

ÉVALUATION INDÉPENDANTE DU PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER

RAPPORT FINAL

22 avril 2009



Table des matières

Résumé.....	4
a. Introduction.....	4
b. Approche.....	5
c. Conclusions de l'évaluation et recommandations	5
1. Introduction.....	15
2. Cadre d'évaluation	16
2.1 Objectif et portée	16
2.2 Approche et méthodologie.....	16
2.3 Limites de l'étude	18
3. Profil du Partenariat	19
3.1 Contexte.....	20
3.2 Stratégie canadienne de lutte contre le cancer	21
3.3 Vision, mission et stratégie du Partenariat	24
3.4 Le portefeuille de projets du Partenariat.....	27
3.5 Activités, production et résultats du Partenariat	30
3.6 Gouvernance et organisation du Partenariat	32
3.7 Intervenants et partenaires du Partenariat.....	40
3.8 Accord de financement et demandes annuelles de financement du Partenariat ..	42
3.9 Outils et méthodes de gestion du Partenariat.....	43
4. Résultats de l'évaluation, conclusions et recommandations.....	45
4.1 Réalisation de la stratégie	46
4.2 Mise sur pied de l'organisme.....	51
4.3 Mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation.....	58
4.4 Amélioration et orientation de la stratégie de lutte contre le cancer	62
4.5 Cadres fondamentaux et facilitateurs généraux	64
4.6 Activités de mise en œuvre	70
5. Sommaire des recommandations	75
Annexe A : Outils de gestion – planification et établissement de rapports	84
Annexe B : Liste des informateurs principaux	87
Annexe C : Études de cas	93

C.1	Projet de partenariat canadien Espoir pour demain (également appelé étude de cohortes).....	94
C.2	Initiative sur les observations synoptiques (pathologie et chirurgie).....	96
C.3	Vue sur le cancer, le projet du portail	98
C.4	Rendement du système de lutte contre le cancer	102
C.5	Le groupe d'action pour les normes.....	104
C.6	Le Bureau de gestion de projet (BGP)	106

Résumé

a. Introduction

Le présent rapport décrit les observations, les conclusions et les recommandations d'une évaluation indépendante du Partenariat canadien contre le cancer Corporation (« le Partenariat »).

L'évaluation indépendante fut exécutée sur demande du conseil d'administration et de la haute direction du Partenariat afin d'évaluer les progrès réalisés à ce jour et de répondre aux exigences de son accord de financement. Comme il est indiqué dans l'accord de financement avec Santé Canada, le Partenariat se devait : « [traduction] de mener une évaluation indépendante de la réalisation de la stratégie, en utilisant des normes d'évaluation reconnues » et de « mettre le rapport d'évaluation à la disposition du ministre pas plus tard que le 30 avril 2009 ». Le Partenariat devait également mettre le rapport d'évaluation à la disposition du public.

L'évaluation couvrait la réalisation de la Stratégie ainsi que les questions liées à la gouvernance, à la responsabilisation et à la conception de l'organisme, y compris le démarrage du Partenariat et les premières étapes de la mise en œuvre durant les 22 premiers mois de son mandat (d'avril 2007 à la mi-février 2009).

En novembre 2006, le premier ministre Stephen Harper a annoncé la création du Partenariat, un organisme indépendant financé par un engagement financier de 250 millions de dollars sur cinq ans prenant fin le 31 mars 2012, et chargé d'accélérer la lutte contre le cancer au Canada en faisant avancer la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC)¹. La SCLC fut mise en place par plus de 700 patients et survivants, groupes et experts pendant au moins une décennie.

