présente un tableau résumant les progrès réalisés en fonction des priorités établies dans le Rapport sur les plans et les priorités 2005-2006 de l'Agence.

La section I se termine par une évaluation du rendement de l'Agence dans le contexte de

l'environnement opérationnel de l'organisation – les facteurs clés qui ont une incidence sur la prestation de nos programmes. Elle explique les progrès accomplis en regard de chaque engagement énuméré dans le tableau récapitulatif.

La section II, Analyse par résultat stratégique et programme clé, présente des renseignements plus détaillés sur les ressources utilisées, les activités entreprises et les progrès accomplis.

La section III, Information additionnelle, présente des données supplémentaires d'ordre financier ou autre, conformément aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor.

La section IV présente d'autres données organisationnelles, notamment l'organigramme détaillé de l'Agence et la nouvelle architecture des activités de programme en cours d'élaboration en vue d'une utilisation en 2007-2008.

Dans l'ensemble du rapport, des liens vers les sites Web de l'Agence, de partenaires et d'autres organismes ont été ajoutés au texte. Les lecteurs sont

invités à visiter ces sites pour obtenir des informations supplémentaires sur le travail de l'Agence et de ses partenaires.

Comment l'information sur le rendement est recueillie et utilisée par l'Agence

L'Agence recueille et utilise des informations tant financières que non financières à des fins opérationnelles et d'établissement de rapports. L'information sur le rendement financier est contrôlée avec soin pour s'assurer que les engagements financiers sont respectés et que les dépenses sont justifiées. L'information sur le rendement est utilisée aux fins de prise de décisions opérationnelles et de communication avec les intervenants. Au besoin, on a recours à des évaluations pour produire et/ou confirmer des données sur le rendement; les évaluations servent également à créer ou à modifier des politiques et/ou des procédures et à renouveler ou à changer la conception de programmes.

Le processus de rapport ministériel sur le rendement impose aux cadres supérieurs la responsabilité de rendre compte des engagements pris par l'Agence pour l'exercice précédent.

L'information financière au cœur du présent rapport a été produite par la Direction des finances et de

l'administration à l'aide des systèmes de gestion financière de l'Agence. Les chiffres sont vérifiés à l'interne et sont parfois validés au moyen d'exams et de vérifications externes.

L'information non financière sur le rendement utilisée dans le présent rapport provient de multiples sources internes, entre autres les cadres supérieurs responsables de l'exécution des engagements énoncés dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2005-2006. Les gestionnaires rendent compte des mesures qu'ils ont prises et des résultats qu'ils ont obtenus. L'équipe de la planification et de la mesure du rendement se sert de cette information pour rédiger le rapport.

Une grande partie de l'information présentée dans le présent rapport concerne des résultats, des activités et des premiers résultats. L'Agence continuera de prendre de plus en plus de mesures des résultats et d'utiliser les résultats obtenus à moyen et à long terme à des fins de planification, de gestion et d'établissement de rapports.

Renseignements sommaires

Raison d'être de l'Agence

Les Canadiens sont parmi les peuples les plus en santé au monde. Ils doivent en partie leur grande qualité de vie à deux facteurs, soit l'accès à un système de soins de santé moderne et viable, financé à même les deniers publics, et l'existence d'un système de santé publique solide. Les activités du domaine de la santé publique sont, bien souvent, moins visibles que celles du système des soins de santé traditionnel étant donné que la santé publique est axée sur l'ensemble de la population et que son

œuvre s'effectue en amont pour éviter des problèmes éventuels et s'y attaquer au fur et à mesure qu'ils surviennent. Les professionnels de la santé publique cherchent à repérer les menaces et les risques pour la santé des Canadiens en général, à la différence des soins de santé, qui sont centrés sur les individus. Bien que ces deux volets des services de santé s'inscrivent dans le continuum de la santé, la santé publique met l'accent sur ce qui peut être prévenu. En aidant les Canadiens à demeurer en bonne santé, l'Agence, en partenariat avec le milieu de la santé publique,

améliore non seulement leur santé et leur qualité de vie, mais peut également alléger en partie les pressions qui pèsent sur le système de santé, en aidant à réduire les coûts et à diminuer les délais d'attente pour les patients.

Le domaine de la santé publique fait intervenir un grand nombre d'acteurs et de partenaires, lesquels entreprennent des initiatives visant à promouvoir la santé, à prévenir et à contrôler les maladies infectieuses ainsi que les maladies chroniques, à appuyer la recherche en santé publique et les activités de surveillance et à protéger la population des conséquences d'éventuelles urgences sanitaires. Au Canada, la santé publique est une responsabilité que se partagent les paliers de gouvernement fédéral, provincial/territorial et municipal, le secteur privé, le secteur des organismes sans but lucratif et les professionnels de la santé, tels les médecins de famille. L'Agence travaille en étroite collaboration avec les autres ministères et organismes fédéraux, les provinces et les territoires et d'autres intervenants pour préserver la santé des Canadiens.

Des événements tels l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), survenue en 2003, et les rapports d'experts en santé publique qui ont suivi ont fait ressortir la nécessité, pour le Canada, de se doter d'une organisation nationale qui jouerait un rôle central en matière de santé publique. Par la suite, l'Agence de santé publique du Canada a été créée le 24 septembre 2004, et le Dr David Butler-Jones a été nommé premier administrateur en chef de la santé publique du Canada. La création de l'Agence a marqué le début d'une nouvelle approche en matière de leadership fédéral et de collaboration avec les provinces et les territoires dans le cadre des efforts du gouvernement fédéral pour renouveler le système de santé au pays.

On peut résumer le rôle de l'Agence de santé publique du Canada comme suit :

- Jouer un rôle de premier plan dans la prévention des maladies et des blessures et dans la promotion de la santé;
- Servir de point de convergence et permettre au gouvernement fédéral d'exercer son leadership et de rendre compte de la façon dont il gère les urgences sanitaires;
- 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 des travaux internationaux de recherche et de développement;
- Renforcer la collaboration intergouvernementale dans le domaine de la santé publique et faciliter l'adoption d'approches nationales en matière de planification et d'élaboration de politiques de santé publique.

L'Agence a pour mandat de travailler en collaboration avec ses partenaires, d'orienter les interventions fédérales et de mobiliser les efforts pancanadiens pour prévenir les maladies et les blessures, ainsi que de protéger et de promouvoir la santé publique au Canada et dans le monde. À cette fin, elle :

- prévoit les menaces pour la santé publique, s'y prépare, intervient lorsqu'elles surviennent et rétablit une situation normale;
- surveille, observe et étudie les maladies, les blessures et les risques pour la santé évitables et leurs déterminants, ainsi que l'état global de la santé publique au Canada et dans le monde, et réalise des enquêtes et produit des rapports à cet égard;
- utilise les meilleures données et ressources disponibles pour conseiller et appuyer les intervenants en santé publique œuvrant à l'amélioration de la santé de leur collectivité, au Canada et dans le monde;
- guide, conseille et informe les Canadiens et les intervenants en matière de santé publique;
- construit et maintient un réseau de santé publique avec les intervenants.

L'Agence participe à la surveillance de la santé, c'est-à-dire l'utilisation continue et systématique de données sur la santé recueillies régulièrement pour

orienter les interventions en matière de santé publique. La surveillance favorise la prévention des maladies et permet aux professionnels de la santé publique de gérer les éclosions et les menaces. En collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de nombreux autres organismes, l'Agence exécute les programmes de surveillance suivants :

- Programme de lutte contre la grippe pandémique;
- Programme de surveillance du VIH/sida;
- Programme national de surveillance du virus du Nil occidental;
- Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA);
- Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN);
- Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME).

Contributions de l'Agence aux résultats du gouvernement du Canada

Le fait que les activités de l'Agence sont axées sur la santé publique lui permet de contribuer directement à l'un des résultats clés du gouvernement du Canada :

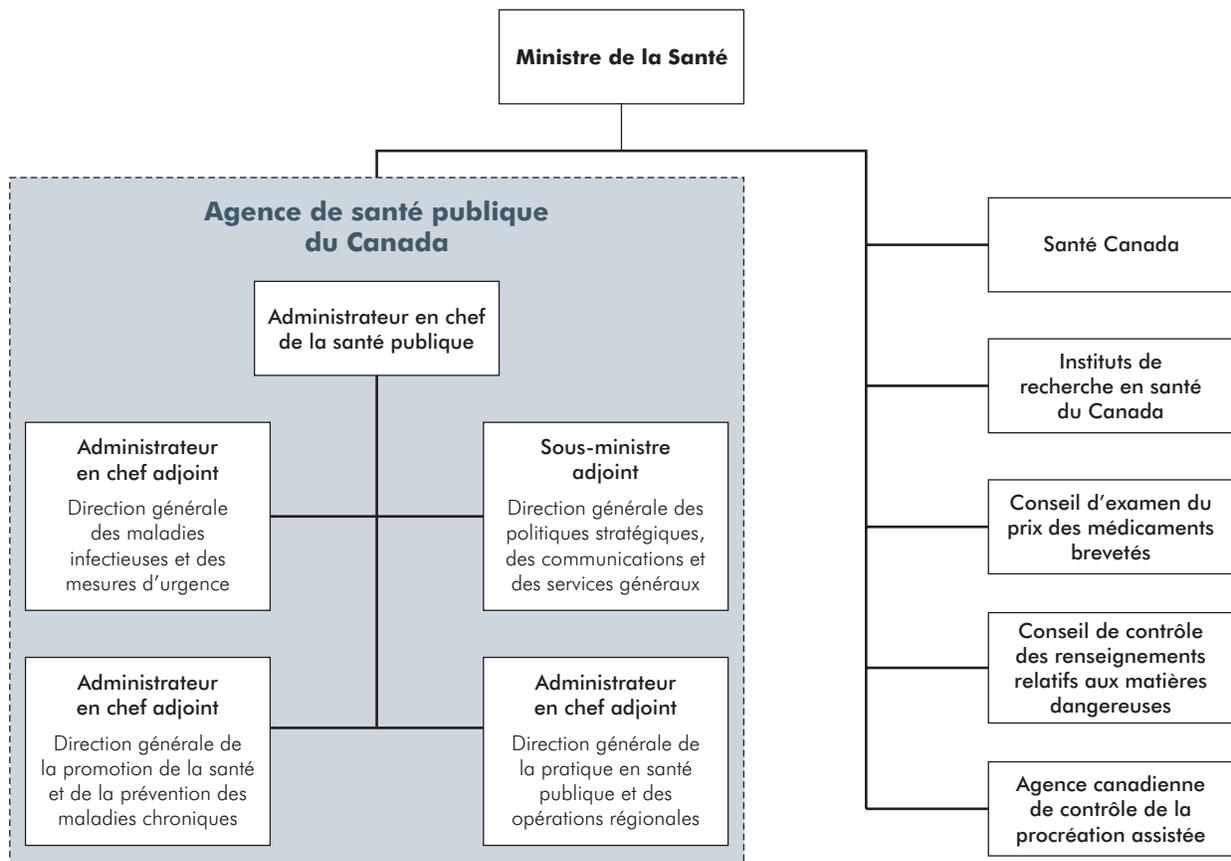
- **Des Canadiens en santé ayant accès à des soins de santé de qualité.**
Les travaux de l'Agence lui permettent également d'appuyer la réalisation d'autres résultats du gouvernement du Canada, notamment :
 - **Des collectivités sécuritaires et sécurisées** – L'Agence joue un rôle important dans la réduction des menaces posées par les maladies infectieuses et les agents chimiques et biologiques, et par conséquent, contribue à la sécurité des collectivités canadiennes;

- **Un monde sécuritaire et sécurisé grâce à la coopération internationale** – L'Agence s'est engagée à renforcer la protection de la santé à l'échelle mondiale en collaboration avec ses partenaires internationaux. Pour appuyer la participation du Canada à l'Initiative de protection de la santé mondiale, l'Agence fait progresser les préparatifs en cas de pandémie de grippe, se prépare à lutter contre les menaces chimiques et biologiques et dirige le réseau de laboratoires du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale (GHSAG). Les efforts de l'Agence contribuent à la participation efficace du Canada au Partenariat nord-américain pour la sécurité et la prospérité;
- **Une économie axée sur l'innovation et le savoir** – L'Agence, dans ses propres laboratoires et de concert avec ses partenaires, réalise des recherches appliquées sur les technologies de la santé et assure le soutien financier de telles recherches. Par exemple, elle facilite l'application de la recherche pour concevoir et mettre à l'essai des technologies nouvelles, plus rapides et plus productives permettant d'offrir des vaccins sûrs et efficaces aux Canadiens et, ainsi, de promouvoir des intérêts socioéconomiques plus larges. Ces travaux d'avant-garde pourraient engendrer un développement économique « dérivé » tout en augmentant considérablement la confiance du public dans la capacité du Canada de faire face aux nouvelles menaces pour la santé.

(Pour obtenir plus de renseignements au sujet des résultats du gouvernement du Canada, visitez le site : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/cp-rc-sum02_f.asp)

| Coup d'œil sur l'Agence | |
|--|---|
| Type d'organisme | Agence fédérale, financée par le Parlement |
| Mission | Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique |
| Vision | Des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain |
| Résultat du gouvernement du Canada directement appuyé | Des Canadiens en santé ayant accès à des soins de santé de qualité |
| Résultats stratégiques | Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures |
| Lois et règlements administrés | <i>Loi sur la mise en quarantaine</i> <i>Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes</i> |
| Activités clés | <ul style="list-style-type: none"> ■ Promotion de la santé ■ Prévention et contrôle des maladies ■ Mesures et interventions d'urgence ■ Renforcement de la capacité en santé publique |
| Rapport au Parlement | L'Agence rend compte au Parlement par l'entremise du ministre de la Santé |

Structure de l'Agence



Effectif de l'Agence

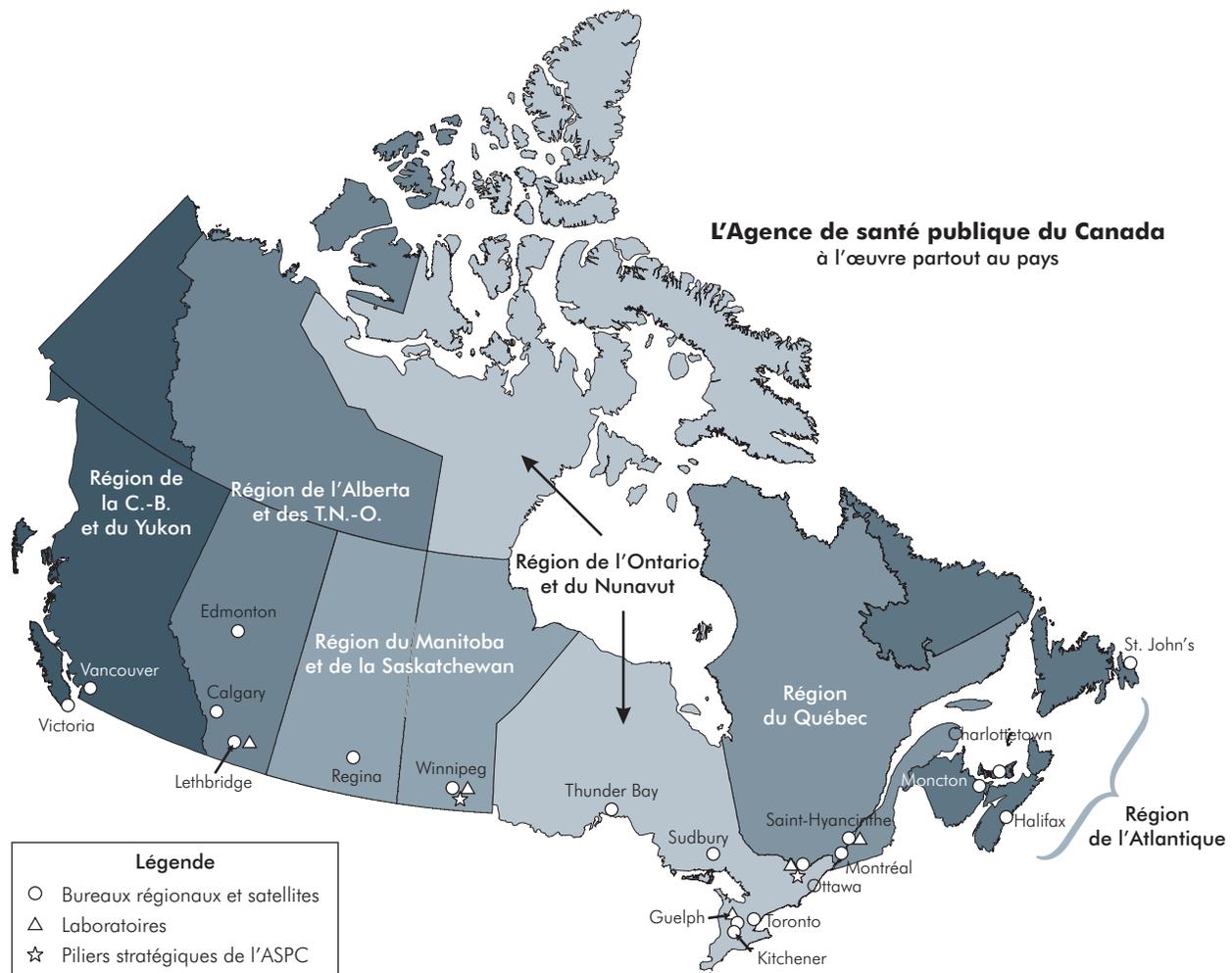
Afin de disposer des connaissances et des compétences nécessaires pour élaborer et offrir aux Canadiens et aux professionnels de la santé publique les conseils et les outils de santé publique dont ils ont besoin, l'Agence s'est dotée d'un effectif dévoué d'environ 1 800 personnes, composé de professionnels de la santé publique, de scientifiques, de techniciens, de spécialistes des communications, d'administrateurs ainsi que d'analystes des politiques et de responsables de la planification. Ces employés travaillent dans l'ensemble du Canada, occupant un vaste éventail de postes opérationnels, scientifiques, techniques et administratifs.

La plus forte concentration d'employés de l'Agence est située dans la région de la capitale nationale. Le bureau central de Winnipeg constitue un « second pilier » d'expertise administrative, opérationnelle et scientifique. En cas de situation d'urgence liée à la santé nationale, les Centres d'opérations d'urgence à

Ottawa et à Winnipeg peuvent être utilisés pour gérer la crise.

L'Agence de santé publique du Canada reconnaît la nécessité d'avoir une forte présence dans l'ensemble du pays permettant de communiquer avec les gouvernements provinciaux, les ministères fédéraux, les universités, les organismes bénévoles et les citoyens. Hors de Winnipeg et de la région de la capitale nationale, l'infrastructure pancanadienne de l'Agence est composée de six bureaux régionaux et d'un Secrétariat du Nord, comptant environ 275 employés répartis dans 16 installations. Les bureaux régionaux de l'Agence favorisent une intervention intégrée en matière de santé publique dans l'ensemble du pays. Dans le cadre de partenariats intersectoriels et intergouvernementaux, le personnel de ces bureaux facilite la collaboration à l'égard des priorités nationales en tirant profit des ressources disponibles au niveau régional, provincial et local.

Carte des endroits



La présente carte indique les endroits où l'Agence est particulièrement présente.

Partenaires

La plupart des activités liées à la santé publique, y compris celles menées par l'Agence, exigent une certaine collaboration et l'établissement de partenariats avec les provinces et territoires, les autres ministères fédéraux, les organismes de santé, des organismes professionnels, les universités, le secteur privé, et le secteur des organismes sans but lucratif et/ou d'autres parties intéressés. Il devient donc difficile d'effectuer des évaluations de rendement, car les tendances et les résultats indiquant une

amélioration de la santé découlent nécessairement d'efforts collectifs de multiples partenaires.

L'Agence travaille en collaboration avec de nombreux partenaires fédéraux, notamment les autres membres du portefeuille de la Santé du Canada et les autres ministères et organismes fédéraux, dont le travail a une incidence sur la santé publique. Voici les principaux ministères et organismes fédéraux avec lesquels travaille l'Agence :

Le portefeuille de la Santé du gouvernement du Canada

- Santé Canada;
- Agence de santé publique du Canada;
- Instituts de recherche en santé du Canada;
- Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses;
- Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés;
- Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée.

Pour obtenir plus de renseignements, visitez le site :
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/minist/healthsante/portfolio/index_f.html

Autres partenaires du gouvernement du Canada

- Agence canadienne d'inspection des aliments;
- Agence des services frontaliers du Canada;
- Agriculture et Agroalimentaire Canada;
- Environnement Canada;
- Infrastructure Canada;
- Patrimoine canadien – Sport Canada;
- Sécurité publique et Protection civile Canada;
- Statistique Canada;
- Transports Canada.

Ressources financières totales de l'Agence

| Dépenses prévues (en millions de dollars) | Total des autorisations (en millions de dollars) | Dépenses réelles (en millions de dollars) |
|--|---|--|
| 480,7* | 497,0** | 477,2*** |

* Dans le *Rapport sur les plans et les priorités 2005-2006* de l'Agence, les dépenses prévues indiquées étaient de 432,4 millions de dollars, accompagnées d'une note explicative à l'effet que des engagements budgétaires additionnels avaient été pris et seraient ajoutés à ce montant. La somme de 480,7 millions de dollars comprend les engagements additionnels.

**Au début de l'exercice, l'Agence était autorisée à dépenser 432,4 millions de dollars. Elle a obtenu des autorisations supplémentaires, par la voie des mandats spéciaux du gouverneur général, lui affectant des ressources dépassant les sommes prévues relativement à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe éventuelle.

***L'écart entre les dépenses réelles et le total des autorisations reflète le changement des plans liés à l'acquisition d'installations pour la production de vaccin prototype, des économies liées à l'approvisionnement et le contrôle des dépenses instauré dans le cadre de la dissolution du Parlement et de l'élection générale qui a suivi.

Ressources humaines totales de l'Agence (équivalents temps plein)

| Prévues | Réelles | Différence |
|---------|---------|------------|
| 1 836 | 1 801 | 35 |

Sommaire du rendement en regard des priorités

Le tableau suivant présente les ressources financières prévues et dépensées pour chaque priorité figurant dans le *Rapport sur les plans et les priorités* de l'Agence de 2005-2006 (disponible en ligne à l'adresse http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20052006/PHAC-ASPC/PHAC-ASPCr56_f.asp). Il constitue un « bulletin » faisant état des progrès accomplis à l'égard de chaque engagement dans chaque secteur prioritaire. Une explication plus détaillée du rendement est fournie après le tableau

(voir, plus particulièrement, la section Détails sur le rendement).

Au cours de 2005-2006, l'Agence ne comptait qu'un seul résultat stratégique et une seule activité de programme, indiqués dans le tableau suivant. Une architecture des activités de programme améliorée, devant entrer en vigueur pendant l'exercice 2007-2008, est en cours d'élaboration afin de refléter les responsabilités de l'Agence et de permettre d'établir des rapports plus détaillés sur les réalisations et l'utilisation des ressources. La section IV présente la « couche extérieure » de la nouvelle architecture.

| Sommaire du rendement | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|---|------------------------------------|
| Résultat stratégique : Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures | | | | |
| Activité de programme : Santé de la population et santé publique | | | | |
| Priorité | Dépenses prévues | Dépenses réelles | Résultats attendus | Sommaire du rendement |
| 1. Élaborer et diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique | 76,8 millions de dollars | 79,3 millions de dollars | 1.1 Déterminer les objectifs en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé des Canadiens | Résultat atteint |
| | | | 1.2 Élaborer la stratégie pancanadienne de santé publique | Résultat partiellement atteint |
| | | | 1.3 Établir le Réseau pancanadien de santé publique | Le résultat a dépassé les attentes |
| | | | 1.4 Faciliter la création des Centres nationaux de collaboration en santé publique et leur offrir un appui continu | Résultat atteint |
| | | | 1.5 Continuer d'améliorer les mesures et les interventions d'urgence en santé publique | Résultat atteint |
| 2. Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières | 92,7 millions de dollars | 102,1 millions de dollars | 2.1 Continuer d'élaborer des stratégies intégrées et axées sur différentes maladies en vue de lutter contre les maladies chroniques et de promouvoir des modes de vie sains tout en examinant les possibilités d'intégrer des stratégies pour les maladies infectieuses | Résultat atteint |
| | | | 2.2 Continuer d'aider les Canadiens dans leurs efforts en vue de rester en santé le plus longtemps possible en ayant de bonnes habitudes de vie | Résultat atteint |
| | | | 2.3 Continuer de faire la promotion des politiques publiques favorables à la santé à tous les paliers de gouvernement | Résultat atteint |

Sommaire du rendement

Résultat stratégique : Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures

Activité de programme : Santé de la population et santé publique

| Priorité | Dépenses prévues | Dépenses réelles | Résultats attendus | Sommaire du rendement |
|--|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------|
| 3. Faire en sorte que la nouvelle Agence soit en mesure de s'acquitter de son mandat | 52,5 millions de dollars | 63,5 millions de dollars | 3.1 Préparer une loi habilitante qui énoncera le mandat de l'Agence, les rôles et les responsabilités de l'administrateur en chef de la santé publique et les pouvoirs du ministre | Résultat atteint |
| | | | 3.2 Mettre la dernière main à la nouvelle structure organisationnelle, centrer les efforts sur l'obtention de résultats, soutenir l'innovation dans les programmes et les politiques, faire preuve de leadership, travailler efficacement en partenariat et témoigner de l'engagement | Résultat atteint |
| | | | 3.3 Nouer des relations avec les provinces et territoires, avec nos collègues, nos partenaires, les intervenants et d'autres parties pour témoigner de notre leadership, mettre en place et déployer les leviers et outils nécessaires et coordonner les stratégies et les interventions | Résultat atteint |
| | | | 3.4 Favoriser activement l'excellence en sciences et continuer de renforcer et d'appuyer la prise de décisions fondées sur les preuves | Résultat atteint |
| | | | 3.5 Renforcer l'appui de l'Agence aux activités scientifiques et de recherche, en commençant par le cadre de santé publique pour les sciences et la recherche | Résultat atteint |
| | | | 3.6 Conserver et recruter un effectif disposant des connaissances et des compétences nécessaires pour respecter le mandat et les objectifs de l'Agence | Résultat atteint |
| | | | 3.7 Mettre en place le centre principal de Winnipeg | Résultat atteint |
| | | | 3.8 Prendre appui sur la présence régionale de l'Agence en promotion de la santé et explorer la possibilité de renforcer les capacités régionales en santé publique de l'Agence, ce qui lui permettra d'établir des liens avec des partenaires en santé publique dans tout le pays | Résultat atteint |
| | | | 3.9 Adopter une stratégie officielle de mobilisation des citoyens pour faire participer davantage les Canadiens à la prise de décisions | Résultat atteint |

Rendement global du Ministère

Contexte stratégique/environnement opérationnel

L'économie mondiale en expansion rapide, la concentration des populations dans les grands centres urbains, le transport accéléré des gens et des marchandises à l'échelle mondiale, la rapidité des progrès dans le domaine des sciences et des technologies et la nature changeante de l'environnement sont autant de facteurs qui mettent à l'épreuve le système de soins de santé du Canada. Le Canada doit être prêt à affronter les situations qui pourraient menacer la santé des Canadiens.