Santé Canada a fourni les fonds de démarrage entre janvier et mars 2007 et un conseil provisoire, formé d'un président, d'un vice-président et de quelques membres, ainsi qu'une équipe de transition, furent mis sur pied. Le Partenariat a démarré ses activités en tant qu'organisme sans but lucratif en avril 2007. Durant cette période de transition, un conseil d'administration permanent fut établi, l'accord de financement fut approuvé et une structure organisationnelle ainsi que les groupes d'action du Partenariat (qui existaient déjà sous les auspices de la SCLC, pour s'occuper des secteurs prioritaires) furent créés. La période de transition se termina en octobre 2007 avec la nomination d'une présidente-directrice générale et le recrutement de l'équipe de la haute direction et de leurs divisions. Au cours des quinze derniers mois, le Partenariat a évolué en un organisme de plus en plus opérationnel.

¹ *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*

b. Approche

L'approche globale d'évaluation était fondée sur la collecte et l'analyse de sources de données multiples. Ces sources ont été choisies afin de s'assurer que les résultats, les conclusions et les recommandations sont significatifs. Les méthodes de collecte, d'analyse et de présentation des données ont été conçues afin de s'assurer que l'on fournisse des renseignements fiables, valides et crédibles.

L'équipe d'évaluation a utilisé trois sources principales de données, à savoir l'examen de documents et de la documentation, des entrevues tenues avec des informateurs principaux et des études de cas. Les documents examinés comprenaient le rapport de la SCLC, l'accord de financement conclu avec Santé Canada, le plan stratégique du Partenariat, d'autres documents administratifs sur la planification et l'établissement de rapports, des demandes de financement annuel présentées à Santé Canada, le mandat et le procès-verbal des organismes de gouvernance et consultatifs (conseil d'administration, comité consultatif et conseil d'action), les documents liés à la transition vers le Partenariat, les chartes des groupes d'action et des cadres fondamentaux, les plans de projet, les rapports d'étape du programme et des projets, et diverses études provenant de consultants. En outre, on a examiné les sites Web des programmes ou des organismes œuvrant dans le domaine de la lutte contre le cancer à l'échelle internationale et dans d'autres pays.

Nous avons réalisé des entrevues, soit en personne, soit par téléphone, avec 79 informateurs principaux internes et externes au Partenariat. Les informateurs principaux représentaient les partenaires externes et les bénéficiaires de projets financiers, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que des réseaux internes comme le conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer et le conseil d'administration, les groupes d'action et l'équipe de la haute direction du Partenariat.

Des études de cas ont permis de mieux détailler des secteurs précis des activités du Partenariat, notamment les initiatives stratégiques, les cadres fondamentaux et les facilitateurs.

c. Conclusions de l'évaluation et recommandations

Le reste de ce résumé condense les discussions plus détaillées des résultats de l'évaluation, les conclusions et les recommandations présentées à la section 4 du présent rapport.

c.1 Réalisation de la stratégie

Comme exposé dans la demande de financement 2009-10 du Partenariat auprès de Santé Canada et dans son rapport d'étape en date de février 2009 diffusé auprès du public,

nombre des initiatives du Partenariat ont sont encore à leurs premières étapes, tandis que d'autres ont bien progressé. Les principaux informateurs externes et internes au Partenariat ont indiqué que l'étape de ces initiatives était très appropriée et qu'il faut en tenir compte dans le contexte du temps et des efforts nécessaires pour, avant tout, établir le Partenariat comme entité opérationnelle et comme point de départ de chaque initiative.

Certains informateurs importants, par exemple, faisant partie du conseil d'administration et du conseil consultatif, ont indiqué qu'ils avaient cru que les progrès auraient pu être plus rapides, mais que, lorsqu'ils y repensent, les progrès ont été raisonnables compte tenu des défis liés au démarrage et à la transition.

En élaborant son plan stratégique, le Partenariat a choisi ses six principaux secteurs d'intervention et les initiatives stratégiques associées comme étant les domaines pour lesquels il pourrait montrer des résultats au cours de son mandat, et ce, jusqu'en 2012. On a choisi ces initiatives stratégiques, qui ont débuté au sein des groupes d'action, parce qu'elles peuvent avoir des répercussions importantes en matière de résultats dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Dans leurs discussions, les principaux informateurs externes et la haute direction ont laissé entendre qu'ils sont persuadés que les initiatives stratégiques apporteront les répercussions et les résultats attendus au cours des trois prochaines années, qu'elles contribuent à accélérer le progrès, et continueront à le faire, et qu'elles positionneront le Partenariat en vue d'obtenir un impact général.

Il faut aussi noter que, lorsqu'ils ont été interrogés sur les « réussites » du Partenariat à ce jour, les répondants ont souligné bien des initiatives stratégiques, en particulier :

- Le projet de partenariat canadien Espoir pour demain (l'étude de cohortes);
- Le portail du Partenariat;
- La stadification;
- Le dépistage;
- Les observations synoptiques.

Ces éléments ont également été considérés comme étant des projets « patrimoine » potentiels compte tenu de leur taille, de leur ampleur et de leurs répercussions possibles en matière de résultats pour la santé de la population.

Les principaux informateurs externes et internes estiment que la prochaine année sera essentielle. Le Partenariat doit vraiment se concentrer sur le « produit » et les « répercussions ». Cette affirmation est conforme au mandat du Partenariat et au fait que l'accord de financement actuel n'est prévu que pour un mandat de cinq ans se terminant en 2012.

En ce qui concerne la réalisation de la Stratégie, l'évaluation permet donc de tirer les conclusions suivantes :

- Depuis ses débuts, le Partenariat a fait des progrès considérables dans la construction de son organisation et le développement des partenariats et des réseaux dont il a besoin pour atteindre les objectifs fixés par la SCLC, tout en faisant avancer les initiatives qui promettent d'entraîner des répercussions conformes à la vision de la Stratégie et du Partenariat.
- Toutefois, il faut constamment expliquer de quelle manière ces initiatives sont conformes à la vision de la SCLC et du Partenariat, et comment elles sont un exemple de succès aujourd'hui et forment la base des réalisations de la Stratégie à plus long terme.
- Le Partenariat a mis en place une stratégie ciblée adaptée à la mise en œuvre. Par l'entremise de cette stratégie, le Partenariat a accéléré la réalisation d'un bon nombre d'initiatives et en a démarré d'autres.
- Le Partenariat a géré un processus de changement et a fait passer la SCLC d'un modèle de gestion dirigé par des bénévoles à un modèle de gestion dirigé par un organisme. Cette situation a inévitablement soulevé des tensions sur des enjeux, comme la prise de décision, les responsabilités et la responsabilisation, et a amené la nécessité d'apporter des précisions dont il est question plus en détail dans ce rapport.
- Durant ce processus de changement, le Partenariat doit veiller à continuer de favoriser les partenariats, les relations et la bonne volonté, qui sont plus durables et à plus long terme, même si cela semble retarder l'obtention des résultats attendus à plus court terme.
- Le Partenariat doit poursuivre son travail sur les modèles de gestion des risques de cancer et sur le rendement du système de lutte contre le cancer afin de :
 - Démontrer les répercussions et les avantages économiques et sociaux;
 - Produire des preuves qui pourraient influencer l'égalité d'accès aux soins liés au cancer et la qualité de ces soins au Canada.

En tenant compte de ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes.

Recommandation 1 : Le Partenariat progresse et obtient des résultats grâce à une stratégie améliorée de partenariat, et il semble bien placé pour poursuivre sa lancée. La majorité des intervenants appuient ces réalisations. Par conséquent, le Partenariat devrait poursuivre la mise en œuvre de la stratégie tout en faisant les ajustements nécessaires afin de composer avec les nouvelles possibilités ou de combler les écarts de rendement.

Recommandation 2 : Il faudra démontrer les répercussions et les avantages pour le secteur de la lutte contre le cancer et ses intervenants afin de maintenir le soutien. Par conséquent, il faut poursuivre les travaux sur la gestion des risques de cancer et le rendement du système de lutte contre le cancer pour que l'on puisse recueillir des renseignements sur les avantages et les répercussions, les analyser et les distribuer.