L'environnement opérationnel de l'Agence en 2005-2006 était marqué par la possibilité que le Parlement du Canada n'adopte pas des projets de loi de nature financière et celle de l'élection d'un nouveau gouvernement. En raison de la chute du gouvernement en poste, les opérations financières ont été exécutées en vertu de mandats spéciaux du gouverneur général pendant la fin de l'exercice.

Parmi les facteurs externes qui ont influé sur les activités de l'Agence en 2005-2006, citons : l'émergence de maladies infectieuses telles que la grippe aviaire et d'autres agents à l'origine de pandémies éventuelles, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale; des catastrophes naturelles; des tendances sociales ayant une incidence sur le risque de maladies; et le vieillissement graduel de la population du Canada.

Prévalence des maladies infectieuses et tendances à cet égard

Le nombre de Canadiens décédés des suites de maladies infectieuses ou vivant avec ces maladies est en progression depuis les années 1980. À l'échelle mondiale, les maladies infectieuses sont la deuxième cause de décès et la principale cause de mortalité chez les nourrissons et les enfants. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 1999 – année la plus récente pour laquelle des statistiques sont disponibles – environ 17 millions (30 %) de

décès sur les 56 millions survenus dans le monde étaient attribuables aux maladies infectieuses. Même si les répercussions de ce phénomène se font particulièrement sentir dans les pays en développement, le Canada n'est pas à l'abri. Vu l'importance et la rapidité des voyages internationaux, les Canadiens peuvent se rendre pratiquement n'importe où dans le monde en moins de 24 heures – ce qui est inférieur à la période d'incubation de bien des maladies transmissibles véhiculées par les personnes ou les produits. La menace d'éclosions de maladies infectieuses émergentes et réémergentes et le risque de bioterrorisme ont rendu d'une importance cruciale la capacité d'identifier rapidement les agents infectieux et les groupes de maladies.

Risques de grippe aviaire et de pandémie de grippe

En 2005-2006, le Canada a fait face à deux grandes menaces posées par des maladies infectieuses. Chacune d'entre elles aurait pu avoir des répercussions importantes sur notre économie et notre stabilité sociale ainsi que notre santé et notre sécurité collectives et individuelles. La première menace était la possibilité que la souche virale asiatique H5N1 de la grippe aviaire, extrêmement contagieuse et mortelle, se propage aux oiseaux domestiques au Canada. La deuxième menace était le risque croissant d'apparition d'une nouvelle souche de ce virus (ou d'un autre virus) qui se serait adaptée aux humains, entraînant une transmission interhumaine et la possibilité d'une pandémie de grippe humaine. Selon l'OMS, l'apparition de la prochaine pandémie de grippe n'est pas une question de probabilité, mais bien de moment où elle surviendra.

La souche H5N1 (asiatique) de la grippe aviaire s'est révélée capable d'infecter des humains et de provoquer chez eux une maladie mortelle. De décembre 2003 à mai 2006, 217 cas humains, qui se sont soldés par 123 décès, ont été confirmés en laboratoire dans 10 pays. Même si le Canada n'a pas connu d'éclosion attribuable au virus H5N1 de

souche asiatique, une éclosion, survenue en 2004, attribuable à une autre souche de grippe aviaire a entraîné la mise à la réforme d'environ 17 millions d'oiseaux et le versement de 68 millions de dollars en indemnités aux agriculteurs touchés.

Catastrophes naturelles

En août 2005, l'ouragan Katrina a semé la dévastation dans la ville américaine de La Nouvelle-Orléans (Louisiane) et sur la côte avoisinante du golfe du Mexique. Cette catastrophe naturelle et d'autres font très nettement ressortir l'importance de la préparation en cas d'urgence et du renforcement des capacités afin d'intervenir de façon rapide et efficace pour réduire la souffrance et les pertes. Les récentes catastrophes naturelles nous ont beaucoup appris et ont souligné la nécessité d'une gestion intégrée et coordonnée des situations d'urgence, et de communications efficaces en cas d'urgence à tous les paliers de gouvernement, parmi les ministères et organismes fédéraux et avec d'autres intervenants et les citoyens.

Facteurs de risque des maladies chroniques

Les changements survenus dans la société canadienne ont entraîné des modifications dans les habitudes alimentaires et les conditions de vie et de travail. Ces changements ont une influence déterminante sur l'apparition des principales maladies chroniques au Canada. Ils pourraient provoquer des hausses importantes de ces maladies, qui entraîneraient des coûts importants pour l'économie du pays et la société. La mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et l'obésité demeurent de graves problèmes de santé publique qui ont des répercussions importantes sur les résultats en matière de santé des Canadiens et sur le système de soins de santé.

Démographie

L'évolution du profil démographique national est un facteur important au Canada. La baisse du taux de natalité et la tendance à la hausse de la proportion de personnes âgées dans la population canadienne

contribuent à faire en sorte que, selon les prévisions, les personnes âgées (65 ans et plus) représenteront 16 % de la population du pays d'ici 2016.

Détails sur le rendement

La section qui suit explique plus en détail les progrès résumés dans le « bulletin » ci-dessus. On y indique chaque engagement, en précisant si l'Agence a atteint chacun des résultats prévus, l'a atteint partiellement ou a dépassé les attentes et en expliquant ensuite ce qui était prévu et ce qui a été accompli. Les résultats attendus ont été atteints dans tous les cas, sauf deux qu'on estime partiellement atteints et un où les attentes ont été dépassées.

1. Élaborer et diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique

1.1 Déterminer les objectifs en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé des Canadiens – Résultat atteint

Ce qui était prévu

En septembre 2004, les premiers ministres se sont engagés à « établir des buts et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne ». Par conséquent, une des priorités indiquées dans le RMR 2005-2006 de l'Agence de santé publique du Canada était de déterminer ces objectifs.

Ce qui a été accompli

En 2005-2006, l'Agence a tenu un processus de consultation et de validation d'une année auprès des provinces, des territoires, des experts en santé publique, des intervenants et des citoyens, qui ont été invités à faire part de leurs connaissances et de leur vision d'un Canada en santé. Le processus a débouché sur la rédaction d'énoncés d'objectifs, lesquels ont été validés par les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, les experts en santé publique et les intervenants. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé les Objectifs de santé pour le

Canada le 23 octobre 2005. Les ministres ont également convenu que les objectifs de santé serviraient à éclairer les gouvernements en ce qui a trait à l'élaboration de leurs propres initiatives. Les Objectifs de santé pour le Canada, qui sont à la fois de portée générale, porteurs de vision et directifs,

représentent une étape essentielle pour faire progresser le travail de collaboration en vue d'établir une politique publique favorisant la santé et de jeter les bases pour des efforts intergouvernementaux et intersectoriels nouveaux et continus axés sur l'amélioration de la santé des Canadiens.

Objectifs de santé pour le Canada

Les Objectifs sont partagés par tous les partenaires du portefeuille fédéral de la Santé, de même que par tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ayant participé au processus de leur élaboration.

Objectif global

En tant que nation, nous aspirons à un Canada dans lequel chaque personne est en aussi bonne santé que possible sur les plans physique, mental, affectif et spirituel.

Objectifs de santé pour le Canada

Le Canada est un pays dans lequel :

Besoins fondamentaux (milieu social et physique)

- nos enfants atteignent leur plein potentiel et grandissent heureux, confiants, en santé et en sécurité;
- l'air que nous respirons, l'eau que nous buvons, la nourriture que nous mangeons et les milieux dans lesquels nous vivons, travaillons et nous divertissons sont sécuritaires et sains, aujourd'hui et pour des générations à venir;

Appartenance et engagement

- chaque personne vit dans la dignité, a un sens d'appartenance et contribue à des familles, des groupes d'amis et des collectivités diverses qui favorisent l'entraide;
- nous apprenons tout au long de la vie par le biais de l'enseignement formel et informel et de relations avec autrui et avec la terre;
- nous contribuons aux décisions qui touchent notre santé et notre bien-être personnels et collectifs, et nous influons sur ces décisions;
- par le biais du leadership, de la collaboration et des connaissances, nous travaillons à faire du monde un endroit sain pour tous;

Modes de vie sains

- chaque personne reçoit le soutien et l'information dont elle a besoin pour faire des choix sains;

Un système de santé

- nous travaillons sur la prévention des menaces pour notre santé et notre sécurité par le biais d'efforts coordonnés à l'échelle nationale et internationale, et nous sommes prêts à réagir à de telles éventualités;
- un solide réseau de santé et de bien-être social qui réduit les écarts dans les états de santé et qui offre des soins appropriés, au moment opportun.

Pour obtenir plus de renseignements sur le processus et les objectifs, visitez le site : <http://www.canadiensensante.ca>

1.2 Élaborer la stratégie pancanadienne de santé publique – *Résultat partiellement atteint*

Ce qui était prévu

De concert avec le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique, l'Agence avait prévu de collaborer à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne de santé publique.

Ce qui a été accompli

À ce jour, les efforts du Réseau de santé publique ont été axés sur la création d'un réseau efficace et efficient et le respect des engagements et des priorités déterminés lors de la Conférence des sous-ministres de la Santé et des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, y compris ceux énoncés dans le rapport intitulé *Partenaires en santé publique*, du Groupe de travail spécial. Ces efforts comprennent une collaboration fédérale, provinciale et territoriale pour la planification et l'intervention en cas de pandémie de grippe; les travaux liés à l'infrastructure de santé publique et à la promotion de la santé/des modes de vie sains; le premiers pas dans l'élaboration d'un protocole d'entente sur l'offre d'aide réciproque en cas de catastrophes ou de situations d'urgence en santé publique; l'élaboration d'une entente sur la mise en commun des renseignements de santé publique. Les participants ont pris la décision de reporter l'élaboration d'une stratégie pancanadienne exhaustive de santé publique jusqu'à la mise sur pied du Réseau de santé publique et la mise en place d'une entente pour faire face aux situations d'urgence. Cependant, les travaux réalisés en 2005-2006 portent sur certains éléments d'une stratégie; ils fourniront une assise solide pour les initiatives futures visant à élaborer une telle stratégie.

1.3 Établir le Réseau pancanadien de santé publique – *Le résultat a dépassé les attentes*

Ce qui était prévu

En collaboration avec les provinces, les territoires, les intervenants, les partenaires du portefeuille de la Santé et d'autres partenaires, l'Agence créerait le Réseau pancanadien de santé publique.

Ce qui a été accompli

La création du Réseau pancanadien de santé publique (le Réseau) a été annoncée publiquement par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé le 22 avril 2005. Le Réseau doit constituer un centre de liaison pour la collaboration, la coordination et la communication intergouvernementales, l'élaboration de politiques conjointes et les mesures d'intervention collectives en santé publique. Il offre des conseils et remet des rapports réguliers aux ministres et aux sous-ministres de la Santé. Le coprésident du palier fédéral du conseil d'administration du Réseau est l'administrateur en chef de la santé publique de l'Agence. Le conseil, composé de représentants de toutes les provinces et territoires, a également un coprésident du palier provincial. L'Agence contribue financièrement aux initiatives du Réseau et offre un soutien administratif, stratégique et technique.

Le développement du Réseau a dépassé les attentes. Parmi ses principales activités, citons la recommandation de modifier la taille et l'utilisation de la réserve nationale d'antiviraux, ainsi que les travaux accomplis en vue de l'établissement d'accords intergouvernementaux sur la mise en commun des renseignements de santé publique; et d'une aide réciproque en cas de situations d'urgence en santé publique.

Six groupes d'experts ont été formés pour échanger de l'information et de l'expertise, et permettre l'élaboration commune de politiques en matière de santé publique et le

développement technique. Les groupes d'experts du Réseau concentrent leurs efforts sur les questions de santé publique suivantes :

- Lutte contre les maladies transmissibles;
- Mesures et interventions d'urgence;
- Réseau des laboratoires de santé publique du Canada;
- Surveillance et information en matière de santé publique;
- Prévention et contrôle des maladies chroniques et des blessures;
- Promotion de la santé de la population.

Le leadership et l'appui de l'ASPC au Réseau en 2005-2006 a permis aux autorités fédérales, provinciales et territoriale de mieux se préparer aux situations d'urgence en matière de santé publique et de continuer à renforcer la capacité en santé publique.

1.4 Faciliter la création des Centres nationaux de collaboration en santé publique et leur offrir un appui continu – *Résultat atteint*

Ce qui était prévu

En 2005-2006, l'Agence avait prévu de faciliter la création d'un certain nombre de Centres nationaux de collaboration (CNC) en santé publique et de leur offrir un appui continu, chacun se spécialisant dans un secteur prioritaire différent.

Ce qui a été accompli

Cinq CNC ont été créés et ont reçu un appui. Quatre sont dirigés directement par l'Agence et un, par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les CNC ont contribué à améliorer le système de santé publique du Canada en facilitant la mise en commun de renseignements et la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les universités, les experts internationaux, les organismes non gouvernementaux, les chercheurs et les

professionnels de la santé. (Pour obtenir plus de renseignements, visitez le site http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ncc_f.html.)

1.5 Continuer d'améliorer les mesures et les interventions d'urgence en santé publique – *Résultat atteint*

Ce qui était prévu

L'Agence avait prévu de travailler en collaboration avec ses nombreux partenaires à l'amélioration de la préparation et des interventions relativement au plus vaste éventail possible d'urgences naturelles et anthropiques éventuelles en matière de santé publique. Les travaux devaient comprendre la prestation d'exercices de mesures d'urgence, les mesures de sécurité destinées aux laboratoires qui manipulent des agents anthropopathogènes dangereux et le maintien de réserves de fournitures d'urgence dans l'ensemble du pays. L'Agence avait prévu de continuer d'offrir des données de surveillance de la santé à la communauté internationale par l'intermédiaire du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), ainsi que des renseignements sur la santé à l'intention des voyageurs canadiens. De plus, le maintien et l'amélioration des services de quarantaine dans les principaux aéroports internationaux du Canada étaient également une priorité, tout comme l'était l'appui à l'adoption d'une *Loi sur la quarantaine* améliorée.

Ce qui a été accompli

L'Agence a exécuté avec succès de nombreuses activités pour accroître et renforcer la capacité d'intervention en matière de services sanitaires et sociaux d'urgence du Canada en 2005-2006. Par exemple, elle a participé à d'importantes activités de planification et de formation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires. La Réserve nationale de secours a été améliorée et s'est dotée d'une installation à Terre-Neuve-et-Labrador. Le RMISP a

continué d'être utilisé à l'échelle internationale et d'être reconnu comme la principale source d'information mondiale sur les éclosions de maladies. Des douzaines d'avis de santé aux voyageurs ont été diffusés au public canadien. La sécurité de la manipulation d'agents anthropopathogènes dangereux a été améliorée au moyen d'exercices de formation et de l'agrément de laboratoires. Les travaux exécutés pour aider le ministre à présenter au Parlement le projet de loi C-12, c'est-à-dire la nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine*, et d'ouvrir la voie à sa mise en œuvre, ont revêtu une importance particulière.

2. Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières

2.1 Continuer d'élaborer des stratégies intégrées et axées sur différentes maladies en vue de lutter contre les maladies chroniques et de promouvoir des modes de vie sains tout en examinant les possibilités d'intégrer des stratégies pour les maladies infectieuses – *Résultat atteint*

Ce qui était prévu et ce qui a été accompli sont présentés en deux parties : a) Modes de vie sains et maladies chroniques; b) Maladies infectieuses.

2.1a Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières pour des modes de vie sains et les maladies chroniques

Ce qui était prévu

À titre de principal organisme du gouvernement fédéral dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, l'Agence devait chercher à faire la promotion de la santé auprès des Canadiens, à réduire les répercussions des maladies chroniques au Canada et à s'attaquer aux déterminants de la santé. Sa stratégie était axée sur :

- la promotion de la santé en s'attaquant aux facteurs qui mènent à la mauvaise alimentation, au manque d'activité physique et aux poids malsains;
- la prévention des maladies chroniques;
- l'appui de la détection précoce et la prise en charge rapide des maladies chroniques.

Ce qui a été accompli

En 2005-2006, l'Agence a amorcé la mise en œuvre de la *Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques*. La stratégie s'appuie sur des mesures de vaste portée visant le spectre complet de la santé et des maladies chroniques, ainsi que des stratégies particulières pour lutter contre des maladies telles que le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires.

L'Agence a également collaboré avec de multiples partenaires et intervenants pour conclure un accord sur la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains et commencer sa mise en œuvre par l'intermédiaire du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains.

2.1b Examiner les possibilités d'intégrer des stratégies pour les maladies infectieuses

Ce qui était prévu

L'Agence prévoyait de fournir et d'améliorer la capacité pancanadienne en matière d'élaboration de politiques, de surveillance, d'enquêtes et de recherches et d'exécution de programmes pour faire face à un certain nombre de menaces de maladies infectieuses dont les maladies d'origine alimentaire et hydrique et les maladies contractées dans la collectivité, telles que les infections transmises sexuellement.

Ce qui a été accompli

À l'automne 2005, un groupe de travail de l'Agence a été établi et chargé d'aider à coordonner et à élaborer une approche de prise en charge, de prévention et de contrôle

des maladies infectieuses. Les recommandations du groupe de travail ont servi à élaborer des orientations stratégiques pour aller de l'avant. En 2005-2006, les travaux se sont également poursuivis dans le but d'élaborer et d'appuyer un projet pilote provincial d'une durée de deux ans lié à l'intégration de programmes de prévention et d'intervention axés sur les infections transmises sexuellement, dont celles causées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC) et les pathogènes transmissibles par le sang.

2.2 Continuer d'aider les Canadiens dans leurs efforts en vue de rester en santé le plus longtemps possible en ayant de bonnes habitudes de vie – Résultat atteint

Ce qui était prévu

En collaboration avec Santé Canada et les autres ministères, les provinces et territoires, les organismes non gouvernementaux nationaux ainsi que d'autres partenaires et intervenants, l'Agence avait prévu d'encourager les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé par l'activité physique, une saine alimentation et d'autres pratiques personnelles favorables à la santé, telles que l'absence de tabac.

Ce qui a été accompli

En 2005-2006, l'Agence a collaboré avec les autres ministères, les provinces et territoires, des organismes non gouvernementaux nationaux et le secteur privé à l'élaboration et à la mise en œuvre de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques et de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains.

2.3 Continuer de faire la promotion de politiques publiques favorables à la santé à tous les paliers de gouvernement –

Résultat atteint

Ce qui était prévu

L'Agence voulait collaborer avec les provinces, les territoires, les intervenants et les partenaires internationaux en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques dans les domaines de la surveillance et de l'évaluation des risques. Elle avait également prévu l'élaboration de politiques et de programmes intégrés pour améliorer les capacités scientifiques et informationnelles afin de mieux guider l'élaboration des politiques de santé publique.

Ce qui a été accompli

En 2005-2006, l'Agence a continué de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé par l'intermédiaire d'une conférence nationale de concertation sur les buts et les objectifs concernant six maladies évitables par la vaccination, qui a débouché sur des recommandations concernant la réduction des maladies et la couverture vaccinale. De plus, grâce à l'appui et au financement directs de l'Agence, presque toutes les provinces et tous les territoires ont mis en œuvre les quatre nouveaux programmes de vaccination (méningite, pneumonie, varicelle, coqueluche acellulaire).

3. Faire en sorte que la nouvelle Agence soit en mesure de s'acquitter de son mandat

3.1 Préparer une loi habilitante qui énoncera le mandat de l'Agence, les rôles et responsabilités de l'administrateur en chef de la santé publique et les pouvoirs du ministre – *Résultat atteint*

Ce qui était prévu

L'Agence avait prévu de rédiger un projet de loi habilitante au cours de 2005-2006 et d'aider le Ministre à présenter la loi qui serait soumise à l'examen du Parlement.

Ce qui a été accompli

Une loi habilitante a été préparée et présentée à la Chambre des communes le 16 novembre 2005 (projet de loi C-75). Le projet de loi est cependant mort au feuillet lorsque le Parlement a été dissous. (Le projet de loi a par la suite été soumis de nouveau à la Chambre des communes le 24 avril 2006 sous la désignation de projet de loi C-5.)

3.2 Mettre la dernière main à la nouvelle structure organisationnelle, centrer les efforts sur l'obtention de résultats, soutenir l'innovation dans les programmes et les politiques, faire preuve de leadership, travailler efficacement en partenariat et témoigner de l'engagement – *Résultat atteint*

Ce qui était prévu

Au cours de sa première année d'activité complète, l'Agence voulait mettre au point sa nouvelle structure organisationnelle et élaborer une approche relative aux ressources humaines et au développement organisationnel qui offrirait un appui suffisant à l'organisation et à ses activités de programme pour qu'elle puisse atteindre ses priorités et faire en sorte que les Canadiens reçoivent les bienfaits auxquels ils s'attendent de la part de leur agence fédérale de santé publique.

Ce qui a été accompli

L'Agence a établi sa structure organisationnelle à l'échelle macro et a comblé des postes clés en 2005-2006. La création de structures et de processus de prise de décisions a amélioré la capacité de l'Agence d'élaborer et d'offrir des programmes dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et blessures et des mesures et interventions d'urgence, dans le cadre de projets de collaboration à l'échelle nationale et internationale.

3.3 Nouer des relations avec les provinces et territoires, avec nos collègues, nos partenaires, les intervenants et d'autres parties – *Résultat atteint*

Ce qui était prévu

L'Agence s'était engagée à continuer de créer et d'entretenir des relations efficaces avec tous ses partenaires et intervenants nationaux et internationaux, en mettant l'accent sur les secteurs de coopération qui facilitent la prestation de services de santé publique aux Canadiens. L'Agence comptait établir de telles relations afin d'élaborer et de déployer les leviers et les outils nécessaires, et de coordonner les stratégies et les mesures d'intervention.

Ce qui a été accompli

L'Agence a continué d'entretenir et d'établir des partenariats, des relations de collaboration et des réseaux avec les ministères et organismes du portefeuille de la Santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres organismes nationaux et internationaux importants afin d'élaborer des politiques et d'entreprendre ou de faciliter des recherches et des programmes liés à la santé publique.

3.4 Favoriser activement l'excellence en sciences et continuer de renforcer et d'appuyer la prise de décisions fondées sur les preuves – Résultat atteint

Ce qui était prévu

L'Agence voulait promouvoir activement l'excellence en sciences et continuer de renforcer et d'appuyer la prise de décisions fondées sur des preuves.

Ce qui a été accompli

Tout au long de 2005-2006, l'Agence a continué de promouvoir activement l'excellence en sciences et à appuyer la prise de décisions fondées sur des preuves. La détermination des priorités en matière de recherche sur le papillomavirus et la grippe et l'exploration de stratégies permettant d'améliorer la capacité de recherche et la coordination de cette dernière au Canada en sont des exemples. Des réunions visant à déterminer les priorités de recherche sur la grippe et le papillomavirus ont également été tenues avec des chercheurs de l'ensemble du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'industrie des vaccins. Un groupe de travail interne sur l'application des connaissances a été créé. Un sondage sur les besoins a été effectué et l'analyse connexe a commencé.

3.5 Renforcer l'appui de l'Agence aux activités scientifiques et de recherche, en commençant par le cadre de santé publique pour les sciences et la recherche – Résultat atteint

Ce qui était prévu

L'Agence avait prévu que le lancement du cadre de santé publique pour les sciences et la recherche serait la première étape des activités de promotion de l'excellence en sciences. L'Agence s'était également engagée à continuer de renforcer et d'appuyer la prise de décisions fondées sur des preuves.

Ce qui a été accompli

Un plan scientifique stratégique a été préparé pour énoncer une vision et servir de guide aux activités scientifiques et technologiques au sein de l'Agence. Ce plan a constitué le fondement de l'intégration des besoins sur le plan des sciences et de la recherche au sein de l'Agence, du portefeuille de la Santé et de l'ensemble du gouvernement. Il permet également à l'Agence d'harmoniser, sur le plan scientifique, ses stratégies générales, ses priorités, ses ressources, ses activités de gestion des risques, ses responsabilités et sa gestion du rendement pour mieux tenir compte des priorités globales de l'Agence en matière de saine gestion.

3.6 Conserver et recruter un effectif disposant des connaissances et des compétences nécessaires pour respecter le mandat et les objectifs de l'Agence par l'élaboration et la prestation de conseils et d'outils pertinents en santé publique aux Canadiens – Résultat atteint

Ce qui était prévu

L'Agence avait prévu de faire en sorte que son personnel ait les connaissances et les compétences nécessaires pour élaborer des outils et offrir des conseils en santé publique dont les professionnels de la santé publique et le public ont besoin pour améliorer et préserver la santé de la population canadienne. L'Agence s'était engagée à adopter des politiques et des pratiques pour recruter et conserver un effectif ayant les compétences requises pour lui permettre de s'acquitter de son mandat et d'atteindre ses objectifs.

Ce qui a été accompli

L'Agence a pris des mesures pour conserver ses employés actuels et recruter des candidats qualifiés pour combler de nouveaux postes et des postes vacants. Par exemple, une stratégie de recrutement

provisoire a été élaborée; elle prévoit la mise en œuvre de la nouvelle politique sur l'apprentissage, la formation et le perfectionnement dans la fonction publique fédérale. Cette initiative permettra à l'Agence non seulement de continuer à offrir à ses employés la possibilité de mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances, mais également d'offrir plus de possibilités de perfectionnement, ce qui est un élément clé de la conservation du personnel. Les employés profitent également des efforts de l'Agence visant à renforcer les capacités générales en santé publique dans l'ensemble du Canada, grâce à leur participation au programme d'amélioration des compétences conçu dans les domaines de l'épidémiologie, de la surveillance de la santé et de la gestion de l'information, et aux séances de formation, aux ateliers et aux séminaires organisés dans le cadre du Programme canadien d'épidémiologie de terrain. Ces mesures constituent une base solide pour les activités de santé publique de l'Agence associées aux efforts déployés aux niveaux local, national et international.

3.7 Une partie importante de la planification de l'Agence sera de mettre en place son centre principal à Winnipeg – Résultat atteint

Ce qui était prévu

Le prédécesseur de l'Agence, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, possédait un quartier général à Ottawa et un réseau régional important qui comprenait le Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg. Dans son *Rapport sur les plans et les priorités* de 2005-2006, l'Agence a affirmé que le développement de sa capacité à Winnipeg serait un objectif important de sa planification.

Ce qui a été accompli

L'Agence s'est attachée à cette priorité au moyen d'études et d'activités de planification, en évaluant la faisabilité d'agrandir les laboratoires et en abordant de façon proactive la question de l'aménagement de locaux pour le personnel de gestion et d'administration.

Pour comprendre la meilleure façon de mettre sur pied une organisation comportant des noyaux d'activité et d'expertise importants à Ottawa et à Winnipeg ainsi que des unités efficaces plus petites réparties dans l'ensemble du Canada, l'Agence a commandé une étude pour examiner les questions organisationnelles, financières et humaines pertinentes. Les consultants retenus ont mené des enquêtes et présenté des rapports sur les défis et les possibilités liés à l'orientation de l'évolution « géographique optimisée » de l'Agence.

L'Agence a entrepris des études de faisabilité sur l'agrandissement éventuel de la superficie de laboratoire dans la région de Winnipeg.

Afin qu'il y ait amplement de locaux pour répondre aux besoins en matière de bureaux, un immeuble qui servira d'administration centrale pour l'Agence a été loué dans le centre-ville de Winnipeg. Il accueillera les bureaux de Winnipeg de l'administrateur en chef de la santé publique, les bureaux de la région Manitoba-Saskatchewan et une partie du personnel des finances, des ressources humaines, des communications et de l'administration de l'Agence. Lorsque l'administration centrale ouvrira ses portes, elle libérera de précieux locaux au Laboratoire national de microbiologie en vue de leur utilisation éventuelle à des fins scientifiques et de recherche.

3.8 Prendre appui sur la présence régionale de l'Agence en promotion de la santé et explorer la possibilité de renforcer les capacités régionales en santé publique de l'Agence, ce qui lui permettra d'établir des liens avec des partenaires en santé publique dans tout le pays –

Résultat atteint

Ce qui était prévu

Pour faciliter la communication avec les partenaires du domaine de la santé dans l'ensemble du Canada, l'Agence avait envisagé un renforcement de sa capacité à l'échelle régionale, en misant sur la présence régionale de l'Agence en promotion de la santé.

L'Agence avait également prévu d'appuyer ses activités de promotion de la santé au moyen de subventions communautaires et de programmes de contributions offerts tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale dans le cadre de ses efforts visant à s'attaquer aux principaux déterminants de la santé et à la prévention des maladies infectieuses et des maladies chroniques.

Ce qui a été accompli

En plus d'offrir du financement à des organismes communautaires pour la tenue d'activités de promotion de la santé comme le Programme d'action communautaire pour les enfants, la Stratégie canadienne du diabète et le Programme d'action communautaire sur le sida, le personnel des bureaux régionaux de l'Agence a conservé et étendu des partenariats et des réseaux avec les autres ministères, les provinces et territoires, les municipalités, des associations de professionnels de la santé, des chercheurs universitaires et des organismes à but lucratif et sans but lucratif, comme le démontrent les exemples suivants :

- l'offre de soutien financier et organisationnel à un programme de « Journées annuelles de santé

publique », organisées par un consortium de santé publique au Québec. Chaque année, cet événement offre des possibilités de perfectionnement professionnel à plus de 1 500 fournisseurs et spécialistes de services de santé publique;

- une contribution, par le truchement du bureau régional de l'Ontario, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet francophone de l'École d'été pour la promotion de la santé de juin 2005 financée par l'Ontario, parrainée par le Centre for Health Promotion de l'Université de Toronto. Ce volet a attiré un groupe diversifié d'infirmières et infirmiers de la santé publique, de promoteurs de la santé et de travailleurs des centres de santé communautaire;
- L'Accord de Vancouver est un accord tripartite de développement urbain dans le cadre duquel les trois paliers de gouvernement participants se sont engagés envers une stratégie coordonnée visant à promouvoir et à appuyer le développement durable de quartiers tels que le Downtown Eastside (partie est du centre-ville) de Vancouver sur les plans économique, social et communautaire. Le bureau régional de la Colombie-Britannique de l'Agence, de concert avec Santé Canada, a joué un rôle important au sein du comité interministériel qui a géré la participation fédérale à cet accord.

En 2005-2006, l'Agence a créé et comblé le poste de directeur général des opérations régionales pour préciser les rôles et élaborer des plans et des stratégies visant à renforcer la capacité de l'Agence dans les régions. L'Agence a également embauché des coordonnateurs régionaux qui s'occuperont des mesures et interventions d'urgence.

3.9 Adopter une stratégie officielle de mobilisation des citoyens pour faire participer davantage les Canadiens à la prise de décisions – *Résultat partiellement atteint*

Ce qui était prévu

L'Agence voulait adopter une stratégie officielle de participation publique.

Ce qui a été accompli

L'Agence a décidé que l'adoption d'une stratégie officielle de participation des citoyens à toutes les questions ne constituait

pas une utilisation optimale de ses ressources affectées à l'élaboration des politiques et aux communications au cours de 2005-2006. Elle a centré ses ressources en matière d'élaboration de politiques sur le développement institutionnel nécessaire pendant sa deuxième année d'existence à titre d'Agence distincte. Elle a orienté ses ressources en matière de participation des citoyens dans des secteurs particuliers où les besoins d'information et la voix du public étaient importants et essentiels au succès futur, telle l'élaboration des Objectifs de santé.

Analyse par résultat stratégique et programme clé

Section II

A decorative graphic at the bottom of the page. It features a light blue background with a white curved line that sweeps across the bottom. Below this line is a darker blue curved shape. Faint, stylized human figures are visible in the background, suggesting a focus on people or community.

Analyse par résultat stratégique

Résultat stratégique

Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures

Nom de l'activité de programme

Santé de la population et santé publique

Ressources financières

| Dépenses prévues (en millions de dollars) | Total des autorisations (en millions de dollars) | Dépenses réelles (en millions de dollars) |
|--|---|--|
| 480,7* | 497,0** | 477,2*** |

*Dans le Rapport sur les plans et les priorités 2005-2006 de l'Agence, les dépenses prévues indiquées étaient de 432,4 millions de dollars, avec une note explicative à l'effet que des engagements budgétaires additionnels avaient été pris et seraient ajoutés. La somme de 480,7 millions de dollars comprend les engagements additionnels.

**Au début de l'exercice, l'Agence était autorisée à dépenser 432,4 millions de dollars. Elle a obtenu des autorisations supplémentaires, par la voie des mandats spéciaux du gouverneur général, lui affectant des ressources dépassant les sommes prévues relativement à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe.

***Les dépenses réelles étaient de 19,8 millions de dollars (4 %) inférieures au total des autorisations, principalement en raison du changement des plans liés à l'acquisition d'installations pour la production de vaccin prototype, d'économies liées à l'approvisionnement, d'approbations de politiques en attente et du contrôle des dépenses instauré dans le cadre de la dissolution du Parlement et de l'élection générale qui a suivi. Les facteurs suivants ont contribué au total de dépenses plus bas :

- un montant de 16,4 millions de dollars (5,6 %) de fonds inutilisés découlant du fait que les dépenses de fonctionnement liées à la préparation en cas de pandémie de grippe et à la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques ont été inférieures aux prévisions;
- un montant de 3,4 millions de dollars (1,9 %) de fonds inutilisés découlant de rajustements de fin d'exercice et de dépenses inférieures aux prévisions pour divers programmes de paiements de transfert.

Ressources humaines (Équivalents temps plein)

| Prévues | Réelles | Différence |
|---------|---------|------------|
| 1 836 | 1 801 | 35 |

En collaboration avec ses partenaires, l'Agence oriente les interventions fédérales et mobilise les efforts à la grandeur du pays pour promouvoir et protéger la santé publique au Canada et dans le monde. Il s'agit de prévoir les menaces pour la santé publique, de s'y préparer, d'intervenir lorsqu'elles surviennent et de rétablir une situation normale par la suite; surveiller, observer et étudier les maladies, les blessures et les risques sanitaires évitables pour la santé et leurs déterminants, ainsi que l'état global de la santé publique au Canada et à l'étranger. Ces activités sont conçues pour appuyer la prévention des

maladies et la promotion de la santé de façon efficace et pour créer et maintenir le réseau de santé publique en collaboration avec des partenaires. L'Agence utilise les meilleures connaissances et preuves disponibles pour informer les intervenants canadiens et étrangers en santé publique sur les divers aspects des activités de santé publique et les inciter à participer, et pour offrir de l'information, des conseils et un leadership en matière de santé publique.

La présente activité de programme appuie les trois priorités énoncées dans le RPP 2005-2006.

Analyse par programme clé

Mesures et interventions d'urgence

Le rôle du Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'Agence est de faire en sorte que le Canada soit prêt à réagir aux risques en matière de santé publique associés à toutes les catastrophes naturelles et anthropiques, telles que les éclosions de maladies infectieuses, les ouragans, les inondations, les tremblements de terre et les activités criminelles ou

terroristes comme des explosions ou la libération de toxines. Les principaux défis en matière de préparation en cas d'urgence comprennent la planification afin de faire face efficacement à tous les risques possibles, la formation de tous les intervenants, la coordination des activités entre les paliers de gouvernement et le maintien de réserves suffisantes de fournitures d'urgence dans l'ensemble du pays.

Capacité de planification d'urgence

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Capacité de planification d'urgence | 27,3 | 27,3 | 27,3 |

Ce qui était prévu

L'Agence avait l'intention, en 2005-2006, de continuer à :

- collaborer avec les autorités provinciales et territoriales responsables des mesures d'urgence afin de mettre au point la planification à l'échelle régionale et d'agir à titre d'agent de liaison avec les autres ministères fédéraux;
- offrir de l'information exacte en temps utile sur les événements de santé publique d'intérêt national et mondial aux Canadiens et aux représentants de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par l'intermédiaire du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP);
- appuyer les services nationaux de quarantaine du Canada pour faire face à l'importation éventuelle de maladies infectieuses dangereuses.

De plus, l'Agence avait prévu d'offrir une formation dans le domaine des mesures d'urgence afin de faire en sorte que les professionnels disponibles aient les compétences requises en conception et en présentation de cours et d'aider les partenaires à établir leur propre capacité en formation sur les situations d'urgence. Enfin, l'Agence devait participer à la coordination de la sécurité de la santé publique en

offrant des ressources essentielles aux travailleurs de la santé de première ligne dans l'ensemble du pays.

Ce qui a été accompli

L'Agence a participé à des activités de planification exhaustive de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les autres ministères fédéraux et les organisations non gouvernementales (ONG). Ainsi, elle a travaillé en collaboration avec les provinces et territoires pour déterminer les priorités nouvelles, établir des plans de travail et coordonner les activités fédérales-provinciales-territoriales en matière de mesures et d'interventions d'urgence. L'atelier national sur l'élaboration d'un système national de gestion d'incidents touchant la santé a été organisé par l'Agence en septembre 2005 à Winnipeg en vue de déterminer les composantes clés et les prochaines étapes de l'élaboration d'un tel système. Le système permettrait d'améliorer la coordination intergouvernementale, de préciser les rôles et responsabilités et d'établir des protocoles fédéraux-provinciaux-territoriaux en vue d'intervenir en cas d'urgences sanitaires au Canada. L'Agence a également organisé un atelier panterritorial sur les pandémies, visant à cerner les lacunes des préparatifs dans le Nord.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Un atelier panterritorial sur la préparation à une pandémie

Trois bureaux régionaux de l'Agence (Colombie-Britannique/Yukon, Alberta/Territoires du Nord-Ouest et Manitoba/Saskatchewan) ont collaboré avec le Secrétariat du Nord de Santé Canada à la tenue d'un atelier panterritorial d'une journée sur la planification en cas de pandémie; l'exercice s'est déroulé à Yellowknife le 30 mars 2006. L'atelier comportait une excellente représentation tant du côté de la santé publique que du côté des mesures d'urgence des trois gouvernements territoriaux, y compris les trois médecins-hygiénistes en chef. L'atelier portait sur l'échange d'information sur l'état de planification en cas de pandémie dans les Territoires, l'analyse des points forts et des lacunes et la détermination des possibilités de renforcement des capacités et de collaboration sur les questions panterritoriales. Le rapport sur l'atelier a été diffusé; il énumère plusieurs aspects se prêtant à une collaboration et une planification futures auxquels s'intéressent les bureaux régionaux de l'Agence.

L'Agence a travaillé en collaboration avec Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC) pour tirer parti des leçons apprises pendant les éclosions de grippe aviaire de 2004 et de 2005, pour élaborer un protocole interministériel sur la notification et la liaison précoces. L'Agence a organisé, en collaboration avec SPPCC, le Forum national sur mesures et les interventions d'urgence, qui s'est tenu en novembre 2005, à Québec. Le Forum national a réuni des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux de partout au Canada, qui ont notamment cerné et analysé

les nouveaux enjeux liés au Système national canadien de gestion des situations d'urgence en santé. Les participants ont souligné la nécessité de créer une capacité de planification dans le secteur bénévole de la santé en ce qui concerne les soins à domicile ou les soins de jour, par exemple, et de mettre l'accent sur la résilience communautaire, c.-à-d. la capacité des collectivités de fonctionner pendant et après une situation d'urgence.

Le Bureau des mesures d'urgence de l'Agence, en collaboration avec le Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires, a élaboré un système national de gestion des situations d'urgence en santé, qui vise une interopérabilité plus efficace entre les systèmes fédéraux, provinciaux et territoriaux.

En plus de ces activités de planification, l'Agence, seule ou de concert avec des partenaires et intervenants, a conçu, élaboré et offert une variété de cours et de programmes de formation, parmi lesquels figurent les suivants :

- Programme de formation chimique, biologique, radiologique et nucléaire (CBRN) pour les premiers intervenants;
- Formation en services de santé et en services sociaux d'urgence;
- Formation et outils pour le personnel de laboratoire, les épidémiologistes de terrain, les médecins et les infirmières d'urgence, les professionnels de la santé publique et de la gestion des situations d'urgence en santé. De nombreux exercices ont été élaborés afin d'assurer une préparation solide à tous les paliers.

L'Agence a continué de maintenir le système des Centres d'opérations d'urgence pour le portefeuille de la Santé du gouvernement fédéral, qui offre la plate-forme à partir de laquelle l'Agence et Santé Canada interviendront en cas d'urgence en santé publique. Un plan d'intervention d'urgence pour les Centres d'opérations d'urgence du portefeuille de la Santé a été mis en place en 2005-2006.

L'Agence a continué de maintenir et d'appuyer les services de quarantaine dans six aéroports canadiens par où entrent au Canada environ 94 % de tous les voyageurs aériens internationaux.

Les autres réalisations liées aux services de quarantaine au cours de la dernière année comprennent :

- un appui au ministre lorsqu'il a piloté le projet de loi C-12, la nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine* (qui a reçu la sanction royale le 13 mai 2005 et entrera en vigueur une fois que la réglementation d'application aura été élaborée et approuvée);
- l'élaboration de procédures opérationnelles normalisées pour appliquer la nouvelle loi;
- l'élaboration d'un programme de formation en ligne pour les agents de quarantaine et les agents d'hygiène du milieu et de trousse de formation personnalisées pour la Gendarmerie royale du Canada et l'Agence des services frontaliers du Canada;
- l'intégration de services de quarantaine à la préparation et à la planification d'initiatives en cas de grippe aviaire et à la planification en cas de pandémie, afin de mettre en place une capacité solide pour faire face à ces menaces et à d'autres maladies infectieuses émergentes.

Loi sur la mise en quarantaine

La nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine* a reçu la sanction royale le 13 mai 2005. Quand elle sera entrée en vigueur, cette loi aidera à prévenir l'importation et l'exportation des maladies transmissibles ainsi que leur propagation au Canada. Appliquée aux points d'entrée au Canada, la nouvelle loi offrira une protection améliorée aux Canadiens en donnant au gouvernement du Canada de nouveaux pouvoirs et des outils modernes qui faciliteront une intervention rapide et efficace face aux menaces et risques pour la santé publique à l'échelle planétaire, qui évoluent rapidement.

En 2005-2006, l'Agence a participé à l'élaboration, à la tenue et à l'évaluation d'exercices nationaux et internationaux lors desquels elle-même et Santé Canada ont joué un rôle actif, notamment les séries d'exercices *TOPOFF* et *Ardent Sentry*. L'Agence a apporté une contribution considérable à la conception de *TOPOFF 3/TRIPLE PLAY* et elle y a été un participant important; environ 30 employés ont pris part à l'exercice de cinq jours en avril 2005.

L'expertise de l'Agence a été mise à profit pour diriger l'élaboration d'exercices en prévision d'une pandémie de grippe menées par d'autres ministères, dont un exercice à Santé Canada (*CommandEx*) et un autre à Affaires étrangères Canada (*Novel Threat*). L'Agence a également participé à des exercices régionaux et provinciaux, dont *Prairie Fever I*, *Prairie Fever II*, *Atlantic Guard III* et à un exercice sur la grippe aviaire au Manitoba. L'Agence a pris une part active à l'élaboration d'exercices supplémentaires internes ainsi qu'à des exercices conjoints fédéraux, provinciaux et territoriaux.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Le premier exercice national du Canada en prévision d'une pandémie de grippe

En novembre 2005, l'Agence a organisé le premier exercice national du Canada en prévision d'une pandémie de grippe, dans le cadre du Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence. Ce fut une journée de collecte et d'échange d'information pour les participants de toutes les provinces et de tous les territoires représentant différents secteurs du portefeuille de la Santé, le secteur de la gestion des situations d'urgence et divers ministères fédéraux.

L'exercice a permis d'aborder les problèmes de planification d'urgence et de gestion des interventions qui se poseront pendant une pandémie de grippe dans une gamme de domaines, notamment la surveillance, la vaccination, les médicaments antiviraux, les communications et l'intervention d'urgence. Des personnes responsables de la planification et de la gestion de l'intervention en cas de pandémie, particulièrement le personnel travaillant dans les domaines de la santé publique, de l'information publique, de la sécurité publique, de la gestion des

urgences et des soins de santé, ont participé à l'exercice, qui mettait l'accent sur la gestion des interventions en santé publique.

Exercice *Atlantic Guard III*

L'exercice *Atlantic Guard III* était un exercice de poste de commandement interministériel et intergouvernemental d'une durée de quatre jours mené dans la région de l'Atlantique du 1^{er} au 4 novembre 2005. À titre de participants à l'exercice, le bureau de la région de l'Atlantique de l'Agence et Santé Canada ont créé un Centre régional de coordination des mesures d'urgence dans leurs bureaux du Centre maritime à Halifax (Nouvelle-Écosse) et ont fourni des agents de liaison aux centres d'opération d'urgence conjoints fédéraux-provinciaux en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard. L'exercice comportait des simulations d'incidents liés à la sécurité et à la santé publique ainsi que d'incidents maritimes, tels que les incidents chimiques, biologiques et radiologiques/nucléaires (CBRN) et les incidents terroristes et d'autres menaces pour la santé et la sécurité publiques.

Le Programme de médecine des voyages de l'Agence utilise des outils comme le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), qui permet de prévoir et de suivre les maladies infectieuses en utilisant un logiciel pour surveiller les grands volumes de nouvelles mondiales liées aux maladies infectieuses et chroniques, aux catastrophes naturelles et aux préoccupations environnementales et agricoles

qui pourraient influencer sur la santé des voyageurs canadiens. Le Programme de médecine des voyages permet d'améliorer la protection de la santé publique en fournissant aux Canadiens qui voyagent à l'étranger et aux travailleurs de la santé de première ligne une information essentielle et à jour sur les événements internationaux touchant la santé publique.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP)

Le RMISP est un système Internet protégé « d'alerte rapide » qui reçoit des rapports préliminaires de santé publique en temps réel, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en sept langues (anglais, français, chinois (simplifié et traditionnel), russe, arabe et espagnol). Ce système unique recueille et diffuse des renseignements pertinents sur les éclosions de maladies et d'autres événements liés à la santé publique en surveillant des sources médiatiques mondiales, comme les fils de presse et des sites Web. Le RMISP est la principale source d'informa-

tion non officielle de l'Agence de santé publique du Canada, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, de gouvernements étrangers et d'organismes internationaux tels que l'OMS concernant les menaces potentielles pour la santé publique partout au monde. Le RMISP a récemment été reconnu, lors d'une cérémonie de remise de prix en technologie, en divertissement et en conception qui s'est déroulée aux États-Unis, pour sa contribution à la surveillance mondiale en santé publique.

Capacité d'intervention en cas d'urgence

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|--|--|--|--|
| Capacité d'intervention en cas d'urgence | 11,9 | 11,9 | 11,9 |

Ce qui était prévu

En vue de répondre aux besoins prévus des Canadiens à la suite d'une catastrophe naturelle ou anthropique, l'Agence devait maintenir, en 2005-2006, sa capacité d'intervention 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et la capacité de distribuer des fournitures provenant de la Réserve nationale de secours (RNS) n'importe où au Canada, dans un délai de 24 heures. De plus, elle avait prévu d'améliorer ses opérations en laboratoire pour faire face à des agents ou à des armes biologiques, de coordonner les services sanitaires et sociaux d'urgence des provinces et des territoires par l'intermédiaire du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires et du Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence; enfin, elle voulait doter, former et équiper deux équipes d'intervention sanitaire d'urgence (EISU) pour aider les provinces et territoires en accroissant la capacité d'intervention en cas d'urgence en santé publique.

Ce qui a été accompli

Tous les plans énoncés ont été réalisés, à l'exception de la création des deux équipes d'intervention sanitaire d'urgence (EISU).