Recommandation 3 : Le Partenariat doit poursuivre ses travaux avec les partenaires, et par l'entremise de ceux-ci, et collaborer afin d'obtenir le plus de répercussions à plus long terme, même lorsque d'autres approches pourraient accélérer l'atteinte de résultats à court terme et apporter un succès rapide.

c.2 Construction de l'organisation

Les observations liées à la construction du Partenariat en tant qu'organisme directeur conduisent aux conclusions suivantes.

- Le Partenariat, à savoir le conseil d'administration, l'équipe de la haute direction et le personnel, a mis en place les composantes de base en vue de créer un organisme durable à long terme qui en est venu à faire partie du paysage de la lutte contre le cancer, qui connaît son rôle continu et l'accepte de plus en plus. Ces réalisations ont nécessité un processus important de gestion du changement, qui se poursuit.
- Même durant le processus de mise sur pied, le Partenariat et ses groupes d'action ont continué de faire avancer la stratégie sur bien des fronts.
- Comme les composantes de base sont en place, l'orientation a changé et doit continuer de porter sur la réalisation d'initiatives ou de projets, sans pour autant négliger les avantages et les répercussions réalisées et la communication de ces répercussions aux intervenants.
- Il faut préciser les rôles et les activités des groupes d'action et du conseil consultatif en tenant compte des autres mécanismes consultatifs mis en place pour un grand nombre de priorités et d'initiatives particulières, p. ex. le comité consultatif de gestion des risques de cancer, le réseau national de dépistage du cancer colorectal, le comité de planification de la tribune nationale sur la lutte contre le cancer pour les Premières nations, les Inuits et les Métis.

En tenant compte de ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes.

Recommandation 4 : Le Partenariat doit se concentrer fortement sur l'objectif visé et, pour l'instant, collaborer avec sa structure opérationnelle et consultative actuelle, et ses modes de prestation, par l'entremise de celle-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants. Gardant cela à l'esprit, on recommande de préciser le rôle du conseil consultatif par rapport aux autres mécanismes consultatifs mis en place pour des priorités et des initiatives spécifiques (p. ex. le comité consultatif de gestion des risques de cancer, le réseau national de dépistage du cancer colorectal).

Recommandation 5 : Au moment d'élaborer de nouvelles initiatives, priorités et possibilités en vue d'atteindre les objectifs de la SCLC, il serait bon que le Partenariat mette en place de nouvelles approches consultatives et de prestation si celles qui existent sont inadéquates.

c.3 Mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation

Les observations liées aux mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation conduisent aux conclusions suivantes.

- Les mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation du Partenariat sont en place et fonctionnent bien.
- Le Partenariat devrait bénéficier d'une plus grande souplesse accordée dans son accord de financement révisé et approuvé le 13 mars 2009.

Aucune recommandation n'est formulée dans ce secteur.

c.4 Amélioration et orientation de la stratégie de lutte contre le cancer

L'évaluation permet de conclure que les intervenants appuient largement l'amélioration et l'orientation de la SCLC telles qu'elles sont présentées dans le Plan stratégique du Partenariat, et précisées en février 2008. Aucune recommandation n'est formulée dans ce secteur.

c.5 Cadres fondamentaux et facilitateurs généraux

Les quatre cadres fondamentaux précisés dans la stratégie du Partenariat sont les suivants :

- Gestion du savoir;
- Rendement du système de lutte contre le cancer;
- Rendement de l'entreprise et gestion des risques;
- Communications et relations avec les intervenants.

L'évaluation a également examiné le Bureau de gestion de projet en tant que facilitateur général.

Les observations conduisent aux conclusions suivantes pour les mesures du rendement et la gestion de projets.

- C'est le bon moment de décider d'un cadre de mesure de rendement (résultats, production et activités avec indicateurs du rendement). Un tel cadre est une partie intégrante de la planification, de la surveillance, de l'établissement de rapports et des communications. Pour ce cadre, il faut continuer d'établir des rapports sur les huit priorités énoncées dans la stratégie originale du Partenariat.