L'Agence a maintenu sa capacité d'intervention 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et a fait en sorte que la RNS soit en mesure de respecter son engagement de distribution dans un délai de 24 heures. La RNS a fait l'acquisition d'un entrepôt à Terre-Neuve-et-Labrador, exécutant ainsi un objectif important en matière de distribution des fournitures. À la fin de l'exercice 2005-2006, le système comptait neuf entrepôts fédéraux et environ 1 300 sites de stockage répartis stratégiquement dans l'ensemble du Canada. L'Agence a continué d'établir une réserve efficace de fournitures essentielles en vue d'intervenir en cas de pandémie ou d'autres situations d'urgence en santé publique.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

La riposte à l'ouragan Katrina

Le samedi 3 septembre 2005, l'Agence a reçu une demande de fournitures médicales de la part du Department of Health and Human Services des États-Unis pour appuyer les interventions relatives à l'ouragan Katrina. L'Agence a ouvert le dépôt d'Ottawa de la Réserve nationale de secours pour préparer des fournitures et s'occuper de la logistique, notamment organiser un vol nolisé. Le lendemain, des fournitures médicales, des lits de camp, des couvertures et des piles ont notamment été envoyés à Atlanta (Géorgie) pour venir en aide aux sinistrés.

En collaboration avec les provinces, des équipes du Plan d'aide en cas d'urgence (PACU) ont été créées partout au pays. Elles sont constituées de divers professionnels pouvant intervenir en cas de problèmes liés au transport de substances infectieuses pouvant affecter les humains (matières appartenant au groupe de risque 4). Les équipes ont achevé leur formation annuelle, et le réapprovisionnement de leurs fournitures est terminé, sous la coordination de l'Agence.

De plus, le Laboratoire de niveau de confinement 3 récemment rénové de l'Agence est devenu opérationnel et sert de laboratoire d'intervention en cas de menace biologique pour la région de la capitale nationale. Pour appuyer cet effort, le laboratoire a fait l'acquisition d'un système d'identification bactérienne, BIOLOG, qui contient une base de données sur les pathogènes dangereux. Utilisant sa capacité mobile d'intervention en cas de menace biologique, l'Agence a participé à trois déploiements sur le terrain à titre de membre de l'équipe nationale canadienne d'intervention conjointe chimique, biologique, radioactive et nucléaire; elle a également offert deux cours de formation de base en biologie au milieu des premiers intervenants.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Plan d'aide en cas d'urgence (PACU)

L'Agence a organisé une séance centrale de « Formation des formateurs » réunissant les équipes nationales du PACU et les premiers intervenants locaux et nationaux (policiers et pompiers), ce qui a favorisé les communications entre les deux groupes. Il s'agissait d'une mesure novatrice dans le domaine de la santé publique, réunissant 15 équipes spécialement formées du PACU, des représentants de chaque province et territoire, des premiers intervenants locaux (p. ex. équipes de gestion des matières dangereuses) de partout au Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Santé Canada et la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Cette activité, qui s'est tenue du 23 au 25 janvier 2006, visait à déterminer les meilleures méthodes de préparation et d'intervention en cas d'urgences nationales liées au transport.

Au cours de l'exercice 2005-2006, le Bureau national des équipes d'intervention sanitaire d'urgence (BNEISU) a continué de s'occuper de tous les aspects de la planification et de l'établissement des équipes de professionnels de la santé extérieures au gouvernement fédéral qui constitueront la contribution des EISU à la capacité d'intervention médicale. Le BNEISU a terminé la description de la composition des EISU ainsi que la description des campements standard largables, composés d'abris, d'équipement/de fournitures et de commodités pour appuyer les équipes d'intervention médicale sur le terrain. Les achats ont commencé pour les deux premiers des quatre modules.

Le BNEISU n'a pas réussi à créer deux EISU tel que prévu, en partie à cause des complexités du processus d'attribution de permis et des conditions du marché des services de professionnels de la santé. Toutefois, en février 2006, l'Agence a créé une équipe d'intervention d'urgence épidémiologique (EIUE) pouvant se déployer pendant des périodes extrêmement difficiles. La création de l'EIUE a permis d'augmenter la capacité d'intervention disponible pour aider les provinces et territoires à gérer leurs situations d'urgence.

Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Le nombre de Canadiens qui décèdent de maladies infectieuses ou vivent avec une maladie infectieuse s'est accru depuis les années 80, en grande partie à cause du VIH/sida. L'augmentation brutale des infections transmises sexuellement (plus de 500 % depuis 1997), les tendances concurrentes de co-infection par des maladies telles que l'hépatite C et la syphilis, le caractère imprévisible des pathogènes émergents et l'origine animale des maladies infectieuses émergentes et réémergentes contribuent aux tendances actuelles. Des menaces relativement nouvelles, telles que la propagation d'organismes résistants aux antimicrobiens et les infections contractées à l'hôpital, amplifient les problèmes liés aux modes de transmission des maladies, ce qui accroît sensiblement le risque pour la santé publique et limite considérablement les options thérapeutiques pour diverses maladies infectieuses.

Le taux annuel de mortalité attribuable aux maladies infectieuses au Canada est de 10,5 pour 100 000 habitants à l'heure actuelle. Ce taux qui ne montre

aucun signe de déclin, malgré les récents progrès en matière de prévention, de traitement et de contrôle. Le VIH/sida demeure une épidémie nationale, alors qu'environ 58 000 personnes vivent avec ce virus. Environ le quart des personnes infectées ignorent leur état.

L'évolution dynamique des pathogènes crée des problèmes importants qui compliquent grandement la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. De plus, la possibilité d'une co-infection par de multiples micro-organismes associés à des facteurs de risque, des comportements et des modes de transmission communs augmente la nécessité d'élaborer des approches globales pour toutes les maladies infectieuses. Au cours de 2005-2006, l'Agence a examiné de nouvelles façons novatrices de lutter contre ces maladies en misant sur les progrès scientifiques et en étudiant de nouvelles possibilités de collaboration et de partenariats. Une infrastructure uniforme, des systèmes de surveillance et le renforcement de la capacité sont des éléments clés pour être en mesure d'offrir en temps utile l'information pertinente à tous les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada.

VIH/sida

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|----------|--|--|--|
| VIH/sida | 34,8 | 34,8 | 35,0* |

* L'écart entre le total des autorisations et les dépenses réelles découle de l'établissement d'un nouvel ordre de priorité des programmes, dans les limites globales des sommes autorisées et prévues.

Ce qui était prévu

L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada est un partenariat mettant à contribution l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et Service correctionnel Canada. Cette initiative vise à prévenir les nouvelles infections, à ralentir la progression de la maladie, à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, à réduire l'impact social et économique du VIH/sida et à contribuer aux efforts internationaux de lutte contre l'infection à VIH.

En 2005-2006, les activités principales de l'Agence ont consisté à :

- approfondir les connaissances sur le VIH/sida afin de mieux orienter les programmes de prévention, de soins, de traitement et de soutien liés au VIH;
- élaborer des approches discrètes à l'intention des populations les plus vulnérables au VIH/sida;
- sensibiliser la population au VIH/sida en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination;

- élaborer une gamme complète de programmes et de services liés au VIH/sida intégrés avec ceux visant d'autres maladies telles que l'hépatite C et les infections transmises sexuellement;
- mobiliser sur une grande échelle les autres ministères fédéraux afin de s'attaquer à des problèmes qui influent sur la santé, par exemple le logement et la pauvreté;
- accroître la participation du Canada aux efforts internationaux de lutte contre le VIH/sida;
- améliorer la communication des résultats des investissements fédéraux dans le domaine du VIH/sida.

Ce qui a été accompli

L'Agence a entrepris des activités d'élaboration de programmes, de recherches et de communications afin d'atteindre ses objectifs liés au VIH/sida. Le rôle de l'Agence consiste à accroître la sensibilisation tant parmi les groupes à risque que parmi le grand public, à aider les personnes qui offrent des services liés à la maladie et à entreprendre des recherches pour accroître nos connaissances et faire progresser notre compréhension du VIH et du sida en collaboration avec nos partenaires nationaux et internationaux.

En 2005-2006, l'Agence a contribué financièrement à l'Association canadienne de santé publique, un organisme national, afin qu'elle mette en œuvre des campagnes de marketing social à l'échelle communautaire dans le but d'accroître la sensibilisation au VIH/sida et d'influer sur les attitudes et les comportements du public à l'égard du VIH/sida. L'Agence a également versé des fonds à un organisme régional, AIDS Vancouver, pour qu'il mène une campagne de marketing social semblable. Parmi les résultats de la Phase 1 de la campagne d'AIDS Vancouver, signalons que 76 % des participants ont indiqué que le message de la campagne les avait incité à réfléchir au degré de risque de leurs propres pratiques sexuelles.

L'Agence a également participé à la production et à la diffusion de publications et d'information sur la prévention, le diagnostic, les soins, les traitements et le soutien liés au VIH/sida dans l'ensemble du Canada. Par exemple, pendant la période visée par

le rapport, 30 ateliers d'information sur les traitements ont été donnés dans l'ensemble du Canada; environ 1 500 fournisseurs de service de première ligne et personnes vivant avec le VIH/sida y ont participé.

Sous la direction de l'Agence, un comité de sous-ministres adjoints (SMA) a été créé pour assurer la direction, la coordination et la coopération interministérielles et améliorer la cohérence des politiques et des programmes fédéraux afin d'aborder plus efficacement les questions concernant le VIH/sida et ses facteurs sous-jacents. Les ministères et organismes fédéraux participants sont Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, Citoyenneté et Immigration Canada, Affaires étrangères Canada, Ressources humaines et Développement social Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada, Industrie Canada, l'Agence canadienne de développement international, Patrimoine Canada et Justice Canada. À la suite de la création du Comité, un document de conception a été préparé pour orienter l'élaboration d'un énoncé de position du gouvernement du Canada sur le VIH/sida. Un plan de travail sur les activités interministérielles a également été préparé pour 2006-2007.

L'Agence a mené une étude auprès de survivants du VIH pour déterminer les effets à long terme de l'amélioration des réseaux de soutien social dans l'atténuation de l'isolement social et de la discrimination et pour éviter que les maladies transmises sexuellement prennent encore de l'ampleur.

En 2005-2006, l'Agence a élaboré et distribué les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement (ITS) – Édition de 2006*. Reposant sur une expertise fondée sur des preuves en matière de détection, de traitement et de contrôle des ITS, dont le VIH, les lignes directrices révisées sont distribuées aux cliniciens dans l'ensemble du Canada.

Les lignes directrices du *Fonds pour les projets sur le VIH/sida des communautés hors réserve des Premières nations, des Inuits et des Métis* ont été modifiées par l'Agence afin de promouvoir la sensibilisation au VIH, à l'hépatite C et aux ITS et d'appuyer les activités de réduction des méfaits.

L'Agence a offert son expertise pour des projets bilatéraux et multilatéraux qui ont incité les Canadiens à participer à la lutte mondiale contre le VIH/sida. Elle a fourni du soutien technique sur un projet, financé par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), visant à aider le gouvernement

du Pakistan à améliorer le système de surveillance du VIH/sida du pays. Dans un deuxième projet, l'Agence a été consultée par l'Association canadienne de santé publique, qui lui a demandé de fournir un soutien technique pour renforcer la capacité de surveillance du VIH en Bulgarie.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Intégration de programmes régionaux sur le VIH et l'hépatite C

On a procédé, en 2005-2006, à l'intégration de composantes régionales de la stratégie relative au VIH/sida (Programme d'action communautaire sur le sida – PACS) et du Programme concernant l'hépatite C. Pendant l'exercice, les équipes responsables de ces programmes ont élaboré un plan de travail et un cadre de projet communs. Elles ont utilisé un seul cadre de consultation pour travailler sur 47 projets portant sur le VIH/sida et l'hépatite C. Une telle approche intégrée a permis

d'avoir une vision globale pour s'attaquer à des problèmes communs. Le chevauchement des tâches a été évité, et les incohérences ont été réduites ou éliminées. Cette approche a permis d'harmoniser la documentation des programmes et de réduire le fardeau administratif des organismes parrains. L'intégration a aidé les organismes parrains et a facilité l'établissement d'une capacité en santé publique au sein de la collectivité.

Tout au long de 2005-2006, l'Agence a continué de faire connaître ses progrès sur l'atteinte des résultats au moyen de rapports annuels tels que : *Rapport du Canada sur le VIH/sida* (le rapport de la Journée mondiale du sida) publié le 1^{er} décembre 2005 et un

document de surveillance intitulé : *Le VIH et le sida au Canada* publié en avril 2005. Le premier rapport a été publié en format papier et affiché sur le Web (http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/hiv_aids/report05/index_f.html).

Préparation à une pandémie de grippe

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Préparation à une pandémie de grippe | 7,0* | 35,3 | 30,5** |

* L'écart entre les dépenses prévues et le total des autorisations est principalement attribuable à un investissement visant à prendre des mesures immédiates de préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe, approuvé en cours d'exercice par mandat spécial du gouverneur général.

**L'écart entre le total des autorisations et les dépenses réelles est principalement attribuable à des économies liées à l'approvisionnement ainsi qu'à l'annulation de commandes d'achats dans des circonstances où des exigences liées aux délais n'ont pu être respectées.

Ce qui était prévu

Consciente du fait qu'une pandémie de grippe pourrait être la principale urgence en santé publique dans le domaine des maladies infectieuses de l'histoire du Canada, l'Agence avait prévu de jouer

un rôle de premier plan dans la mise à jour du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, en collaboration avec les provinces et territoires, et de promouvoir la mise en œuvre de la mise à jour par tous les paliers de gouvernement. Le Plan vise

également à faire en sorte qu'il y ait des réserves nationales suffisantes de vaccins contre la grippe et une capacité de produire les vaccins appropriés.

Il était prévu que l'Agence continuerait également de travailler en collaboration avec ses partenaires mondiaux à la surveillance des maladies susceptibles de signaler le début d'une pandémie et de veiller à ce que la coopération mondiale nécessaire soit mise en place avant l'apparition d'une pandémie.

Ce qui a été accompli

L'Agence a joué un rôle de chef de file dans la mise à jour du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. En collaboration avec Santé Canada, Sécurité publique et Protection civile Canada, les provinces et territoires et d'autres intervenants clés, elle a élaboré des mises à jour pour intégrer les connaissances et les données nouvelles, notamment les phases d'une pandémie, selon les dernières définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui tiennent compte du niveau de risque à l'échelle internationale. Des annexes clés sur les communications, la surveillance et les mesures de santé publique ont été ajoutées au Plan.

Pour faire en sorte que le Canada dispose, au besoin, de réserves importantes de vaccins produits au pays, l'Agence a signé un contrat avec un fabricant national de vaccins antigrippaux pour accroître la capacité de production de l'entreprise à huit millions de doses par mois. Le contrat précise que l'entreprise doit remplir les commandes canadiennes avant de pouvoir effectuer des ventes à d'autres pays. L'Agence a également participé, avec les provinces et territoires, à un examen des lignes directrices sur l'utilisation des vaccins en cas de pénurie de vaccins au cours d'une pandémie.

Grâce au Réseau pancanadien de santé publique, l'Agence a continué d'accroître son degré de préparation en cas de pandémie en augmentant la diversité et la taille de la réserve nationale d'antiviraux, par l'achat d'oseltamivir et de zanamivir.

Pendant la réunion des sous-ministres du 9 mars 2006 sur la planification en cas de pandémie, les sous-ministres ont convenu, en principe, qu'il fallait

augmenter la réserve nationale d'antiviraux, de 16 millions à 55 millions de doses, et que les réserves devaient servir à traiter les personnes pouvant nécessiter un traitement médical en cas de pandémie de grippe.

L'Agence, en collaboration avec le secteur bénévole, a continué d'appuyer et de codiriger le Comité canadien d'immunisation, le Comité de la grippe pandémique, le Comité consultatif national de l'immunisation et leurs groupes de travail pour élaborer des stratégies et des politiques qui serviront à réduire ou à éliminer les maladies évitables par la vaccination ou les maladies respiratoires infectieuses; pour réduire les répercussions négatives des maladies infectieuses émergentes; et pour conserver la confiance du public canadien et des professionnels envers les programmes d'immunisation du pays.

L'Agence a continué de mener des études pour l'enrichissement des connaissances sur une éventuelle pandémie de grippe au Canada. Par exemple, des études ont été menées sur la souche qui a causé la pandémie de grippe de 1918 en la recréant en laboratoire. La « grippe espagnole » de 1918 est souvent utilisée comme référence dans les préparatifs en prévision d'une pandémie de grippe. Maintenant que nous avons établi que le virus de 1918 pouvait être recréé en laboratoire et qu'il était mortel chez les primates, nous pouvons mettre au point une souche vaccinale sécuritaire permettant de protéger les humains et d'en apprendre davantage sur la façon dont les virus de la grippe provoquent des maladies graves.

L'Agence, en collaboration avec les États-Unis et le Royaume-Uni, a conçu et financé deux études de recherche pour évaluer les répercussions des programmes universels de vaccination antigrippale par opposition aux programmes ciblés. La phase 1 de l'évaluation des programmes de vaccination contre la grippe a été lancée par l'Agence en avril 2005 et a été prolongée au-delà de l'exercice financier (la fin est prévue en 2006). Elle comprend une évaluation fondée sur une comparaison entre le programme universel de vaccination antigrippale de l'Ontario et d'autres programmes de vaccination visant des populations à risque élevé de complications au

Canada et/ou dans d'autres pays, dont les données démographiques, le système de soins de santé et les tendances grippales saisonnières sont semblables. L'Agence a continué de participer, avec l'OMS, à l'élaboration d'un plan d'action pour le Canada afin de s'attaquer aux problèmes entourant les vaccins antipandémiques. L'Agence a également travaillé en collaboration avec l'OMS et le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale à l'élaboration d'autres stratégies de prévention/d'atténuation d'une pandémie. De plus, l'Agence a collaboré avec Santé

Canada dans le cadre du Partenariat pour la sécurité et la prospérité, qui vise à élaborer des stratégies nord-américaines pour lutter à la fois contre une pandémie de grippe et contre la grippe aviaire.

Les activités de recherche liées à la planification en cas de pandémie de grippe comprennent l'*Évaluation des programmes de vaccination contre la grippe au Canada*, menées en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et d'autres partenaires, dont le Comité canadien d'immunisation.

Programme de lutte contre les infections contractées à l'hôpital et en milieu de soins (nosocomiales)

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|---|--|--|--|
| Programme de lutte contre les infections contractées à l'hôpital et en milieu de soins (nosocomiales) | 3,9 | 3,9 | 4,0* |

* L'écart entre le total des autorisations et les dépenses réelles découle de l'établissement d'un nouvel ordre de priorité des programmes, dans les limites globales des sommes autorisées et prévues.

Ce qui était prévu

Les études indiquent que 5 à 10 % de tous les patients admis dans un établissement de santé sont atteints d'une infection nosocomiale (iatrogène/hospitalière). Étant donné que la prestation de soins directs relève presque entièrement de la compétence des provinces et des territoires, le programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'Agence collabore avec les provinces et les territoires en vue de mettre l'accent sur les répercussions en santé publique de la transmission d'agents infectieux durant la prestation des soins.

L'Agence avait l'intention d'étendre la portée des recommandations figurant dans ses *Guides de prévention des infections*, qui visent les infections acquises à l'hôpital et en milieu de soins.

L'Agence avait prévu d'étendre sur trois ans, à partir de 2005-2006, le nombre de ses projets de surveillance active et de ses activités stratégiques ayant trait aux infections critiques contractées en milieu de soins, dans le cadre du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales.

L'Agence voulait effectuer une analyse en profondeur des éclosions de maladies infectieuses dans les établissements de santé canadiens et élaborer des plans d'urgence pour faire face aux agents infectieux émergents dans ces établissements.

L'Agence avait prévu d'utiliser l'information d'un sondage sur la prévention et le contrôle, effectué dans tous les hôpitaux au Canada, afin de préciser ses recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections liées à une bactérie souvent mise en cause dans les infections nosocomiales, la bactérie *C. difficile*. L'Agence avait également prévu de mener des études en vue de déterminer s'il existait un moyen de distinguer les cas graves d'infection à *C. difficile* des cas bénins.

Ce qui a été accompli

Au cours de 2005-2006, l'Agence a examiné les *Guides de prévention des infections*, qui s'appliquent maintenant à tout le spectre des milieux de soins de santé, allant des soins de courte durée, aux soins de longue durée, aux soins en cabinet et en consultation

externe et aux soins à domicile Il est possible de consulter les Guides en visitant le site : http://www.phac-aspc.gc.ca/dpg_f.html.

Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales appuyé par l'Agence a permis d'étendre le nombre des projets de surveillance active et des activités stratégiques ayant trait aux infections contractées durant la prestation de soins critiques en 2005-2006.

Les travaux ont été achevés dans les cinq premiers mois du programme de surveillance de *C. difficile*

(qui devait initialement durer six mois) dans 35 hôpitaux offrant des soins de courte durée, de huit provinces. De plus, la surveillance active de *C. difficile* a été étendue pour inclure les infections du champ opératoire (chirurgie cardiaque); des travaux en laboratoire et des analyses de données ont également été effectués sur des souches de *C. difficile* pour déterminer s'il existe un moyen de distinguer les cas graves d'infection à *C. difficile* des cas bénins.

Maladies transmissibles de l'animal à l'homme (zoonoses)

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|--|--|--|--|
| Maladies transmissibles de l'animal à l'homme (zoonoses) | 19,5 | 19,5 | 20,3* |

* L'écart entre le total des autorisations et les dépenses réelles découle de l'établissement d'un nouvel ordre de priorité des programmes, dans les limites globales des sommes autorisées et prévues.

Ce qui était prévu

L'Agence avait prévu de continuer de fournir l'infrastructure et l'expertise scientifiques nécessaires pour appuyer la surveillance de base, le développement des connaissances, la recherche, la coordination et le rôle de direction en ce qui concerne des maladies précises transmissibles de l'animal à l'homme. Il s'agissait de poursuivre les recherches sur le virus du Nil occidental (VNO) et la surveillance à cet égard, en collaboration avec les agences de sang du Canada, afin de réduire au minimum les risques auxquels sont exposées les réserves de sang canadiennes. Il fallait également poursuivre les recherches sur la virulence et l'adaptation de l'hôte aux entéropathogènes importants (gastrointestinaux). L'Agence avait prévu de travailler en collaboration avec des intervenants pour élaborer un programme pancanadien de surveillance des tendances de la résistance aux antimicrobiens chez certains entéropathogènes et certaines bactéries « indicatrices » isolés chez les humains, les animaux et dans les aliments.

Ce qui a été accompli

L'Agence a fourni des services diagnostiques de référence sur des virus tels que le VNO et a continué la surveillance de maladies rares telles que la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses. Elle a également augmenté ses activités de surveillance qui ont débouché sur de nouvelles découvertes sur des maladies telles que la maladie de Lyme; elle a aussi réalisé des études sur les antiviraux qui ont permis d'identifier deux composés antiviraux ayant une activité étendue contre les arbovirus, catégorie de virus transmis par des insectes hématophages.

L'Agence a collaboré avec ses partenaires provinciaux et territoriaux afin de maintenir un système national de surveillance du VNO, a élaboré et mis à jour des lignes directrices, a participé à des projets nationaux et internationaux sur l'épidémiologie des maladies et les approches thérapeutiques et a sensibilisé le public à la protection contre le virus.

L'Agence a élaboré un modèle sur les préférences des moustiques en matière d'habitat, afin de faire des

prévisions sur le moment et l'endroit où le VNO pourrait présenter une menace pour les populations humaines en fonction, par exemple, des données climatiques. Elle a également collaboré avec l'Université de Montréal et d'autres partenaires à l'élaboration de modèles sur le VNO et la maladie de Lyme, en se concentrant sur les effets des changements climatiques dans le Sud du Québec.

L'Agence, en partenariat avec l'Université de Montréal, a obtenu du financement de la Fondation canadienne pour l'innovation pour la création d'un outil mathématique de modélisation de maladies à haute performance, offrant l'infrastructure nécessaire pour analyser les maladies infectieuses actuelles et émergentes qui menacent le Canada.

De plus, l'Agence a mené des études sur des vaccins pour évaluer plus précisément l'efficacité des vaccins contenant des gènes des virus de la fièvre de Marburg, de la fièvre d'Ébola et de la fièvre de Lassa.

Les chercheurs de l'Agence ont utilisé des techniques génomiques comparatives afin de détecter des pathogènes émergents d'origine alimentaire, tandis que les travaux se sont poursuivis sur l'importance pour la santé publique des facteurs de virulence, de la génomique et de l'expression génique.

En avril 2005, le Centre canadien de renseignements et de surveillance des éclosions (CCRSE) de l'Agence a diffusé ses modules sur les voyages et les zoonoses, fournissant ainsi une infrastructure nationale qui rend possible la diffusion rapide de l'information sur d'éventuelles éclosions de maladies infectieuses.

C-EnterNet, une initiative orchestrée par l'Agence, qui fait appel à de nombreux partenariats, a lancé une étude pilote dans le région de Waterloo (Ontario). Par l'intermédiaire d'une surveillance sentinelle complète mise en œuvre par les services locaux de santé publique, C-EnterNet a appuyé des activités visant à réduire le fardeau des maladies entériques (intestinales).

L'Agence a élargi son Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA) pour y intégrer des pathogènes supplémentaires et englober des produits agricoles tels que le

veau de lait à la ferme, le bœuf à la ferme et des produits alimentaires au détail tels que la dinde et les aliments prêts-à-consommer.

L'Agence a participé à l'International Network for Integrated Surveillance for Antimicrobial Resistance in Enteric Bacteria, un comité constitué d'organismes internationaux intéressés par la surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans les produits agro-alimentaires. Ce réseau a été créé à la suite de la réunion de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens tenue à Winnipeg le 16 septembre 2005.

Autres activités liées à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses

Tout au long de 2005-2006, le personnel régional et national du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C a continué de travailler en collaboration avec des organismes communautaires tels que l'Association canadienne de santé publique pour offrir des programmes de prévention, du matériel et de la formation aux collectivités à risque et aux gens qui leur fournissent des services.

L'Agence a travaillé en collaboration avec des intervenants à l'élaboration de systèmes de surveillance des pathogènes transmissibles par le sang tels que le système national de surveillance des incidents transfusionnels. Le système surveille les événements indésirables et les erreurs liés à la transfusion en vue d'évaluer les cas d'infection par des agents pathogènes transmissibles par le sang chez différents groupes cibles (p.ex. les transfusés et les receveurs de greffe de moelle osseuse) dans l'ensemble du pays.

L'Agence a élaboré, en partenariat avec Santé Canada, un système pilote de surveillance des cellules, des tissus et des organes (SSCTO) pour surveiller la transmission de maladies infectieuses rattachées aux transplantations.

Les efforts de collaboration internationale ont été renforcés grâce à la participation de l'Agence de santé publique du Canada à l'Initiative internationale de surveillance circumpolaire. L'Agence participe à l'initiative depuis 1999 et a contribué au financement des Centers for Disease Control and Prevention aux

États-Unis. Les données recueillies ont permis de mieux comprendre l'épidémiologie de maladies bactériennes invasives parmi les populations nordiques, facilitant ainsi la formulation de stratégies de prévention et de contrôle pour ces populations.

Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques

Divers facteurs, notamment dont des conditions liées à la société et des pratiques individuelles, déterminent l'état de santé personnelle. Un nombre croissant de Canadiens présentent au moins un des facteurs de risque – par exemple, la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique – qui mènent souvent aux maladies chroniques les plus fréquentes au pays, soit les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires. Malheureusement, le fardeau associé aux maladies et aux décès évitables ne cesse d'augmenter, ce qui réduit la qualité de vie et augmente les délais d'attente pour l'obtention de soins de santé, mettant ainsi en péril la viabilité du système de soins de santé.

Les études ont également fait ressortir les risques et les problèmes suivants :

- Les deux tiers des décès et des incapacités sont évitables. On estime que jusqu'à 80 % des Canadiens ont au moins un comportement lié à la santé qu'ils pourraient changer pour améliorer leur état de santé;
- Les maladies chroniques et les blessures sont à l'origine de plus de 75 % des décès et 87 % des incapacités chaque année¹. Le fardeau économique correspondant pour le Canada est évalué à 70 milliards de dollars par année ou environ 62 % en coûts de soins de santé directs²;
- Deux Canadiens sur cinq et une Canadienne sur trois seront atteints d'un cancer au cours de leur vie³;
- Les degrés d'obésité et de surcharge pondérale observés sont beaucoup plus élevés que ceux indiqués dans des études précédentes fondées sur les données déclarées par les répondants. Lorsque la surcharge pondérale et l'obésité sont considérées ensemble, 65 % des hommes et 53 % des femmes ont un excès de poids. Ce qui est encore plus préoccupant, c'est que les augmentations les plus importantes ont été constatées chez les enfants et les adolescents. Lorsque l'indice de masse corporelle d'une personne augmente, la possibilité qu'elle souffre d'hypertension artérielle, de diabète et de maladies cardiaques augmente également.

Afin de lutter contre le fardeau croissant des maladies chroniques au Canada, le gouvernement a annoncé un investissement de 300 millions de dollars sur cinq ans pour élaborer une Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques.

La stratégie vise à promouvoir la santé des Canadiens, à réduire les répercussions des maladies chroniques au Canada et à examiner les déterminants de la santé. Fondée sur la collaboration, la stratégie, qui comprend des initiatives ciblant une maladie précise, est axée sur trois piliers :

- La promotion de la santé en s'attaquant aux facteurs qui font en sorte que les gens s'alimentent mal, qu'ils délaissent l'activité physique et présentent une surcharge pondérale;
- La prévention des maladies chroniques;
- L'appui de la détection précoce et de la prise en charge des maladies chroniques.

¹ Agence de santé publique du Canada, selon les statistiques de l'état civil de 2003 de Statistique Canada, 2006.

² Santé Canada (2002), Le fardeau économique de la maladie, 1998.

³ Statistiques canadiennes sur le cancer, 2006.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

ÉtéActif et HiverActif

L'Agence, en partenariat avec Santé Canada et Patrimoine Canada, a collaboré avec les provinces et territoires à élaborer « ÉtéActif » et « HiverActif », un ensemble d'initiatives de mobilisation des collectivités visant à aider les Canadiens à améliorer leur santé en encourageant et en appuyant l'activité physique régulière, une saine alimentation, une vie sans fumée et la pratique de sports. <http://www.eteactif.org>

Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|---|--|--|--|
| Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains | 17,3* | 8,0** | 4,6*** |

* Le plan initial était conforme aux engagements budgétaires, mais n'avait pas encore reçu les approbations et les autorisations de dépenser nécessaires.

** L'Agence a demandé une somme moins élevée, par le processus des mandats spéciaux du gouverneur général, que celle qui avait été prévue au départ, compte tenu des conditions opérationnelles changeantes et du fait que l'approbation était toujours en attente.

*** Les dépenses réelles ont été inférieures aux autorisations, principalement en raison du moment où l'autorisation a été donnée.

Ce qui était prévu

En 2005-2006, l'Agence avait prévu de faire la promotion de l'activité physique, d'une saine alimentation et du poids santé par l'intermédiaire de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains (http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html) au moyen des activités suivantes :

- Action mobilisatrice et mise à contribution de partenaires provenant de diverses sphères de compétence, du réseau de soins de santé comme d'autres secteurs;
- Consolidation des efforts de promotion et de prévention dans le milieu où les gens vivent, travaillent, apprennent et se divertissent en tenant compte des déterminants de la santé et en ciblant les facteurs de risque communs à de multiples maladies et blessures;
- Élaboration d'un programme de recherche et de surveillance et d'une stratégie de communication/d'information en matière de santé.

Le Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains apportera une importante contribution au processus.

Par l'intermédiaire du Centre national d'information sur la violence dans la famille et de l'Initiative de lutte contre la violence familiale, l'Agence avait prévu de recueillir, de produire et de diffuser de l'information sur la violence familiale dans l'ensemble du pays et à l'étranger.

Ce qui a été accompli

En 2005-2006, l'Agence a conclu une entente avec les provinces et territoires participant à la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains (bien que le Québec partage les objectifs généraux de cette stratégie pancanadienne, il n'a pas participé à son élaboration ni à sa mise en œuvre). Dans le cadre de la présente entente, les gouvernements ont établi des objectifs visant à augmenter de 20 %, d'ici 2015, la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, mangent sainement et ont un poids santé.

Grâce au comité de coordination du Réseau intersectoriel de promotion de modes de vie sains, divers autres partenaires et intervenants ont participé à l'élaboration de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains, dont des organismes non gouvernementaux, des organismes autochtones et le secteur privé. Des activités de mise en œuvre ont également été lancées pendant l'exercice; elles comprennent l'élaboration d'une approche de la recherche et de la surveillance, et d'une stratégie de communication.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Northern Food Security Partnership/Bayline Regional Roundtable (BRRT)

La Bayline Regional Roundtable (BRRT) est un partenariat établi dans le but d'obtenir un meilleur accès toute l'année durant à des aliments sains dans le Nord du Manitoba. La région de Bayline est composée de petites villes situées le long d'une voie ferrée reliant The Pas à Churchill. Un bon nombre de ces collectivités n'ont pas de chemins accessibles pendant toute l'année. Elles sont accessibles uniquement par train ou par avion. Le manque de fournitures telles que de l'engrais, des râteliers et des motoculteurs dans bon nombre de collectivités éloignées les limitent à faire une production alimentaire à petite échelle. Dans le cadre de la Northern Food Security Partnership Initiative de la BRRT, financée par l'Agence et le gouvernement du Manitoba, le projet d'achat de motoculteurs permet d'obtenir des ressources du secteur privé et de personnes (p. ex. des semences et de l'engrais gratuits de Canadian Tire, le transport fournit par VIA Rail et Perimeter Air et les conseils de bénévoles) pour appuyer l'initiative.

De plus, l'Agence a terminé l'élaboration de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques et a commencé sa mise en œuvre. Les activités sur les aspects d'un mode de vie sain comprenaient l'élaboration d'un plan détaillé de mise en œuvre et d'une approche d'évaluation. L'Agence a également collaboré avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour établir le Consortium mixte sur la santé en milieu scolaire, un forum qui servira de catalyseur pour resserrer les liens de coopération entre les gouvernements, les ministères, les organismes et autres intervenants et renforcer la capacité de collaboration des secteurs de la santé et de l'éducation. Le Consortium élaborera des programmes, des politiques et des pratiques visant à améliorer la santé des jeunes et s'attaquera à des problèmes et à des facteurs de risque précis tels que l'activité physique, la saine alimentation et leur relation avec le poids santé.

Le Programme des contributions à l'activité physique de 2005-2006 a également accordé un financement total de 3,5 millions de dollars à 23 projets qui appuient le secteur bénévole pour accroître l'accès à des occasions pratiques, sécuritaires, abordables et intéressantes d'intégrer l'activité physique et une saine alimentation à la vie quotidienne.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Visite guidée Dîners santé à emporter

Pour promouvoir les modes de vie sains alors que le taux d'obésité continue d'augmenter au Canada, le Réseau canadien de la santé, épaulé par l'Agence, a misé sur la popularité du thème de la saine alimentation pour mettre à l'essai un projet de marketing social très réussi : la *Visite guidée Dîners santé à emporter*. Le projet permet d'offrir aux Canadiens un outil pour les conseiller sur la façon de préparer des dîners plus sains et pour les motiver à le faire. Le projet a reçu plus de 14 000 visiteurs au cours de 2005-2006. Plus de 84 % des participants ont indiqué que l'information était utile pour les aider à préparer des dîners plus sains. <http://reseau-canadien-sante.ca>

Stratégies intégrées de lutte contre les maladies chroniques

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|--|--|--|--|
| Stratégies intégrées de lutte contre les maladies chroniques | 6,5 | 10,7* | 11,1** |

* Les autorisations reflètent le financement demandé par le processus des mandats spéciaux du gouverneur général.

** L'écart entre le total des autorisations et les dépenses réelles découle de l'établissement d'un nouvel ordre de priorité des programmes, dans les limites globales des sommes autorisées et prévues.

Ce qui était prévu

L'Agence voulait continuer à élaborer des stratégies intégrées traitant des maladies chroniques et de modes de vie sains, en collaboration avec les partenaires du portefeuille de la Santé, les provinces et territoires et les autres partenaires canadiens et internationaux de la santé publique.

Ce qui a été accompli

En 2005-2006, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont créé le Réseau pancanadien de santé publique. Le Réseau facilite les interventions gouvernementales coordonnées sur les questions de santé publique; appuie les activités courantes en santé publique et facilite l'accès à une aide réciproque entre gouvernements pendant des situations d'urgence. L'Agence a contribué de façon déterminante à l'établissement du Réseau de santé publique, en créant un secrétariat fédéral, provincial et territorial pour appuyer et gérer le Réseau. L'Agence a participé au financement des initiatives et a appuyé les groupes d'experts et le Conseil du Réseau. L'Agence, de concert avec les provinces et territoires, a créé le Groupe d'experts sur la surveillance et l'information dans le cadre du Réseau de santé publique pour cerner et élaborer les secteurs de partage d'expertise et d'expériences communes. En établissant le Réseau de santé publique, les ministres de la Santé ont créé un mécanisme visant à appuyer une nouvelle approche davantage axée sur la collaboration dans le domaine de la santé publique. Une telle approche est particulièrement importante pendant des situations d'urgence touchant la santé publique, mais elle donnera également au Canada un moyen coordonné pour s'attaquer aux graves

problèmes de santé publique tels que l'obésité et les maladies non transmissibles.

De plus, afin d'améliorer la surveillance de l'arthrite et d'autres affectations rhumatismales, l'Agence a élaboré et approuvé de nouveaux indicateurs relatifs à l'arthrite (tels que la qualité du sommeil, la pression artérielle, l'accès à des soins de santé et le niveau de sensibilisation du public) pour appuyer la mesure des progrès accomplis à l'égard des objectifs de santé publique. Les intervenants participant au processus étaient l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Réseau canadien de l'arthrite et la Société canadienne de rhumatologie.

L'Agence a également joué un rôle de direction dans la revitalisation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (<http://www.ctfphc.org>). Le Groupe d'étude a travaillé à l'amélioration de la qualité des soins de santé en publiant des données fondées sur la pratique clinique en matière d'intervention préventive, qui sont utilisées par les médecins relativement aux maladies chroniques (tel le diabète) et aux nouvelles épidémies (telle l'obésité). La création d'une nouvelle infrastructure pour le Groupe d'étude permettra de renforcer la capacité des professionnels de la santé et de la collectivité, et, finalement, de créer une politique publique qui favorise davantage la santé. On a examiné des modèles internationaux dans le but d'établir une structure durable. On a également établi un comité consultatif national interdisciplinaire, qui a été chargé de travailler en collaboration avec l'Agence et le Groupe d'étude afin de fournir des conseils stratégiques sur les questions de politiques et de pratique.

Stratégies axées sur des maladies chroniques particulières

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|--|--|--|--|
| Stratégies axées sur des maladies chroniques particulières | 10,7 | 16,0* | 15,4** |

* Les autorisations reflètent le financement demandé par le processus des mandats spéciaux du gouverneur général.

** L'écart entre le total des autorisations et les dépenses réelles découle de l'établissement d'un nouvel ordre de priorité des programmes, dans les limites globales des sommes autorisées et prévues.

Ce qui était prévu

L'Agence avait prévu de continuer de travailler en étroite collaboration avec ses partenaires sur les maladies cardiovasculaires pour mettre à profit l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire (ICSC), le Plan d'action cardiovasculaire et des initiatives ciblées sur l'hypertension.

De plus, l'Agence voulait continuer de mettre en œuvre la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) dans plusieurs secteurs stratégiques : recherche; soutien, soins psychosociaux et palliatifs; prévention primaire; normes; lignes directrices; planification des ressources humaines; surveillance.

L'Agence voulait également évaluer les résultats de sa contribution à l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS), dont le but est de réduire l'incidence du cancer du sein et la mortalité attribuable à cette maladie et d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées.

L'Agence avait prévu de s'attaquer à la maîtrise et à la prise en charge du diabète pour les populations à risque et les personnes qui vivent avec la maladie.

Ce qui a été accompli

Des partenaires clés, de l'intérieur et de l'extérieur du portefeuille de la Santé, se sont consacrés à la planification d'une nouvelle stratégie sur les maladies cardiovasculaires. Cette étape de transition initiale s'inscrit dans la foulée de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire (ICSC) et tire parti des leçons apprises de cette initiative. De plus, le Comité consultatif de surveillance des maladies cardiovasculaires a été établi et chargé de donner

des conseils éclairés continus, en faisant appel aux universités, à des associations de professionnels de la santé, à des organisations de consommateurs et des organisations bénévoles non gouvernementales (ONG), à Statistique Canada, à l'Institut canadien d'information sur la santé et aux gouvernements provinciaux et territoriaux.

L'hypertension est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Cet état est d'autant plus préoccupant qu'il est parfois asymptomatique, même dans des cas de tension artérielle très élevée, situation qui rend difficile le diagnostic précoce et le contrôle à long terme. En 2005-2006, l'Agence a créé le Système canadien de surveillance de l'hypertension, en collaboration avec Statistique Canada, le milieu universitaire, la Société canadienne d'hypertension artérielle et le Programme canadien d'éducation sur l'hypertension. Le système comprend une analyse des enquêtes nationales sur la santé menées en population conçues dans le but d'examiner la prévalence de l'hypertension et son traitement; de surveiller les pratiques de prescription des médecins liées aux médicaments antihypertenseurs et d'analyser les données sur la mortalité et l'hospitalisation pour des problèmes médicaux connexes, notamment les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque congestive.

La réduction des délais d'attente des patients est une priorité pour les Canadiens, particulièrement pour les personnes vivant avec un cancer. Afin de susciter de nouveaux projets de recherche et d'aider les décideurs et les responsables des politiques à prendre des mesures et à fixer des priorités, l'Agence a publié

les *Statistiques annuelles sur le cancer*, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada, Statistique Canada, les registres et chercheurs provinciaux et territoriaux sur le cancer et les chercheurs des universités et ceux qui travaillent pour des organismes (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cancer/pub_f.html). L'Agence a également augmenté ses connaissances sur la classification des stades du cancer par l'élaboration de matériels de formation et l'échange de pratiques exemplaires entre les registres provinciaux sur le cancer.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Congrès international de la lutte contre le cancer

Avec l'appui apporté par la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et l'Organisation mondiale de la santé, l'Agence a participé à l'organisation du premier Congrès international de la lutte contre le cancer, qui a réuni des experts de 65 pays. Les participants au congrès ont échangé des stratégies, des expériences, des tactiques et des pratiques exemplaires sur la mise en œuvre de la lutte contre le cancer en population. Ces échanges ont permis d'enrichir les connaissances scientifiques mondiales dans la lutte contre le cancer. De plus, le congrès a permis aux participants de déterminer quels programmes mis en œuvre à l'échelle de la population étaient efficaces, quels éléments clés avaient le plus de répercussions à ce niveau, quels partenariats de collaboration étaient nécessaires et la façon de bâtir une communauté internationale de pratique. (<http://www.meet-ics.com/cancercontrol>).

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes. Une femme sur neuf au Canada sera atteinte du cancer du sein au cours de sa vie, et une sur 27 en mourra. L'Initiative canadienne relative au cancer du sein (ICCS), lancée en 1993, appuie la recherche sur le cancer du sein, les soins et traitements, la formation des professionnels, des programmes de détection précoce et l'accès à de

l'information http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/cbci_main_f.html. Par l'intermédiaire de l'ICCS, l'Agence a fourni 4 millions de dollars et de l'expertise pour appuyer les projets de lutte contre le cancer de divers intervenants. En 2005-2006, l'Agence a fait la synthèse des sommaires d'évaluation de projets relatifs au cancer du sein (p. ex. le *Projet d'éducation et de dépistage du cancer* (Manitoba) et l'*Élaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique quinquennal de lutte contre le cancer du sein en Colombie-Britannique et au Yukon*) et a fait part des réalisations suivantes :

- Augmentation de la collaboration, du réseautage, de l'échange d'information et des partenariats. Cette situation a facilité le lancement de nouveaux projets et a réduit les chevauchements. Ce sont les points forts des projets, tant pour les personnes qui y ont participé directement que pour les collectivités auxquelles ils étaient destinés;
- Amélioration du leadership et de la participation des survivantes et sentiment plus fort de valorisation des participantes;
- Amélioration du soutien par les pairs et des réseaux de contacts communautaires dans l'ensemble du pays, dont des liens plus forts avec les femmes autochtones et les femmes vivant dans les régions rurale/éloignées;
- Production d'information et de matériel didactique; sites Web interactifs et réseaux de téléconférence;
- Amélioration du renforcement des capacités communautaires en vue d'assurer la coordination, l'élaboration et la prestation de programmes relatifs au cancer du sein.

Avec l'aide de l'ICCS, des données nouvelles et précieuses sur les besoins des femmes atteintes du cancer du sein et sur la façon de les appuyer sont intégrées aux projets, ce qui permet d'offrir des services et un appui aux collectivités qui ne pourraient autrement répondre aux besoins en matière de cancer du sein. Par l'intermédiaire de l'ICCS également, l'Agence a investi 3 millions de dollars pour appuyer l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein (ACRCS – <http://www.breast.cancer.ca>). À

titre de principal bailleur de fonds de la recherche sur le cancer du sein au Canada, l'ACRCS conclut des alliances avec des partenaires pour axer les ressources sur tous les aspects de la maladie, y compris la prévention, la détection précoce, les traitements, les essais importants en laboratoire, la qualité de vie et les services de santé.

Le diabète est un problème de santé complexe à l'échelle nationale et internationale, qui ne peut être traité efficacement par un seul organisme ou un seul secteur de la société. C'est pour cette raison que la Stratégie canadienne du diabète (SCD) a été lancée en 1999. Elle représente la toute première tentative du Canada de faire face au diabète d'une façon globale et dans un esprit de collaboration. La SCD cherche à augmenter la sensibilisation du public au sujet du diabète, à prévenir le diabète lorsque c'est possible et à aider les Canadiens à mieux prendre en charge la maladie et ses complications.

En 2005-2006, l'Agence a préparé et analysé un rapport d'évaluation détaillé s'étalant sur les cinq premières années de la SCD (de 1999 à 2004). Selon le rapport, les réseaux et les alliances se sont accrus, les provinces et territoires ont commencé à élaborer des stratégies sur les maladies chroniques et les organisations non gouvernementales sont devenues des participants actifs. La stratégie pourrait devenir encore plus efficace si les leçons apprises étaient diffusées et débouchaient sur des actions concrètes, de manière à réduire le temps nécessaire à la réalisation de progrès réels et observables.

Bien qu'il soit difficile d'établir à ce stade quelle sera l'ampleur des répercussions de la SCD sur les taux de morbidité et de diabète au Canada, les résultats de l'évaluation laissent entrevoir des répercussions réelles et à long terme sur les attitudes et les comportements et la reconnaissance de l'importance d'une saine alimentation et de l'activité physique. Cette situation pourrait à son tour contribuer à une réduction des facteurs de risque tels que l'obésité et les modes de vie sédentaires qui causent souvent le diabète et d'autres maladies chroniques. Les résultats de l'évaluation ont déjà servi à guider les décisions sur les affectations de fonds en vue d'améliorer la

SCD ainsi que les programmes et les projets de contribution en milieu communautaire de l'Agence. Ainsi, l'Agence a fait participer les intervenants à une nouvelle approche axée sur les populations le plus à risque d'être atteintes de diabète, particulièrement celles souffrant d'un excès de poids, d'obésité ou de prédiabète. Parmi les autres populations cibles figurent les personnes de plus de 40 ans; les personnes souffrant d'hypertension et ayant un taux élevé de cholestérol ou d'autres lipides sanguins; les personnes ayant des antécédents familiaux de diabète; les membres de populations ethniques à risque élevé pour le diabète.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Système national de surveillance du diabète (SNSD)

Géré par l'Agence, le Système national de surveillance du diabète (SNSD) recueille et diffuse des renseignements essentiels en facilitant et en coordonnant la surveillance du diabète dans chaque province et territoire et dans l'ensemble des collectivités autochtones au moyen de multiples bases de données. Le riche réservoir de données ainsi obtenu peut être utilisé non seulement à des fins de surveillance mais également pour examiner les nombreuses questions de politique et de recherche afin d'élaborer des stratégies efficaces et à long terme de prévention, de soins et de lutte contre le diabète. Plus important peut-être encore est le fait que le SNSC a joué un rôle de catalyseur dans la création de partenariats intéressants qui ont amené divers niveaux de compétence, au Canada et à l'étranger, à collaborer pour atteindre un but commun : alléger le fardeau associé au diabète. Par exemple, en 2005-2006, l'Agence a appuyé la mise en œuvre d'ententes conclues préalablement entre le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, le British Columbia Chiefs Health Committee et Santé Canada pour augmenter les échanges d'information sur la santé des Premières nations.

En 2005-2006, l'Agence a publié deux documents intitulés *Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Synthèse de la recherche et des collaborations (Volume 1)* (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/pdf/batirstrategienationalelediabete-f.pdf>) et *Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Un cadre stratégique (Volume 2)* (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/pdf/SND-cadre_strategique-f.pdf). Rédigés par le Comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète (constitué de l'Agence, de Santé Canada, du Conseil du diabète du Canada, des organisations nationales autochtones et des provinces et territoires), ces documents servent d'assise aux futures interventions pour lutter contre le diabète.