- La carte de pointage du rendement et de la gestion des risques de l'organisme est très utile à la prise de décisions opérationnelles, mais ne donne pas un rapport complet de tous les résultats. Il faut combler cette lacune.
- Il faut améliorer l'approche de gestion du projet (p. ex. stabiliser l'approche ainsi que les outils et les modèles connexes) et expliquer les avantages et la valeur ajoutée de cette utilisation pour qu'ils soient compris des participants au projet.

En tenant compte de ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes.

Recommandation 6 : Le Partenariat devrait concevoir un cadre de mesure du rendement exhaustif fondé sur un modèle logique (c.-à-d., résultats, production et activités) comme celui élaboré pour la présente évaluation.

Les initiatives actuelles, à savoir la carte de pointage du rendement et de gestion des risques de l'organisme, le modèle de gestion des risques de cancer, le rendement du système de lutte contre le cancer, seraient alimentées dans ce cadre de mesure du rendement.

Il faudrait identifier toute lacune supplémentaire dans la capacité de fournir l'histoire entière du rendement et la combler, le cas échéant.

c.6 Activités de mise en œuvre

Parmi les activités de mise en œuvre, on trouvait le travail des groupes d'action et l'engagement des intervenants.

Les résultats liés aux groupes d'action mènent aux conclusions suivantes :

- Les groupes d'action remplissent certaines fonctions :
 - Formulation et prestation de plans de travail dans les secteurs prioritaires;
 - Engagement des intervenants;
 - Bonne volonté établie au fil du temps.
- Compte tenu des investissements faits jusqu'à maintenant au niveau des groupes d'action, et du fait que chaque groupe est assez différent, il est préférable de continuer d'examiner le rendement de chacun individuellement plutôt que collectivement;
- Lorsque des solutions de rechange aux groupes d'action existants sont utilisées (p. ex. secteur prioritaire des normes) ou que les projets sont identifiés comme des initiatives stratégiques, il sera important de s'assurer que les divers intervenants représentés dans les groupes d'action continuent d'être entendus, y compris la voix des patients.

- Il faut préciser le rôle des présidents et des vice-présidents des groupes d'action, et le rapport hiérarchique entretenu par les directeurs de programmes avec chacun.

En tenant compte de ces conclusions sur les groupes d'action, nous formulons la recommandation suivante.

Recommandation 7 : Le Partenariat devrait examiner périodiquement le rôle, la composition et les activités des groupes d'action et des réseaux pancanadiens afin de s'assurer qu'ils continuent d'offrir un avantage net. Toutefois, comme il est indiqué à la recommandation 4, la priorité devrait porter sur le travail avec les structures et les approches de prestation actuelles, et par l'entremise de celles-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants.

Au cours d'un examen, il faut envisager individuellement le meilleur rôle, la meilleure composition et les meilleures activités des groupes d'action et du réseau pancanadien.

Les résultats de l'engagement mènent aux conclusions suivantes :

- Le Partenariat doit se concentrer davantage sur l'engagement de ses intervenants, surtout maintenant qu'il commence à avoir un rendement plus solide relativement aux résultats à partager.
- Le fait d'avoir une stratégie d'engagement des intervenants qui engloberait ce envers quoi les partenaires ou les intervenants sont engagés, ou devraient l'être, ainsi que les motifs, l'étendue, le rôle de chaque partie (p. ex. réception ou transmission d'information) et la valeur obtenue par chaque partie, aiderait à orienter l'engagement des intervenants. La notion d'engagement continu fait partie de cette stratégie et de sa mise en œuvre, avec différents niveaux d'engagement pour les divers intervenants à des moments variés, selon les initiatives ou les enjeux concernés, le rôle des intervenants et les répercussions qu'ils peuvent entraîner quand à la réalisation du programme mis en place par le Partenariat. On ne peut donc s'attendre à ce que l'engagement de tous les intervenants soit le même.

Nous formulons la recommandation suivante.