Autres activités rattachées à la promotion de la santé

Enfance et adolescence

Compte tenu du fait que certains enfants et certaines familles courent des risques plus élevés d'obtenir des mauvais résultats pour la santé, l'Agence a continué de mettre en œuvre trois programmes communautaires avec de multiples partenaires à tous les niveaux :

- Le Programme d'action communautaire pour les enfants (http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pace_accueil_f.html) fournit un financement aux groupes communautaires pour qu'ils offrent des programmes de promotion de la santé à l'intention des enfants à risque âgés de six ans et moins; selon les estimations, le programme offre des services à plus de 65 000 participants, dans plus de 3 000 collectivités des quatre coins du pays, chaque mois;
- Le Programme canadien de nutrition prénatale (http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pcnp_accueil_f.html) finance des organismes communautaires afin de venir en aide aux femmes enceintes à risque et de leur faciliter l'accès aux

services de santé. Il apporte son soutien à environ 50 000 femmes par année, dont 60 % de la population qui vit dans la pauvreté, 37 % des femmes autochtones enceintes et 40 % des nouvelles mères adolescentes (naissances vivantes) au Canada;

- Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/papa_accueil_f.html) finance des organismes autochtones locaux qui exécutent des programmes de promotion de la santé aux enfants hors-réserve âgés de 6 ans ou moins. Il permet d'aider 4 500 enfants autochtones, inuits et métis dans 130 collectivités canadiennes.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

Au cours du dernier exercice, le bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence a sensibilisé les gens de l'Ontario à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Avec les ministres de l'Éducation, des Services à l'enfance et à la jeunesse, des Services correctionnels et de la Justice de l'Ontario et le bureau du procureur général de l'Ontario, on a créé le Réseau d'action intergouvernementale en matière d'ETCAF de l'Ontario (FIANO).

En plus du FIANO, l'Agence a offert du financement pour appuyer « FASD Stakeholders for Ontario », un groupe réunissant des experts de l'ensemble de la province. Le groupe a collaboré pour s'attaquer à l'ETCAF et a créé cinq groupes de travail – Autochtones en milieu urbain, Prévention, Intervention et soutien, Diagnostic et incapacité, et Justice – qui se sont intéressés à différentes priorités.

Dans le cadre d'une prolongation de programme d'un an pour 2005-2006, les *Centres d'excellence pour le bien-être des enfants* de l'Agence ont continué de promouvoir le développement et l'échange des connaissances au moyen de multiples partenariats, dont l'objectif est le développement sain des enfants et des jeunes. Un exemple de ces activités est la publication reconnue à l'échelle internationale, *l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. De plus, le Centre d'excellence pour les enfants et les adolescents ayant des besoins spéciaux a créé un répertoire de services et d'information en ligne pour les parents d'enfants ayant des besoins spéciaux dans les provinces de l'Atlantique.

Partout au Canada, l'Agence offrait déjà *Y'a personne de parfait*, un programme sur le rôle parental, aux parents d'enfants âgés de cinq ans ou moins. En 2005-2006 elle a aidé à mettre ce programme sur pied au Japon, en République dominicaine et en Argentine.

Réseau canadien de la santé

Le Réseau canadien de la santé (RCS) (<http://www.reseau-canadien-sante.ca>) répond efficacement aux besoins croissants des Canadiens en matière d'information fiable sur la santé, disponible en ligne. Des sondages indiquent que 95 % des utilisateurs du RCS sont satisfaits ou très satisfaits de l'information qu'ils ont trouvée sur le site. De plus, 92 % des nouveaux utilisateurs retournent visiter le site.

Au cours de la dernière année, le nombre d'abonnés au bulletin bimensuel d'information sur la santé du RCS, *Bulletin Santé*, a triplé, dépassant 30 000. Le RCS a gagné de nombreux adeptes grâce à ce mode de diffusion de l'information. L'Agence a contribué de façon déterminante à l'atteinte de l'objectif du Réseau : offrir aux Canadiens de l'information sur la santé.

Le RCS rejoint avec succès un large éventail de Canadiens. Par exemple, 39 % des visites sont effectuées par des professionnels de la santé qui, à leur tour, font connaître le Réseau à un vaste public. Grâce à un partenariat avec 19 organismes sans but lucratif représentant des experts en santé de l'ensemble du pays, le RCS offre aux consommateurs

canadiens de l'information sur la santé digne de foi, satisfaisant à des critères d'assurance de la qualité, par le biais des réseaux de ces partenaires.

Violence familiale

L'Agence avait la responsabilité de diriger et de coordonner l'Initiative de lutte contre la violence familiale et de gérer le Centre national d'information sur la violence dans la famille au nom de 14 ministères, sociétés d'État et organismes fédéraux (<http://www.phac-aspc.gc.ca/nctv-cnivf/violencefamiliale/index.html>). L'Initiative vise à sensibiliser le public aux facteurs de risque de violence familiale et à la nécessité de la mobilisation du public, elle consolide les mesures prises par le système de justice pénale et les réseaux de santé et d'hébergement des victimes de violence familiale, et elle appuie les efforts de collecte de données, de recherche et d'évaluation.

Vieillesse et aînés

En 2005-2006, l'Agence a entrepris des travaux faisant le lien entre les aînés et les mesures et interventions d'urgence. Elle a également publié un document intitulé *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, qui appuie et promeut la réalisation de recherches, de politiques et de programmes visant la prévention des chutes et des blessures qui y sont associées.

Autres activités liées à la prévention et au contrôle des maladies chroniques

L'Agence a contribué de façon importante à la conception et à l'élaboration des principales enquêtes nationales sur la santé, notamment :

- *l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé*, qui fournira des données de référence essentielles à la surveillance de l'évolution des marqueurs de maladies chroniques et des principaux facteurs de risque liés à ces maladies;
- *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* est un important outil de surveillance de la santé aux niveaux national, provincial et régional. (http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5049&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2).

L'Agence a également travaillé en étroite collaboration avec Santé Canada et Statistique Canada à gérer la publication du cycle 2.2 (phase 1) de l'ESCC, qui présente les résultats de la première mesure de l'obésité fondée sur la taille et le poids effectuée à une telle échelle en 25 ans. Les résultats de l'enquête de 2004 indiquent que 23,1 % des Canadiens âgés de 18 ans ou plus, soit environ 5,5 millions d'adultes, étaient obèses. Ce taux est beaucoup plus élevé que les estimations établies à partir de données déclarées par les répondants en 2003, qui indiquaient un taux d'obésité de 15,2 %, et que le taux de 13,8 % signalé dans l'Enquête santé Canada de 1978-1979 (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/cchs_focus-volet_esc_f.html). Les résultats de l'ESCC continueront de guider le travail de l'Agence et d'autres organismes pour aider les Canadiens à demeurer en santé.

Outils et pratiques en santé publique

L'un des éléments les plus importants dans les efforts d'endigement des menaces pour la santé publique est la capacité de recueillir, d'analyser et de diffuser de l'information précise encadrée dans une vue d'ensemble. Le niveau de compétence des professionnels de la santé publique, leur nombre, leur répartition dans l'ensemble du Canada et leur capacité de se déplacer d'une province à l'autre sont

également des facteurs déterminants de la prise en charge des menaces pour la santé. Il est essentiel que les professionnels de la santé publique de première ligne soient dotés des outils et des compétences voulus pour contribuer à renforcer la capacité du Canada en santé publique.

Les répercussions éventuelles d'éclosions de maladies chez les Canadiens sont telles qu'il est nécessaire d'offrir des services de santé publique efficaces. L'amélioration de l'infrastructure existante de la santé publique au Canada est une entreprise nationale, qui fait appel à une multitude de partenaires travaillant en collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Afin que cette entreprise soit réussie, il faut établir une compréhension et une stratégie communes et une action concertée. Les enjeux entourant cette compréhension et cette stratégie sont abordés dans le rapport intitulé *Améliorer l'infrastructure du système de santé publique du Canada* (mars 2005), préparé par le Groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Des mécanismes efficaces sont essentiels à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale pour faciliter les discussions à ce sujet et permettre d'atteindre les objectifs du Canada en matière de santé publique.

Élaboration d'outils et d'applications en santé publique

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|--|--|--|--|
| Élaboration d'outils et d'applications en santé publique | 5,3 | 5,3 | 3,5* |

*Inforoute Santé du Canada Inc. procède actuellement au développement d'un système pancanadien de surveillance et de gestion de la santé publique en matière de maladies transmissibles, lequel doit graduellement prendre la relève du Système d'information en santé publique intégré (SISPI). Les travaux de développement du SISPI ont cessé, ce qui a entraîné une variation dans les dépenses.

Ce qui était prévu

L'Agence avait prévu de renforcer la capacité en santé publique en élaborant, en fournissant et en améliorant des outils et applications susceptibles

d'appuyer les professionnels de la santé publique de première ligne et d'améliorer à long terme leur capacité de prendre des décisions éclairées dans la prestation de services aux Canadiens. Une prestation

efficace, efficiente et viable de services de santé publique qui protègent les Canadiens contre les maladies serait alors facilitée, et la population aurait ainsi une meilleure compréhension de la santé et des mesures à prendre pour la conserver.

Plus particulièrement, l'Agence avait prévu d'améliorer davantage le Système d'information en santé publique intégré (SISPi), en collaboration avec les provinces et territoires, et de renforcer les capacités de gestion des éclosons et de quarantaine. Le SISPi est une suite logicielle unique en son genre offerte sur le Web, comprenant des modules personnalisés de gestion de l'information à l'intention des professionnels de la santé publique de première ligne. Il permet l'enregistrement, la conservation, la consultation et la gestion de l'information sur chaque patient, p. ex. les traitements et les résultats cliniques. En présence d'une écloson, cette capacité serait particulièrement importante, puisqu'elle faciliterait l'échange rapide de l'information, la coordination des interventions et l'action efficace.

De plus, l'Agence prévoyait faire la promotion du Générateur de cartes pour la santé publique (GCSP), un outil en ligne fourni dans le cadre de son programme de système d'information géographique (SIG). Le GCSP est capable de répondre au besoin actuel d'une solution rentable pour créer, de façon simple et rapide, des cartes géographiques qui facilitent l'analyse et la prise de décisions.

Ce qui a été accompli

Comme l'utilisation du SISPi s'est poursuivie dans plusieurs provinces et territoires canadiens, l'Agence en a fourni les services d'entretien et de soutien, tout en améliorant le système afin de garantir la préparation des provinces et territoires en cas de pandémie et facilitant la collecte de données nationales sur la santé publique. L'Agence a également poursuivi les consultations auprès des groupes consultatifs du programme du SISPi, d'abord pour répondre aux besoins des utilisateurs et ensuite pour faire en sorte que ces besoins soient pris en

compte dans le système électronique pour la santé publique d'Inforoute Santé du Canada.

Les utilisateurs actuels du SISPi s'attendent à ce que l'Agence continue d'entretenir et d'améliorer ce système, jusqu'à ce que le système électronique d'Inforoute Santé soit adopté et que les provinces et territoires soient en mesure d'offrir le soutien aux utilisateurs.

L'Agence a lancé le Générateur de cartes pour la santé publique (GCSP) lors de la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, en septembre 2005. Elle a également offert deux ateliers provinciaux sur l'utilisation du SIG dans la pratique de la santé publique, un au bureau régional de l'Ontario et du Nunavut et l'autre à Terre-Neuve-et-Labrador, auxquels ont participé des médecins-hygiénistes et d'autres professionnels de la santé. Le GCSP est utilisé à l'heure actuelle par 75 organismes de santé publique.

L'Agence a renforcé son partenariat avec GéoConnexions, un programme national de partenariat visant à améliorer et à étendre l'Infrastructure canadienne de données géospatiales (ICDG), en vue de renforcer les bases du SIG utilisé aux fins de la santé publique.

L'Agence a augmenté ses fonds de données du SIG en ce qui concerne la préparation à une pandémie de grippe, en y intégrant de l'information telle que l'emplacement des postes frontaliers et des centres de secours d'urgence. Ces ensembles de données permettront d'accroître la capacité des praticiens en santé publique de première ligne de repérer les centres de secours d'urgence en quelques minutes.

De plus, l'Agence a entrepris des travaux de recherche sur le SIG en Nouvelle-Écosse concernant la disponibilité des cliniques de dépistage du cancer du sein pour les femmes, et a soulevé la possibilité de redéfinir le programme de dépistage et d'ainsi permettre à une plus grande population d'y accéder.

Renforcement des ressources humaines en santé publique

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|--|--|--|--|
| Renforcement des ressources humaines en santé publique | 5,8 | 5,8 | 4,9* |

L'écart entre les dépenses réelles et le total des autorisations reflète le contrôle des dépenses instauré dans le cadre de la dissolution du Parlement et de l'élection générale qui a suivi. Pour observer les restrictions imposées, il a fallu des coupures aux travaux liés au programme, notamment le développement de modules de formation additionnels, par rapport à ce qui avait été prévu et autorisé.

Ce qui était prévu

En 2005-2006, l'Agence avait prévu de renforcer la capacité des ressources humaines en santé publique au Canada en offrant des programmes de formation en ligne et en parrainant des programmes de formation en épidémiologie, en surveillance de la santé et en gestion de l'information.

L'Agence prévoyait, plus particulièrement, continuer d'offrir son Programme canadien d'épidémiologie de terrain (PCET) et respecter sa promesse de doubler le nombre de stagiaires admis d'ici 2007-2008. Le PCET vise à augmenter le nombre de professionnels de la santé publique au Canada qui ont la formation voulue pour étudier les situations d'urgence sanitaire, les menaces pour la santé, la prise en charge des éclosons et d'autres problèmes de santé publique. À cette fin, il offre une formation spécialisée dans le domaine de l'épidémiologie appliquée qui n'est pas offerte par les universités ni les milieux de travail. Les épidémiologistes de terrain formés au cours des 30 années d'existence du programme ont fait enquête sur plus de 250 éclosons et autres problèmes de santé publique.

Le rapport intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada* (le rapport Naylor de 2003) et les rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux qui ont suivi, ont fait ressortir des lacunes importantes sur le plan des ressources humaines en santé au Canada et l'urgence de les combler. Pour ce faire, en 2005-2006, l'Agence comptait miser sur le succès de son programme d'amélioration des compétences et offrir

des modules de formation supplémentaires aux praticiens en santé publique.

Le programme d'amélioration des compétences complète le PCET en offrant une formation de grande qualité et facilement accessible aux intervenants en santé publique de l'ensemble du Canada. Il est le fruit d'un effort commun de l'Agence et de ses partenaires provinciaux et territoriaux, d'associations professionnelles et d'universités; pour les universités, les associations professionnelles et les autorités sanitaires, il offre un mécanisme de reconnaissance des connaissances acquises.

Ce qui a été accompli

En travaillant en collaboration avec des partenaires de tous les paliers de gouvernement, l'Agence a franchi une nouvelle étape dans le respect de son engagement de doubler le nombre de professionnels de la santé publique inscrits au PCET en 2007-2008. Une cohorte de cinq épidémiologistes de terrain sont inscrits à l'heure actuelle pour la période 2004-2006 (le PCET est d'une durée de deux ans). Ce nombre est passé à huit épidémiologistes de terrain et un médecin résident affilié en médecine communautaire pour la cohorte de 2005-2007, et augmentera à dix pour la cohorte de 2006-2008.

L'Agence a élargi son programme Amélioration des compétences en santé publique, qui renforce la pratique en santé publique par l'offre de cours de perfectionnement aux professionnels de la santé publique œuvrant partout au Canada. Le lancement du module « Épidémiologie des maladies chroniques » a eu lieu en septembre 2005, suivi par celui de « Gestion des éclosons et enquêtes sur les éclosons »

en janvier 2006. Environ 1 300 professionnels de la santé publique ont reçu en 2005-2006 une formation grâce aux divers modules du programme d'amélioration des compétences.

De plus, l'Agence a commencé à élaborer des plans visant à mettre en œuvre les stratégies abordées et définies par le Groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique (PHHR-TG) du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) et du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS), particulièrement celles définies dans le Cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique.

Autres activités liées aux outils et pratiques en santé publique

L'Agence a fait preuve de leadership en œuvrant à la création du programme sur le droit et l'éthique en santé publique. L'objectif du programme est d'élaborer des stratégies et des outils afin d'améliorer la cohérence et la cohésion de la structure législative

de la santé publique au Canada et de faciliter la prise de décisions éthiques dans le domaine de la santé publique. L'Agence, de concert avec des intervenants internationaux et nationaux, a entrepris des travaux préliminaires en vue d'organiser la tenue de la toute première Conférence canadienne sur la santé publique et le droit en novembre 2006.

L'Agence a aussi maintenu son engagement de respecter le *Règlement sanitaire international* de l'Organisation mondiale de la santé en continuant d'élaborer des politiques complémentaires, cohérentes et uniformes appuyées par des lois pancanadiennes.

L'Agence a également continué de travailler à l'élaboration d'outils et de stratégies utiles et de coordonner les approches dans le domaine de la surveillance et de l'information, notamment en établissant le Groupe d'experts sur la surveillance et l'information, qui fait profiter ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux de son expérience et de son expertise.

Autres programmes et services

| | Prévues (en millions de dollars) | Autorisations (en millions de dollars) | Réelles (en millions de dollars) |
|-------------------------------|--|--|--|
| Autres programmes et services | 330,7* | 318,5** | 308,7*** |

*Les dépenses prévues comprennent les dépenses de programme prévues annoncées dans le budget 2005.

**Au départ, le total des autorisations ne comprenait pas les dépenses prévues annoncées dans le budget 2005. Pour diverses raisons, dont les restrictions de dépenses imposées pendant la campagne électorale, l'Agence a demandé moins de fonds que le montant prévu lié aux programmes et services énumérés plus bas.

***L'écart entre les dépenses réelles et le total des autorisations reflète le changement des plans liés à l'acquisition d'installations pour la production de vaccin prototype, des économies liées à l'approvisionnement et le contrôle des dépenses instauré dans le cadre de la dissolution du Parlement et de l'élection générale qui a suivi.

D'autres programmes et services de l'Agence sont indiqués ci-après. On y trouve également des liens vers des sites Web qui donnent de plus amples renseignements.

■ Sécurité des laboratoires

http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/index_f.html

■ Enfance et adolescence

http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/main_f.html

■ Vieillesse et aînés

http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_f.htm

■ Réseau canadien de la santé

<http://www.reseau-canadien-sante.ca>

■ Surveillance de la santé et épidémiologie

http://www.phac-aspc.gc.ca/hsed-dsse/index_f.html

■ Surveillance des maladies chroniques

http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/surveil_f.html

■ Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI)

http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cindi/index_f.html

■ Centre de collaboration sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles (MNT) de l'Organisation mondiale de la santé

http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/international_f.html

■ Hépatite C

http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/index.html

■ Hémovigilance

http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/index_f.html

■ Immunisation et infections respiratoires

http://www.phac-aspc.gc.ca/dird-dimr/index_f.html

Information
additionnelle

A large graphic element with a blue gradient background. It features a white curved line near the bottom and faint, stylized icons of people in the background. The text "Section III" is prominently displayed in the upper right area of the graphic.

Section III

Tableau 1: Comparaison des dépenses prévues et des dépenses réelles (y compris les ETP)

Le tableau 1 établit une comparaison entre le Budget principal des dépenses, les dépenses prévues, le total des autorisations et les dépenses réelles pour l'année financière 2005-2006, de même que des dépenses réelles de l'Agence de santé publique du Canada et de son prédécesseur pour 2004-2005. Avant la création de l'Agence le 24 septembre 2004, le secteur d'activités concerné englobait la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) ainsi que des parties d'autres directions générales de Santé Canada.

(en millions de dollars)

| | Dépenses réelles pour 2004-2005 | 2005-2006 | | | Total des dépenses réelles |
|--|---------------------------------|------------------|------------------|-------------------------|----------------------------|
| | | Budget principal | Dépenses prévues | Total des autorisations | |
| Santé de la population et santé publique | 586,7 | 423,1 | 480,7* | 497,0** | 477,2*** |
| Total | 586,7 | 423,1 | 480,7 | 497,0 | 477,2 |
| Moins : revenus non disponibles | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| Plus : coût des services reçus à titre gracieux | 11,4 | 0,0 | 16,8 | 16,8 | 17,6 |
| Total des dépenses du ministère | 598,1 | 423,1 | 497,5 | 513,8 | 494,6 |
| Équivalents temps plein (ETP) | 1 666 | 1 836 | 1 836 | n.d. | 1 801 |
| <p>* Dans le Rapport sur les plans et les priorités de l'Agence pour 2005-2006, les dépenses prévues indiquées étaient de 432,4 millions de dollars, accompagnées d'une note explicative à l'effet que des engagements budgétaires supplémentaires avaient été pris et seraient ajoutés à ce montant. La somme de 480,7 millions de dollars comprend les engagements supplémentaires.</p> <p>** Au début de l'exercice, l'Agence était autorisée à dépenser 432,4 millions de dollars. Elle a obtenu des autorisations supplémentaires, par la voie des mandats spéciaux du gouverneur général, lui allouant des ressources dépassant les sommes prévues relativement à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe éventuelle.</p> <p>*** L'écart entre les dépenses réelles et le total des autorisations reflète le changement des plans liés à l'acquisition d'installations pour la production de vaccin prototype, des économies liées à l'approvisionnement, les projets en attente d'approbation et le contrôle des dépenses instauré dans le cadre de la dissolution du Parlement et de l'élection générale qui a suivi.</p> | | | | | |

La baisse de 163,6 millions de dollars observée entre les dépenses réelles pour 2004-2005 et le Budget principal des dépenses pour 2005-2006 est en majeure partie attribuable aux postes payés en 2004-2005, mais qui n'étaient pas requis pour 2005-2006, soit :

- une subvention conditionnelle de 100 millions de dollars octroyée à Inforoute Santé du Canada inc., à titre d'allocation unique pour la conception et la mise en œuvre du Système de surveillance de la santé pancanadien (voir le tableau 7);

- paiement de transfert de 50,1 millions de dollars aux provinces et aux territoires pour augmenter l'accès aux services de soins de santé et de traitement pour les personnes ayant contracté l'hépatite C par le biais du système d'approvisionnement en sang.

L'augmentation de 57,6 millions de dollars observée entre le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues est en majeure partie attribuable aux ressources additionnelles annoncées dans le budget 2005 pour financer différentes initiatives, telles que le renforcement de l'état de préparation en cas de pandémie de grippe, la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques et le Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C.

L'augmentation de 16,3 millions de dollars entre les dépenses prévues et le total des autorisations reflète les sommes additionnelles reçues pour les initiatives touchant la grippe aviaire et la pandémie de grippe.

L'écart de 19,8 millions de dollars ou de 4 % entre le total des autorisations et les dépenses réelles est justifié par :

- ne somme non utilisée de 16,4 millions de dollars dans les dépenses de fonctionnement, en raison du fait que les sommes nécessaires à la préparation en cas de pandémie de grippe et à la stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques ont été moindres que prévues. Des délais liés aux élections et au changement subséquent de gouvernement entrent également en ligne de compte;
- une somme non utilisée de 3,4 millions de dollars découlant de rajustements de fin d'exercice et de dépenses moindres que prévues dans divers programmes de paiements de transfert.

Tableau 2 : Ressources par activité de programme

Le tableau 2 reflète l'utilisation des ressources par l'Agence de santé publique du Canada.

(en millions de dollars)

| Activité de programme | Budget 2005-2006 | | | | |
|---|------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| | Fonctionnement | Subventions et contributions | Total : dépenses budgétaires brutes | Moins : revenus disponibles | Total : dépenses budgétaires nettes |
| Santé de la population et santé publique | | | | | |
| Budget principal | 259,2 | 164,0 | 423,2 | (0,1) | 423,1 |
| Dépenses prévues | 290,0 | 190,8 | 480,8 | (0,1) | 480,7 |
| Total des autorisations | 317,0 | 180,1 | 497,1 | (0,1) | 497,0 |
| Dépenses réelles | 300,7 | 176,6 | 477,3 | (0,1) | 477,2 |

Tableau 3 : Postes votés et législatifs

Le tableau ci-après explique comment le Parlement vote les ressources affectées à l'Agence de santé publique du Canada et reproduit globalement le tableau sommaire figurant à la partie II du Budget principal des dépenses. C'est sous ce format que les ressources sont présentées au Parlement, qui approuve ensuite le financement voté. Les renseignements sur les postes législatifs sont fournis à titre informatif.

(en millions de dollars)

| Poste voté ou législatif | Libellé tronqué du poste voté ou législatif | 2005-2006 | | | |
|--------------------------|--|------------------|------------------|-------------------------|----------------------------|
| | | Budget principal | Dépenses prévues | Total des autorisations | Total des dépenses réelles |
| 30 | Dépenses de fonctionnement | 234,7 | 263,4 | 293,8 | 277,6 |
| 35 | Subventions et contributions | 164,0 | 190,8 | 180,1 | 176,6 |
| (L) | Contributions aux avantages sociaux des employé(e)s | 24,4 | 26,5 | 23,1 | 23,0 |
| (L) | Dépenses du produit de l'aliénation de biens excédentaires de la Couronne (la somme réelle est de 12 367 \$) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | | 423,1 | 480,7 | 497,0 | 477,2 |

Veuillez consulter le tableau 1 pour des explications sur les écarts importants.

Tableau 4 : Services reçus à titre gracieux

(en millions de dollars)

| | 2005-2006 |
|--|-------------|
| Locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada | 7,0 |
| Contributions de l'employeur aux primes du régime d'assurance des employés et dépenses payées par le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) (sauf les fonds renouvelables). Contributions de l'employeur aux régimes d'avantages sociaux des employés et dépenses connexes payées par le SCT | 10,6 |
| Traitements et dépenses connexes liés aux services juridiques fournis par Justice Canada* | 0,0* |
| Total des services reçus à titre gracieux pour 2005-2006 | 17,6 |
| *Santé Canada a inscrit la somme de 3,5 millions de dollars à ce poste, dont 0,1 million est attribuable à l'Agence. Pour sa part, l'Agence indique une somme nulle afin d'éviter la double comptabilisation. | |

Tableau 5 : Sources de revenus disponibles et non disponibles

Revenus disponibles

(en millions de dollars)

| | Dépenses réelles 2004-2005 | 2005-2006 | | | |
|---|-------------------------------|------------------|--------------|-------------------------|------------------|
| | | Budget principal | Revenu prévu | Total des autorisations | Dépenses réelles |
| Santé de la population et santé publique | | | | | |
| Vente de trousse de premiers soins pour les catastrophes et les situations d'urgence aux ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, aux aéroports et à d'autres organisations sous réglementation fédérale | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Dépenses du produit de l'aliénation de biens excédentaires de la Couronne | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Total des revenus disponibles | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |

Revenus non disponibles

(en millions de dollars)

| | Dépenses réelles 2004-2005 | 2005-2006 | | | |
|--|-------------------------------|------------------|--------------|-------------------------|------------------|
| | | Budget principal | Revenu prévu | Total des autorisations | Dépenses réelles |
| Santé de la population et santé publique | | | | | |
| Vente de trousse de premiers soins/ excédents des recettes tirées d'une activité de crédit net; redevances | | | | | 0,1 |
| Intérêts sur les comptes débiteurs (11 890 \$) | | | | | 0,0 |
| Articles divers – remises sur les cartes de crédit | | | | | 0,1 |
| Total des revenus non disponibles | | | | | 0,2 |

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT)

Ce tableau présente un résumé explicatif des programmes de paiements de transfert de plus de 5 millions de dollars de l'Agence de santé publique du Canada. Tous les paiements de transfert énumérés ci-après correspondent à des programmes votés.

1. Contributions à des personnes et à des organismes pour financer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement ainsi que de la recherche
2. Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)
3. Contributions à l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida
4. Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques et Développement de la petite enfance
5. Subvention à la Fondation Terry Fox pour la recherche sur le cancer

Des renseignements supplémentaires concernant les programmes de paiements de transfert sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimef.asp>.

Tableau 7 : Fondations (subventions conditionnelles)

L'Agence a octroyé une subvention unique conditionnelle à l'organisation suivante :

- Inforoute Santé du Canada inc.

Pour de plus amples renseignements sur cette subvention conditionnelle, consultez le site <http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimef.asp>.

Tableau 8 : Initiatives horizontales

L'Agence de santé publique du Canada est le maître d'œuvre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada au sein du gouvernement fédéral.

Des renseignements supplémentaires sur cette initiative horizontale est disponible en ligne au site <http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimef.asp>.

Tableau 9 : États financiers

Déclaration de responsabilité de la direction

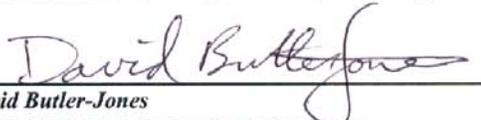
AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

La responsabilité de l'intégrité et de l'objectivité des états financiers ci-joints pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 et toute l'information figurant dans ces états incombe à la direction de l'agence. Ces états financiers ont été préparés par la direction conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public.

La direction est responsable de l'intégrité et de l'objectivité de l'information présentée dans les états financiers. Certaines informations présentées dans les états financiers sont fondées sur les meilleures estimations et le jugement de la direction et tiennent compte de l'importance relative. Pour s'acquitter de ses obligations au chapitre de la comptabilité et de la présentation des rapports, la direction tient des comptes qui permettent l'enregistrement centralisé des opérations financières de l'agence. L'information financière soumise pour la préparation des Comptes publics du Canada et incluse dans le Rapport ministériel sur le rendement de l'agence concorde avec les états financiers ci-joints.

La direction possède un système de gestion financière et de contrôle interne conçu pour fournir une assurance raisonnable que l'information financière est fiable, que les actifs sont protégés et que les opérations sont conformes à la *Loi sur la gestion des finances publiques*, qu'elles sont exécutées en conformité avec les règlements, qu'elles respectent les autorisations du Parlement et qu'elles sont comptabilisées de manière à rendre compte de l'utilisation des fonds du gouvernement. La direction veille également à l'objectivité et à l'intégrité des données de ses états financiers par la sélection appropriée, la formation et le perfectionnement d'employés qualifiés, par une organisation assurant une séparation appropriée des responsabilités et par des programmes de communication visant à assurer la compréhension des règlements, des politiques, des normes et des responsabilités de gestion dans toute l'agence.

Les états financiers de l'agence n'ont pas fait l'objet d'une vérification.



David Butler-Jones

Administrateur en chef de la santé publique
Ottawa, Canada



Luc Ladouceur

Directeur général et Agent financier supérieur
Direction Générale; Finance, planification et
administration
Ottawa, Canada

Date

AUG 22 2006

Date

État des résultats (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Exercice terminé le 31 mars 2006 2005
(en dollars) (Note 9)

Charges

| | | |
|---|--------------------|--------------------|
| Paielements de transfert | 175 244 575 | 320 344 911 |
| Salaires et avantages sociaux | 170 341 797 | 144 229 239 |
| Services professionnels et spéciaux | 55 138 587 | 49 271 661 |
| Services publics, fournitures et approvisionnements | 41 351 299 | 56 019 819 |
| Voyage et réinstallation | 15 793 168 | 9 486 474 |
| Installations | 11 961 621 | 4 559 902 |
| Amortissement | 6 263 550 | 5 688 781 |
| Achat de services de réparation et d'entretien | 6 019 930 | 2 785 335 |
| Communications | 4 748 297 | 2 863 709 |
| Information | 4 599 372 | 4 421 571 |
| Location | 1 307 661 | 1 499 851 |
| Autres | 1 180 989 | (12 663 876) |
| | <u>493 950 846</u> | <u>588 507 377</u> |

Revenus

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Engagements de conformité volontaire | <u>268 114</u> | <u>539 642</u> |
| | | |
| Coût de fonctionnement net | <u>493 682 732</u> | <u>587 967 735</u> |

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État de la situation financière (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

au 31 mars 2006 2005
(en dollars) (Note 9)

Actifs

| | | |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Actifs financiers | | |
| Débiteurs et avances (Note 4) | 5 884 928 | 832 561 |
| Total actifs financiers | 5 884 928 | 832 561 |
| Actifs non financiers | | |
| Immobilisations corporelles (Note 5) | 65 742 171 | 65 330 942 |
| Total actifs non financiers | 65 742 171 | 65 330 942 |
| TOTAL | 71 627 099 | 66 163 503 |

Passifs et avoir du Canada

| | | |
|--|---------------------|---------------------|
| Passifs | | |
| Créditeurs et charges à payer | 79 975 372 | 48 041 000 |
| Indemnités de vacance et congés compensatoires | 7 387 369 | 6 624 350 |
| Indemnités de départ (Note 6) | 24 109 715 | 19 735 445 |
| Autres passifs | 2 402 497 | 2 005 472 |
| | 113 874 953 | 76 406 267 |
| Avoir du Canada | (42 247 854) | (10 242 764) |
| TOTAL | 71 627 099 | 66 163 503 |

Obligations contractuelles (Note 7)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État de l'avoir du Canada (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

| Exercice terminé le 31 mars (en dollars) | 2006 | 2005 (Note 9) |
|--|---------------------|---------------------|
| Avoir du Canada, début de l'exercice | (10 242 764) | (329 312 292) |
| Coût de fonctionnement net | (493 682 732) | (587 967 735) |
| Crédits de l'exercice en cours utilisés (Note 3) | 477 166 397 | 586 658 946 |
| Revenus non disponibles pour dépenser (Note 3) | (193 247) | (64 805) |
| Variation de la situation nette du Trésor (Note 3) | (32 895 508) | 309 043 122 |
| Services fournis gratuitement par d'autres ministères (Note 8) | 17 600 000 | 11 400 000 |
| Avoir du Canada, fin de l'exercice | (42 247 854) | (10 242 764) |

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État des flux de trésorerie (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Exercice terminé le 31 mars 2006 2005
(en dollars) (Note 9)

Activités de fonctionnement

| | | |
|--|--------------------|--------------------|
| Coût de fonctionnement net | 493 682 732 | 587 967 735 |
| Éléments n'affectant pas l'encaisse : | | |
| Amortissement des immobilisations corporelles (Note 5) | (6 263 550) | (5 688 781) |
| Services fournis gratuitement par d'autres ministères (Note 8) | (17 600 000) | (11 400 000) |
| Variations de l'état de la situation financière : | | |
| Variation des comptes recevables et avances | 5 052 368 | (1 123 017) |
| Variation des comptes payables | (31 934 372) | 322 157 095 |
| Variation des indemnités de vacance et congés compensatoires | (763 019) | (522 099) |
| Variation des indemnités de congés compensatoires | (4 374 271) | (1 968 847) |
| Variation des autres créditeurs | (397 025) | 955 750 |
| | 437 402 864 | 890 377 836 |

Activités d'investissement en immobilisations

| | | |
|--|------------------|------------------|
| Acquisition d'immobilisations corporelles (Note 5) | 6 674 778 | 5 259 427 |
|--|------------------|------------------|

Activités de financement

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| Encaisse nette fournie par le gouvernement du Canada | (444 077 642) | (895 637 263) |
|--|----------------------|----------------------|

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiés)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

1. Mandat et objectifs

En tant que nouvelle agence, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a été créée le 24 septembre 2004, en vertu d'un décret promulgué en réponse aux préoccupations croissantes relativement à la capacité du système de santé publique du Canada de planifier et de réagir efficacement aux menaces à la santé publique. La création de l'agence est le résultat d'une vaste consultation avec les provinces, les territoires, des intervenants et l'ensemble des Canadiens. Elle fait également suite à des recommandations formulées par d'imminents experts en santé publique - notamment celles contenues dans le rapport du Dr David Naylor intitulé *Leçons de la crise du SRAS: Renouveau de la santé publique au Canada* et dans d'autres rapports canadiens ou internationaux. Ces recommandations préconisent une prépondérance du gouvernement fédéral dans les questions de santé publique, ainsi qu'une meilleure collaboration dans et entre les différentes juridictions. Le projet de loi C-5, Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada, doterait la nouvelle agence d'assises légales. Il a été présenté à la Chambre de communes le 24 avril 2006 et y a franchi toutes les étapes. Le Sénat l'a étudié en première lecture le 20 juin 2006, quelques jours avant d'ajourner ses travaux. Le Sénat est censé poursuivre l'examen du projet de loi à la rentrée cet automne.

L'agence collabore avec ses partenaires, oriente les interventions fédérales et mobilise les efforts à la grandeur du pays pour prévenir les maladies et les blessures, ainsi que protéger et promouvoir la santé publique au Canada et dans le monde. À cette fin, elle :

- ✓ Prévoit les menaces pour la santé publique, s'y prépare, intervient et rétablit une situation normale;
- ✓ Surveille, observe et étudie les maladies, les blessures et les risques sanitaires évitables pour la santé et leurs déterminants, ainsi que l'état global de la santé publique au Canada et à l'étranger, et réalise des enquêtes et produit des rapports sur ces questions;
- ✓ Utilise les meilleures données et ressources existantes pour conseiller et appuyer les intervenants en santé publique œuvrant à l'amélioration de la santé de leur collectivité, au Canada et dans le monde;
- ✓ Guide, conseille et informe la population et les intervenants canadiens en matière de santé publique; et
- ✓ Crée et maintient un réseau de santé publique avec des partenaires.

2. Sommaire des principales conventions comptables

Les états financiers ont été préparés conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public.

Les principales conventions comptables sont les suivantes :

(a) Crédits parlementaires

L'agence est financée par le gouvernement du Canada au moyen de crédits parlementaires. Les crédits consentis à l'agence ne correspondent pas à la présentation des rapports financiers en conformité avec les principes comptables généralement reconnus étant donné que les crédits sont fondés, dans une large mesure, sur les besoins de trésorerie. Par conséquent, les postes comptabilisés dans l'état des résultats et dans l'état de la situation financière ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui sont prévus par les crédits parlementaires. La note 3 présente un rapprochement général entre les deux méthodes de rapports financiers.

2. Sommaire des principales conventions comptables (suite)

(b) Encaisse nette fournie par le gouvernement

L'agence fonctionne au moyen du Trésor, qui est administré par le receveur général du Canada. La totalité de l'encaisse reçue par l'agence est déposée au Trésor, et tous les décaissements faits par l'agence sont prélevés sur le Trésor. L'encaisse nette fournie par le gouvernement est la différence entre toutes les rentrées de fonds et toutes les sorties de fonds, y compris les opérations entre les ministères au sein du gouvernement fédéral.

(c) Variation de la situation nette du Trésor

La variation de la situation nette du Trésor correspond à la différence entre l'encaisse nette fournie par le gouvernement et les crédits utilisés au cours d'un exercice, à l'exclusion du montant des revenus non disponibles comptabilisés par l'agence. Il découle d'écarts temporaires entre le moment où une opération touche un crédit et le moment où elle est traitée par le Trésor.

(d) Revenus

Les revenus sont comptabilisés dans l'exercice où les opérations ou les faits sous-jacents surviennent.

(e) Charges

Les charges sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice :

- ✓ Les subventions sont comptabilisées dans l'exercice au cours duquel les critères de paiement sont satisfaits. En ce qui concerne les subventions ne faisant pas partie d'un programme existant, la charge est constatée lorsque le gouvernement annonce la décision de verser un transfert ponctuel, dans la mesure où le Parlement a approuvé la loi habilitante ou l'autorisation des paiements avant que les états financiers ne soient achevés.
- ✓ Les contributions sont comptabilisées dans l'exercice au cours duquel le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité ou a rempli les conditions de l'accord de transfert.
- ✓ Les indemnités de vacances et de congés compensatoires sont passées en charges au fur et à mesure que les employés en acquièrent le droit en vertu de leurs conditions d'emploi respectives.
- ✓ Les services fournis gratuitement par d'autres ministères pour les locaux, les cotisations de l'employeur aux régimes de soins de santé et de soins dentaires et les services juridiques sont comptabilisés à titre de charges de fonctionnement à leur coût estimatif.

(f) Avantages sociaux futurs

- i) Prestations de retraite : Les employés admissibles participent au Régime de retraite de la fonction publique, un régime multi employeurs administré par le gouvernement du Canada. Les cotisations de l'agence au régime sont passées en charges dans l'exercice au cours duquel elles sont engagées et elles représentent l'obligation totale de l'agence découlant du régime. En vertu des dispositions législatives en vigueur, l'agence n'est pas tenu de verser des cotisations au titre de l'insuffisance actuarielle du régime.
- ii) Indemnités de départ : Les employés ont droit à des indemnités de départ, prévues dans leurs conventions collectives ou les conditions d'emploi. Le coût de ces indemnités s'accumule à mesure que les employés effectuent les services nécessaires pour les gagner. Le coût des avantages sociaux gagnés par les employés est calculé à l'aide de l'information provenant des résultats du passif déterminé sur une base actuarielle pour les prestations de départ pour l'ensemble du gouvernement.

(g) Débiteurs

Les débiteurs sont comptabilisés en fonction des montants que l'on prévoit réaliser. Ils comprennent principalement des montants à être recouverts d'autres ministères gouvernementaux dont le recouvrement est considéré certain. Par conséquent, aucune provision n'a été établie en contrepartie de ces sommes.

2. Sommaire des principales conventions comptables (suite)

h) Passif éventuel

Le passif éventuel représente des obligations possibles qui peuvent devenir des obligations réelles selon que certains événements futurs se produisent ou non. Dans la mesure où l'événement futur risque de se produire ou non et si l'on peut établir une estimation raisonnable de la perte, on comptabilise un passif estimatif et une charge. Si la probabilité ne peut être déterminée ou s'il est impossible de faire une estimation raisonnable du montant, l'éventualité est présentée dans les notes complémentaires aux états financiers.

(i) Immobilisations corporelles

Toutes les immobilisations corporelles dont le coût initial est d'au moins 10 000 \$ sont comptabilisées à leur coût d'achat. L'agence n'inscrit pas à l'actif les biens incorporels, les œuvres d'art et les trésors historiques ayant une valeur culturelle, esthétique ou historique, les biens situés dans les réserves indiennes et les collections dans les musées.

Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode linéaire sur la durée de vie utile estimative de l'immobilisation, comme suit :

| Catégorie d'immobilisations | Période d'amortissement |
|------------------------------------|--------------------------------|
| Bâtiments | 25 ans |
| Travaux et infrastructure | 25 ans |
| Matériel et outillage | 8-12 ans |
| Matériel informatique | 3-5 ans |
| Logiciels informatiques | 3 ans |
| Autre matériel | 10-12 ans |
| Véhicules automobiles | 4-7 ans |
| Autres véhicules | 10 ans |

(j) Incertitude relative à la mesure

La préparation de ces états financiers conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor du Canada, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public, exige de la direction qu'elle fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs, des passifs, des revenus et des charges présentés dans les états financiers. Au moment de la préparation des présents états financiers, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Les principaux éléments pour lesquels des estimations sont faites sont le passif pour les indemnités de départ et la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations de manière significative. Les estimations de la direction sont examinées périodiquement et, à mesure que les rajustements deviennent nécessaires, ils sont constatés dans les états financiers de l'exercice où ils sont connus.

3. Crédits parlementaires

L'agence reçoit la plus grande partie de son financement au moyen de crédits parlementaires annuels. Les éléments comptabilisés dans l'état des résultats et l'état de la situation financière d'un exercice peuvent être financés au moyen de crédits parlementaires qui ont été autorisés dans des exercices précédents, pendant l'exercice en cours ou qui le seront dans des exercices futurs. En conséquence, le coût de fonctionnement net de l'agence diffère selon qu'il est présenté selon le financement octroyé par le gouvernement ou selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Les différences sont rapprochées dans les tableaux suivants :

(a) Rapprochement du coût de fonctionnement net et des crédits parlementaires de l'exercice en cours :

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|---|--------------------|--------------------|
| Coût de fonctionnement net | 493 682 732 | 587 967 735 |
| <i>Rajustements pour les postes ayant une incidence sur le coût de fonctionnement net, mais qui n'ont pas d'incidence sur les crédits :</i> | | |
| <i>Ajouter (déduire) :</i> | | |
| Services fournis gratuitement | (17 600 000) | (11 400 000) |
| Amortissement des immobilisations corporelles | (6 263 550) | (5 688 781) |
| Indemnités de congés compensatoires | (4 374 270) | (1 968 847) |
| Remboursement/contrepassation de charges de fin d'exercices précédents | 6 413 953 | 12 985 429 |
| Services légaux de Justice Canada | (808 786) | (447 796) |
| Indemnités de vacance et congés compensatoires | (763 019) | (522 099) |
| Revenus non disponibles pour dépenser | 193 247 | 64 805 |
| Produit de l'aliénation des biens excédentaires de l'État | 12 367 | 907 |
| Autres charges non imputées aux crédits parlementaires | (475) | 408 166 |
| | (23 190 533) | (6 568 216) |
| <i>Rajustements pour les postes sans incidence sur le coût de fonctionnement net, mais ayant une incidence sur les crédits :</i> | | |
| <i>Ajouter (déduire) :</i> | | |
| Avances contrepassées à la dépense | (580) | 0 |
| Acquisition d'immobilisations corporelles | 6 674 778 | 5 259 427 |
| | 6 674 198 | 5 259 427 |
| Crédits de l'exercice en cours utilisés | 477 166 397 | 586 658 946 |

3. Crédits parlementaires (suite)

(b) Crédits fournis et utilisés :

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|--|--------------------|--------------|
| Dépenses de fonctionnement - Crédit 30 (2005 - Crédit 1) | 234 719 000 | 262 170 365 |
| Mandats spéciaux du gouverneur général | 59 164 660 | 0 |
| Subventions et contributions - Crédit 35 (2005 - Crédit 5) | 164 009 000 | 223 173 676 |
| Mandats spéciaux du gouverneur général | 645 000 | 0 |
| Virement du Conseil du Trésor - Crédit 5 | 15 415 000 | 0 |
| Total des crédits parlementaires | 473 952 660 | 485 344 041 |
| Crédits annulés | (19 842 270) | (18 556 844) |
| Total des crédits parlementaires utilisés | 454 110 390 | 466 787 197 |
| Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés | 23 043 639 | 19 861 740 |
| Dépense des produits de l'aliénation des biens excédentaires de l'État | 12 367 | 8 689 |
| Inforoute Santé du Canada Inc. | 0 | 100 000 000 |
| Frais d'agences de recouvrement | 0 | 1 320 |
| Crédits de l'exercice en cours utilisés | 477 166 397 | 586 658 946 |

(c) Rapprochement de l'encaisse nette fournie par le gouvernement et des crédits de l'exercice en cours utilisés

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|--|--------------------|---------------|
| Encaisse nette fournie par le gouvernement | 444 077 642 | 895 637 263 |
| Revenu non disponible pour dépenser | 193 247 | 64 805 |
| Remboursement/contrepassation de charges de fin d'exercices précédents | 6 413 953 | 12 985 429 |
| Contre-passation des dépenses liées à Justice Canada | (808 786) | (447 796) |
| Variation des débiteurs et des avances | (5 052 947) | 1 123 018 |
| Variation des créditeurs | 31 934 371 | (322 157 095) |
| Produit de l'aliénation des biens excédentaires de l'État | 12 367 | 907 |
| Autres ajustements | 396 550 | (547 585) |
| Variation de la situation nette du Trésor | 32 895 508 | (309 043 122) |
| Crédits de l'exercice en cours utilisés | 477 166 397 | 586 658 946 |

4. Débiteurs et avances

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|--|------------------|---------|
| Débiteurs des autres ministères et organismes fédéraux | 4 724 495 | 29 479 |
| Débiteurs de l'extérieur | 1 142 623 | 789 554 |
| Avances aux employés | 17 810 | 13 528 |
| | 5 884 928 | 832 561 |

5. Immobilisations corporelles

| Coût | Solde d'ouverture | Acquisitions | Aliénations et radiations | Solde de clôture |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------|
| (en dollars) | | | | |
| Terrains | 604 137 | 0 | 0 | 604 137 |
| Bâtiments | 71 670 200 | 11 039 | 0 | 71 681 239 |
| Travaux et infrastructure | 508 611 | 55 814 | 0 | 564 425 |
| Matériel et outillage | 30 238 622 | 5 487 041 | 0 | 35 725 663 |
| Matériel informatique | 2 677 102 | 280 351 | 0 | 2 957 453 |
| Logiciels informatiques | 781 392 | 114 715 | 0 | 896 107 |
| Autre matériel | 1 116 521 | 632 858 | 0 | 1 749 379 |
| Véhicules automobiles | 36 230 | 92 960 | 0 | 129 190 |
| Autres véhicules | 84 253 | 0 | 0 | 84 253 |
| | 107 717 068 | 6 674 778 | 0 | 114 391 846 |
| Amortissement cumulé | | | | |
| (en dollars) | | | | |
| Bâtiments | 22 929 018 | 2 866 029 | 0 | 25 795 047 |
| Travaux et infrastructure | 3 390 | 21 089 | 0 | 24 479 |
| Matériel et outillage | 17 722 922 | 2 589 174 | 0 | 20 312 096 |
| Matériel informatique | 1 060 890 | 463 722 | 0 | 1 524 612 |
| Logiciels informatiques | 390 456 | 180 624 | 0 | 571 080 |
| Autre matériel | 168 349 | 127 900 | 0 | 296 249 |
| Véhicules automobiles | 28 681 | 13 178 | 0 | 41 859 |
| Autres véhicules | 82 419 | 1 834 | 0 | 84 253 |
| | 42 386 125 | 6 263 550 | 0 | 48 649 675 |
| Valeur comptable nette | | | | |
| (en dollars) | | | | |
| Terrains | 604 137 | | | 604 137 |
| Bâtiments | 48 741 182 | | | 45 886 192 |
| Travaux et infrastructure | 505 221 | | | 539 946 |
| Matériel et outillage | 12 515 700 | | | 15 413 567 |
| Matériel informatique | 1 616 212 | | | 1 432 841 |
| Logiciels informatiques | 390 936 | | | 325 027 |
| Autre matériel | 948 172 | | | 1 453 130 |
| Véhicules automobiles | 7 549 | | | 87 331 |
| Autres véhicules | 1 834 | | | 0 |
| | 65 330 942 | | | 65 742 171 |

La charge d'amortissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 s'élève à 6 263 550 \$ (2005 - 5 688 781 \$).

6. Avantages sociaux

(a) Prestations de retraite

Les employés de l'agence participent au Régime de retraite de la fonction publique, qui est parrainé et administré par le gouvernement du Canada. Les prestations de retraite s'accumulent sur une période maximale de 35 ans au taux de 2 % par année de services validables multiplié par la moyenne des gains des cinq meilleures années consécutives. Les prestations sont intégrées aux prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec et sont indexées à l'inflation.

Tant les employés que l'agence versent des cotisations couvrant le coût du régime. Les charges présentées ci-dessous représentent environ 2,6 fois les cotisations des employés.