Recommandation 8 : C'est le moment propice pour que le Partenariat mette en place une stratégie d'engagement des intervenants. La stratégie devrait comporter la notion d'engagement continu, avec des intervenants participant de façon appropriée en fonction de leur rôle et des répercussions qu'ils peuvent entraîner quant à la réalisation des changements au programme. La stratégie doit prendre en compte les intervenants qui n'ont pas eu un engagement significatif au cours des quelque deux dernières années. Cela comprend le public, les groupes autochtones et tout intervenant ou partenaire potentiel. La stratégie devrait également prévoir l'utilisation par les intervenants de leurs propres réseaux pour la transmission de l'information vers des auditoires plus importants.

Le Partenariat progresse convenablement. L'amélioration de la stratégie et de l'identification des initiatives est bien supportée et semble devoir répondre avec succès au mandat de l'organisme concernant la mise en œuvre de la SCLC. Parmi les secteurs à améliorer, on trouve les structures, les fonctions, la mesure du rendement et l'engagement des intervenants.

1. Introduction

Le présent rapport décrit les observations, les conclusions et les recommandations d'une évaluation indépendante du Partenariat canadien contre le cancer Corporation (« le Partenariat² »).

L'évaluation indépendante fut exécutée sur demande du conseil d'administration et de la haute direction du Partenariat afin d'évaluer les progrès réalisés à ce jour et de répondre aux exigences de son accord de financement. Comme il est indiqué dans l'accord de financement avec Santé Canada, correspondant à un engagement financier de 250 millions de dollars sur cinq ans prenant fin le 31 mars 2012, le Partenariat se devait : « [traduction] de mener une évaluation indépendante de la réalisation de la stratégie, en utilisant des normes d'évaluation reconnues » et de « mettre le rapport d'évaluation à la disposition du ministre pas plus tard que le 30 avril 2009 ». Le Partenariat devait également mettre le rapport d'évaluation à la disposition du public.

L'évaluation se concentrait sur la réalisation de la Stratégie ainsi que sur les questions liées à la gouvernance, à la responsabilisation et à la conception de l'organisme, y compris le démarrage du Partenariat et les premières étapes de la mise en œuvre durant les 22 premiers mois de son mandat (d'avril 2007 à la mi-février 2009).

L'évaluation fut réalisée en accord avec les normes d'évaluation en vigueur, telles qu'établies par le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, Santé Canada et la communauté des professionnels de l'évaluation.

Une évaluation ministérielle séparée étudiera si le Partenariat a fait progresser l'objectif en matière de santé publique dans le domaine de la lutte contre le cancer, cherchant surtout à déterminer si le Partenariat est un instrument ou un modèle efficace pour exécuter la politique publique. D'après des informations de Santé Canada, cette évaluation est prévue pour 2009-10.

La prochaine section du présent rapport fournit un aperçu du cadre de l'évaluation. La section 3 détaille le profil du Partenariat. Les résultats de l'évaluation, les conclusions et les recommandations sont présentées à la section 4 et les recommandations sont résumées à la section 5.

La haute direction du Partenariat a fourni ses réponses à la section 6.

² Veuillez noter que nous avons tenté dans la mesure du possible d'utiliser le terme « le Partenariat » pour faire référence au Partenariat canadien contre le cancer Corporation. On a également parfois utilisé les acronymes correspondants, comme PCCC et PCCCC.

2. Cadre d'évaluation

2.1 Objectif et portée

L'évaluation indépendante avait comme principal objectif d'évaluer les résultats accomplis par le Partenariat ainsi que les activités entreprises en vue de réaliser la Stratégie ou, comme il est indiqué dans l'accord de financement : « [traduction] de mener une évaluation indépendante de la réalisation de la Stratégie, en utilisant des normes d'évaluation reconnues ».