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|------------------------|------------|------------|
| Charge pour l'exercice | 17 052 293 | 12 412 741 |

La responsabilité de l'agence relative au régime de retraite se limite aux cotisations versées. Les excédents ou les déficits actuariels sont constatés dans les états financiers du gouvernement du Canada, en sa qualité de répondant du régime.

(b) Indemnités de départ

L'agence verse des indemnités de départ aux employés en fonction de l'admissibilité, des années de service et du salaire final. Ces indemnités ne sont pas capitalisées d'avance. Les prestations seront prélevées sur les crédits futurs. Voici quelles étaient les indemnités de départ au 31 mars :

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|--|------------|------------|
| Obligation au titre des prestations constituées, début de l'exercice | 19 735 444 | 17 766 598 |
| Charge pour l'exercice | 5 268 011 | 2 465 548 |
| Prestations versées pendant l'exercice | (893 740) | (496 701) |
| Obligation au titre des prestations constituées, fin de l'exercice | 24 109 715 | 19 735 445 |

7. Obligations contractuelles

De par leur nature, les activités de l'agence peuvent donner lieu à des contrats et des obligations en vertu desquels l'agence sera tenue d'effectuer des paiements échelonnés sur plusieurs années pour l'acquisition de biens ou services. Voici les principales obligations contractuelles pour lesquelles une estimation raisonnable peut être faite :

| (en dollars) | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2010 | 2011 et par la suite | Total |
|------------------------|------|------|------|------|------------|----------------------|------------|
| Paiements de transfert | 0 | 0 | 0 | 0 | 45,900,000 | 45,900,000 | 91,800,000 |

8. Opérations entre apparentés

En vertu du principe de propriété commune, l'agence est apparentée à tous les ministères, organismes et sociétés d'État du gouvernement du Canada. L'agence conclut des opérations avec ces entités dans le cours normal de ses activités et selon des modalités commerciales normales. De plus, au cours de l'exercice, l'agence reçoit gratuitement des services d'autres ministères, comme il est indiqué à la partie (a).

(a) Services fournis gratuitement :

Au cours de l'exercice, l'agence reçoit gratuitement des services d'autres ministères. Ces services gratuits ont été constatés comme suit dans l'état des résultats de l'agence :

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|--|-------------------|-------------------|
| Installations | 7,000,000 | 2,300,000 |
| Cotisations de l'employeur au régime de soins de santé et au régime de soins dentaires | 10,600,000 | 9,000,000 |
| Services juridiques | 0 | 100,000 |
| | 17,600,000 | 11,400,000 |

Le gouvernement a structuré certaines de ses activités administratives de manière à optimiser l'efficacité et l'efficacité de sorte qu'un seul ministère mène sans frais certaines activités au nom de tous. Le coût de ces services, qui comprennent les services de paye et d'émission des chèques offerts par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, ne sont pas inclus à titre de charge dans l'état des résultats de l'agence.

(b) Soldes des créditeurs et débiteurs à la fin de l'exercice entre apparentés :

| (en dollars) | 2006 | 2005 |
|--|-----------|-----------|
| Débiteurs - Autres ministères et organismes | 4 724 495 | 29 479 |
| Créditeurs - Autres ministères et organismes | 5 484 462 | 1 468 828 |

9. Chiffres correspondants

La responsabilité à l'égard de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada a été transférée par décret à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), conformément à la Loi sur les restructurations et les transferts d'attributions dans l'administration publique, et a pris effet le 24 septembre 2004. Les montants de 2005 correspondent aux transactions financières concernant les activités maintenant exécutées par l'ASPC.

Tableau 10 : Réponse aux comités parlementaires, vérifications et évaluations pour l'exercice 2005-2006

Réponse au vérificateur général, notamment à la commissaire à l'environnement et au développement durable (CEDD)

Le rapport du vérificateur général d'avril 2005 publiait les recommandations et réponses qui suivent concernant l'Agence de santé publique du Canada, au chapitre 2 – La sécurité nationale au Canada :

- **2.126 Recommandation.** L'Agence de santé publique du Canada devrait coordonner l'administration de la Réserve nationale de secours (RNS) avec d'autres organismes fédéraux et l'intégrer au Système national d'intervention en cas d'urgence (SNIU).

Réponse de l'Agence de santé publique du Canada. L'Agence travaille en étroite collaboration avec Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC) sur divers fronts, y compris la participation à l'élaboration du SNIU et d'un système national intégré de gestion des situations d'urgence en santé. Une partie de ce processus consistera à s'assurer qu'il existe un lien étroit entre la RNS et les activités d'intervention en cas d'urgence prévues par le SNIU.

- **2.127 Recommandation.** En fonction des évaluations des risques et des scénarios de pertes, l'Agence de santé publique du Canada devrait actualiser les stocks de la RNS dans les meilleurs délais. Elle devrait en outre prendre des mesures pour organiser le transport et la distribution du matériel lors de situations d'urgence.

Réponse de l'Agence de santé publique du Canada. L'Agence procède actuellement à un examen stratégique de la RNS incluant une revue de son contenu. L'examen stratégique, qui prendra fin en 2006, comprendra des évaluations des risques (une évaluation initiale des risques a été achevée en novembre 2004) et des situations comportant des simulations de victimes. L'Agence s'occupe de la question du transport d'urgence des stocks de la Réserve à l'aide du Système national de transport d'urgence.

Les coordonnateurs régionaux des interventions d'urgence de l'Agence procéderont bientôt à l'élaboration de plans provinciaux et territoriaux de transport d'urgence des stocks de la Réserve en collaboration avec chaque administration.

Réponse aux comités parlementaires

Deux recommandations du rapport du Comité permanent des comptes publics intitulé *La Sécurité nationale au Canada* concernent l'Agence de santé publique du Canada :

- **RECOMMANDATION 11** – Que Santé Canada règle immédiatement les questions légales qui l'empêchent de mettre sur pied les équipes d'intervention sanitaire d'urgence et les équipes d'intervention contre la variole, et fasse le point dans son rapport annuel sur le rendement.
- **RECOMMANDATION 12** – Que l'Agence de santé publique du Canada achète les articles de la Réserve nationale de secours en se fondant sur des évaluations des risques et des scénarios de pertes, et fasse le point dans son rapport annuel sur le rendement. Elle devrait également améliorer sa capacité de transporter et de distribuer le matériel lors des situations d'urgence, et faire le point dans son rapport annuel sur le rendement.

Réf. : Questions légales qui empêchent la mise sur pied des équipes d'intervention sanitaire d'urgence et des équipes d'intervention contre la variole

La mise sur pied de ces équipes d'intervention est influencée par bon nombre de questions légales qui doivent être examinées attentivement par l'ensemble du gouvernement. Par exemple, il n'existe aucune disposition législative permettant aux membres de ces équipes d'être nommés à titre d'employés de la fonction publique fédérale, ni de dispositions législatives leur accordant des formes de protection légale telles

que les indemnités. Présentement, l'Agence de santé publique du Canada collabore étroitement avec le Secrétariat du Conseil du Trésor et l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada afin de résoudre les problèmes légaux dans les plus brefs délais.

Au cours de l'exercice 2005-2006, l'Agence a continué de s'occuper des questions légales intergouvernementales par le truchement du Réseau pancanadien de santé publique. Ce dernier soutient l'élaboration de protocoles d'entente sur l'offre d'aide réciproque en cas de catastrophes ou de situations d'urgence en santé publique.

L'Agence continue de s'occuper de tous les aspects de la planification et de l'établissement des équipes de professionnels de la santé extérieures au gouvernement fédéral qui constitueront la contribution des équipes d'intervention sanitaire d'urgence (EISU) à la capacité d'intervention médicale. Pendant l'exercice 2005-2006, l'Agence a terminé la description de la composition des EISU ainsi que la description des campements standard largables, composés d'abris, d'équipement/de fournitures et de commodités pour appuyer les équipes d'intervention médicale sur le terrain. Les achats ont commencé pour les deux premiers des quatre modules.

L'établissement des EISU n'a pu se dérouler tel que prévu, en partie à cause des complexités du processus d'attribution de permis et des conditions du marché des services de professionnels de la santé. En février 2006, l'Agence a créé une équipe d'intervention d'urgence épidémiologique (EIUE) pouvant se déployer pendant des périodes extrêmement difficiles. La création de l'EIUE a permis d'augmenter la capacité d'intervention disponible pour aider les provinces et territoires à gérer leurs situations d'urgence.

Réf. : L'achat des articles de la Réserve nationale de secours en se fondant sur des évaluations des risques et des scénarios de pertes

- L'Agence s'occupe de ce besoin dans le cadre du Système national de transport d'urgence (SNTU), dont elle fait partie. Le SNTU négocie présentement des marchés avec des entreprises de transport afin d'avoir accès à des services de transport d'urgence pour le compte du gouvernement fédéral lorsque les dispositions d'urgence existantes ne peuvent répondre aux besoins.
- L'Agence s'occupe également de cette question par l'entremise du sous-comité d'examen stratégique des transports de la Réserve nationale de secours. Le sous-comité a reconnu le besoin, pour l'équipe de la RNS, de s'associer formellement avec le SNTU et de collaborer avec lui afin d'élaborer un plan de transport stratégique fédéral-provincial intégré. Il a terminé ses discussions internes et s'attend à incorporer le rapport qui en découle ainsi que ses recommandations dans le rapport final d'examen stratégique prévu à l'automne 2006. Les mesures prises pour mettre ces recommandations en œuvre devraient aussi améliorer la capacité de transporter et de distribuer les fournitures requises lors des situations d'urgence.

Vérifications externes (Remarque : ces vérifications renvoient à d'autres vérifications externes menées par la Commission de la fonction publique ou par le Commissariat aux langues officielles.)

Aucune vérification externe n'a été effectuée par la Commission de la fonction publique ni par le Commissariat aux langues officielles en 2005-2006.

Vérifications ou évaluations internes

Évaluations effectuées

Évaluation du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques

Évaluation de la Stratégie canadienne du diabète

Évaluation du Réseau canadien de la santé

Évaluation des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants

Tableau 11 : Stratégie de développement durable

La *Loi sur le vérificateur général du Canada* a été amendée en 1995 pour exiger que les ministères et organismes fédéraux déposent une stratégie de développement durable (SDD) au Parlement tous les trois ans. En tant qu'organisme fédéral aux termes de l'annexe I de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, l'Agence est tenue d'élaborer une stratégie de développement durable (SDD) au cours des deux années suivant sa création, de déposer cette stratégie au Parlement en 2006-2007, puis la mettre à jour tous les trois ans et en rendre compte annuellement au Parlement par le truchement de son Rapport ministériel sur le rendement.

Dans le cadre de la préparation de sa première SDS, l'Agence a, en 2005-2006, désigné un champion du développement durable, établi un bureau du développement durable dans ses locaux, élaboré un plan de travail, formé un comité de développement durable organisationnel, et fait appel à des ressources expertes externes afin d'aider à la création de la SDS.

Tableau 12 : Approvisionnement et marchés

| Ministère | |
|--|---|
| Éléments à traiter | Commentaires du Ministère |
| 1. Rôle joué par l'approvisionnement et les marchés dans l'exécution des programmes | <p>L'approvisionnement et les marchés jouent un rôle central dans les politiques et l'exécution des programmes de l'Agence de santé publique du Canada (l'Agence). Ils sont essentiels pour fournir des biens et des services au ministère par l'établissement de contrats de service et la fourniture de biens, en particulier dans les domaines de la science et de la recherche. La collaboration, le partage des connaissances et de l'information connexe, de même que le soutien opérationnel, sont essentiels à l'exécution des politiques et des programmes courants.</p> |
| 2. Survol de la façon dont le ministère administre sa fonction de passation des marchés | <p>La Direction de la gestion du matériel de Santé Canada fournit des services d'approvisionnement dans le cadre du protocole d'entente entre Santé Canada et l'Agence pour la prestation de services ministériels partagés à l'Agence. Des spécialistes de la gestion des contrats de Santé Canada ont cohabité avec l'Agence afin de promouvoir la planification de l'approvisionnement et d'élaborer des stratégies d'approvisionnement en collaboration avec les responsables du programme.</p> <p>Le 1^{er} juillet 2005, l'Agence utilisait le Système de demandes et de rapports relatifs aux marchés (SDRRM) de Santé Canada comme système officiel d'enregistrement des contrats et des commandes d'une valeur d'au moins 10 000 \$.</p> <p>L'ASPC utilise également le même modèle que Santé Canada pour son Comité de contrôle des contrats et des demandes (CCCD), lequel examine et approuve la plupart des ententes, notamment l'ensemble des contrats et des demandes de services d'une valeur supérieure à 10 000 \$.</p> |
| 3. Progrès et nouvelles initiatives permettant des pratiques efficaces et efficaces en matière d'approvisionnement | <p>Depuis le 1^{er} juillet 2005, le Système de demandes et de rapports relatifs aux marchés (SDRRM) a été mis en œuvre en tant que système de suivi des contrats, du déroulement des opérations et des approbations. Il améliore la capacité de présenter des rapports sur les activités contractuelles, de répondre aux demandes d'accès à l'information (AAI) et de renseignements ministériels, et intègre le déroulement des examens et des approbations pour les contrats à long terme et les commandes subséquentes à une offre à commandes. Ce système continue de prendre de l'ampleur et pourra, en définitive, héberger d'autres types d'ententes, tout en améliorant sa capacité de produire des rapports.</p> <p>L'Agence continue de renforcer la fonction liée à son Comité de contrôle des contrats et des demandes (CCCD) en améliorant sans cesse ses processus d'examen et de documentation.</p> <p>Des responsables des achats de Santé Canada ont été envoyés à l'Agence avec le double mandat de mettre au point des stratégies d'approvisionnement pour les gestionnaires de programme et d'assurer la liaison avec toutes les parties en ce qui a trait au traitement et à la gestion des contrats.</p> |

Tableau 13 : Amélioration des services

L'Agence ne fournit pas de services individuels aux Canadiens; toutefois, elle interagit avec les organisations qui souhaitent obtenir des subventions et des contributions. À l'occasion, l'Agence évalue leur satisfaction à l'égard des processus et des méthodes utilisés pour solliciter, recevoir, examiner, choisir et aviser les organisations en quête de financement. L'Agence évalue également la satisfaction des bénéficiaires concernant les méthodes utilisées pour dispenser des fonds et s'informer de l'utilisation qui en est faite et des avantages qu'en retire la population canadienne.

Les travaux entrepris au cours de 2005-2006 comportaient la réalisation de progrès importants dans le cadre d'une étude du degré de satisfaction des organisations ayant achevé avec succès des projets ayant reçu l'appui du Fonds pour la santé de la population de l'Agence. L'étude a commencé par l'examen de 213 projets achevés entre octobre 2002 et septembre 2005. Des entrevues téléphoniques ont ensuite été menées auprès de représentants de 80 projets choisis, dont les 34 projets nationaux et un échantillon aléatoire de 46 des 179 projets régionaux.

Le rapport de l'étude, publié en mai 2006, a révélé que 99 % des répondants estimaient que les lignes directrices relatives aux demandes étaient soit très claires (70 %), soit raisonnablement claires (29 %). Une majorité de répondants évaluaient le soutien reçu au cours du processus de demande comme excellent (64 %) ou bon (27 %), tandis que 4,5 % estimaient qu'il était satisfaisant, et les 4,5 % restants, qu'il était médiocre. Le soutien à la mise en œuvre était encore une fois jugé par la plupart comme étant excellent (64 %) ou bon (23 %), alors que 8 % des répondants estimaient qu'il était satisfaisant et 6 %, qu'il était médiocre. L'Agence revoit régulièrement ses processus et ses méthodes afin d'assurer un juste équilibre entre les services offerts aux bénéficiaires et ses responsabilités envers le Parlement et les Canadiens.

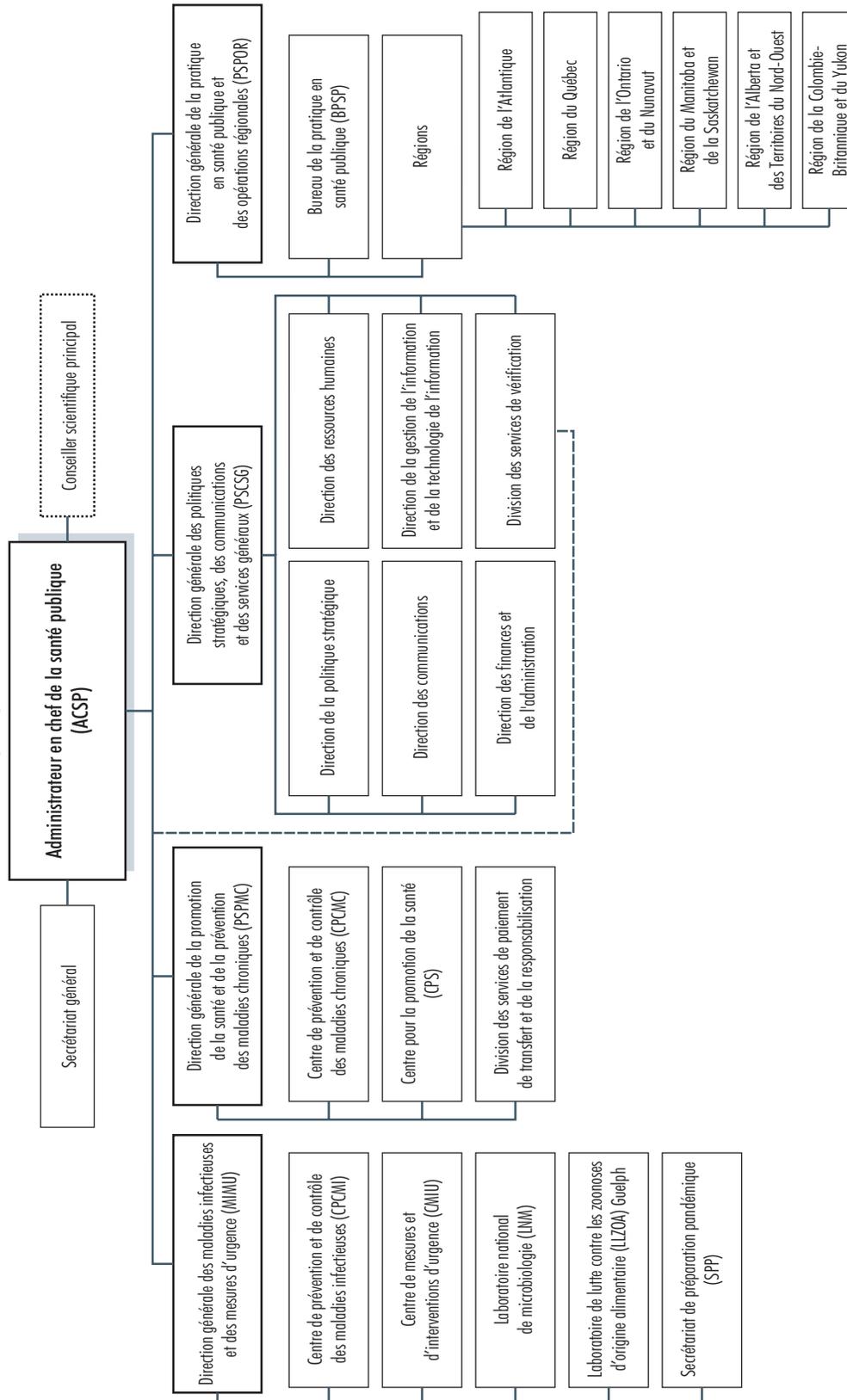
Autres sujets
d'intérêt

A large graphic element with a blue gradient background. It features a white curved line near the bottom and a faint, stylized illustration of a person with arms raised. The text "Section IV" is centered in the upper portion of the graphic.

Section IV

Organigramme

Agence de santé publique du Canada Organigramme



Information sur la nouvelle AAP proposée

Pour l'exercice 2005-2006, l'Agence ne comptait qu'un seul résultat stratégique et une seule activité de programme. Une architecture des activités de programme (AAP) améliorée, devant entrer en vigueur pour l'exercice 2007-2008, est en cours d'élaboration afin de refléter les responsabilités de l'Agence et de permettre d'établir des rapports plus détaillés sur les réalisations et l'utilisation des ressources. Le nouveau résultat attendu et les nouvelles activités de programme qui seront utilisés figurent dans la section qui suit. Des « couches » additionnelles de la nouvelle architecture seront élaborées d'ici l'automne 2006.

| APERÇU | | |
|------------------------------|--|--|
| | ACTUEL | MODIFIÉ |
| Résultat stratégique | Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures | Des Canadiens en meilleure santé et une capacité renforcée en santé publique |
| Activité de programme | Santé de la population et santé publique | Promotion de la santé Prévention et contrôle des maladies Mesures et interventions d'urgence Renforcement des capacités en santé publique Renforcement des capacités en santé publique |

| Structure de gestion des ressources et des résultats | | | | |
|---|------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| Modification du résultat stratégique et des activités de programme qui touchent les estimations de 2007-2008, les estimations des années ultérieures et la présentation des comptes publics ainsi que les niveaux de référence à compter de 2008-2009 | | | | |
| Portefeuille | Ministère | Résultats stratégiques modifiés | Activités de programme modifiées | Description des activités de programme |
| Santé Canada | Agence de santé publique du Canada | Des Canadiens en meilleure santé et une capacité renforcée en santé publique | Promotion de la santé | En collaboration avec ses partenaires, l'Agence de santé publique du Canada appuie les mesures efficaces de promotion des modes de vie sains et d'action sur les déterminants de la santé et les principaux facteurs de risque pour les maladies chroniques, en appuyant l'enrichissement des connaissances, en favorisant la collaboration et en améliorant la mise en commun intersectorielle et intergouvernementale de l'information |

| Portefeuille | Ministère | Résultats stratégiques modifiés | Activités de programme modifiées | Description des activités de programme |
|--------------|-----------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | | Prévention et contrôle des maladies | <p>En collaboration avec ses partenaires, l'Agence dirige les efforts du gouvernement fédéral et met en œuvre au pays des initiatives visant à protéger et à promouvoir la santé publique à l'échelle nationale et internationale. Au nombre de ces initiatives figurent les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ exercer une surveillance, effectuer des recherches et présenter des rapports sur les maladies, les blessures, d'autres risques pour la santé et l'état général de la santé publique au Canada et à l'échelle internationale; ■ appuyer l'enrichissement des connaissances, la collaboration intersectorielle et intergouvernementale; élaborer des politiques et des programmes afin de prévenir ou de contrôler les maladies et les blessures et de réduire leurs répercussions. |
| | | | Mesures et interventions d'urgence | <p>L'Agence de santé publique du Canada constitue un centre de convergence national afin de prévoir les menaces pour la santé publique et les répercussions des catastrophes naturelles et des situations d'urgence provoquées par les humains, et s'y préparer, intervenir lorsqu'elles surviennent et faciliter le rétablissement par la suite. L'Agence applique les dispositions de la Loi sur la mise en quarantaine et de la réglementation connexe. Elle collabore avec ses partenaires internationaux pour repérer les éclosions de maladies émergeant partout au monde. Providing leadership in identifying and addressing emerging threats to the health and safety of Canadians through surveillance, risk analysis and risk management activities, the Agency partners with Santé Canada et d'autres ministères fédéraux, les provinces et territoires, des organismes internationaux et le secteur bénévole afin de déterminer les priorités en matière de mesures d'urgence puis de les élaborer et de les mettre en œuvre. L'Agence gère et soutient l'élaboration de plans d'intervention sanitaire d'urgence en cas de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, notamment le plan national d'intervention contre l'influenza. L'Agence participe élabore et soutient financièrement des activités de formation dans le domaine des mesures d'urgence, et coordonne les préparatifs antiterroristes en vue d'intervenir en réponse à des accidents ou des incidents terroristes présumés mettant en cause des matières dangereuses. L'Agence est un chef de file pour les questions liées à la biosécurité. Elle demeure en état de fournir des services de santé et des services sociaux d'urgence, en plus d'administrer la Réserve nationale de secours qui est équipée de matériel allant de trousse pour soigner les traumatismes jusqu'à des hôpitaux d'urgence complets de 200 lits.</p> |

| Portefeuille | Ministère | Résultats stratégiques modifiés | Activités de programme modifiées | Description des activités de programme |
|--------------|-----------|---------------------------------|--|---|
| | | | Renforcement des capacités en santé publique | De concert avec ses partenaires nationaux et internationaux, l'Agence met au point et présente des outils, des applications, des pratiques, des programmes, des connaissances et des interprétations qui appuient le travail des professionnels de la santé publique de première ligne partout au Canada et qui renforcent leurs compétences. Afin d'atteindre les objectifs de santé publique, l'Agence favorise et maintient des réseaux avec les provinces et territoires, d'autres partenaires et les intervenants du milieu. Le travail de l'Agence contribue à améliorer la pratique en santé publique, renforce les ressources humaines dans ce domaine à tous les paliers gouvernementaux, contribue à l'efficacité des systèmes de transmission et de partage d'information et appuie un système de droit et de politiques en santé publique qui puisse s'adapter à l'évolution des besoins et des attentes du public. |