L'évaluation visait également à aborder les problèmes d'évaluation dans les domaines suivants :

- Activités de mise en œuvre liées à l'exécution de la SCLC (et à ses huit priorités stratégiques et deux activités de soutien) entreprises jusqu'à ce jour, y compris le travail des groupes d'action du Partenariat et celui effectué pour réaliser l'engagement des intervenants;
- Mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation établis par le Partenariat;
- Cadres fondamentaux établis afin d'orienter l'organisme, y compris la gestion du savoir, les communications, le rendement du système de soins liés au cancer ainsi que le rendement de l'organisme et la gestion des risques;
- Activités entreprises afin d'améliorer et de concentrer la stratégie de lutte contre le cancer – la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC);
- Activités de démarrage réalisées par le Partenariat, y compris la gouvernance du conseil, les politiques et les procédures, le modèle opérationnel et la structure organisationnelle.

L'évaluation couvre la période allant de la création du Partenariat, à la suite de l'annonce faite par le premier ministre en novembre 2006, jusqu'à la mi-février 2009, moment où a pris fin la collecte d'information et le travail sur le terrain pour la présente évaluation.

2.2 Approche et méthodologie

L'évaluation indépendante a été exécutée en quatre phases. Au cours de la phase I, on a élaboré un modèle logique et un plan d'évaluation détaillé, qui sont documentés dans le document *Evaluation Framework and Plan, Final*, daté du 19 novembre 2008. Les autres phases comprennent la mise en œuvre du plan d'évaluation, qui comprend la tenue d'entrevues, ainsi que la collecte et l'analyse de l'information (phase II), la rédaction d'un rapport préliminaire (phase III) et la rédaction d'un projet de rapport et du rapport final (phase IV).

La stratégie globale d'évaluation était fondée sur la collecte et l'analyse de sources de données multiples. Ces sources ont été choisies afin de s'assurer que les résultats, les conclusions et les recommandations sont significatifs. Les méthodes de collecte, d'analyse et de présentation des données ont été conçues afin de s'assurer que l'on fournisse des renseignements fiables, valides et crédibles.

Les sources de données provenaient de l'examen de documents et de la documentation, des entrevues tenues avec des informateurs principaux et des études de cas.

Les documents examinés comprenaient le rapport de la SCLC, l'accord de financement conclu avec Santé Canada, le plan stratégique du Partenariat, d'autres documents administratifs sur la planification et l'établissement de rapports, des demandes de financement annuel présentées à Santé Canada, le mandat et le procès-verbal des organismes de gouvernance et consultatifs (conseil d'administration, comité consultatif et conseil d'action), les documents liés à la transition vers le Partenariat, les chartes des groupes d'action et des cadres fondamentaux, les plans de projet, les rapports d'étape du programme et des projets, et diverses études provenant de consultants. En outre, on a examiné les sites Web des programmes ou des organismes œuvrant dans le domaine de la lutte contre le cancer à l'échelle internationale et dans d'autres pays.

Nous avons réalisé des entrevues, soit en personne, soit par téléphone, avec des intervenants internes et externes au Partenariat³. Ces entrevues se sont avérées une mine importante de renseignements sur tous les problèmes étudiés dans le cadre de l'évaluation. On a indiqué entre parenthèses le nombre de répondants pour chaque groupe d'informateurs principaux.

- a. Organismes externes associés au Partenariat et bénéficiaires de projets financiers (21).
- b. Autres particuliers externes (4).
- c. Gouvernement du Canada : Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada (2).
- d. Membres du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer (8).
- e. Membres du conseil d'administration du Partenariat (14).
- f. Gestion centrale du Partenariat : cadres supérieurs et administrateurs (16).
- g. Groupes d'action du Partenariat : présidents et directeurs de programmes (14).

On retrouve à l'annexe B la liste des noms des informateurs principaux.

Nous avons préparé des études de cas qui fournissent des détails supplémentaires sur des domaines particuliers et sur les répercussions ou les résultats découlant des activités et des investissements du Partenariat. Elles sont publiées à l'annexe C.

³ 79 entrevues avec des informateurs principaux ont été réalisées.

2.3 Limites de l'étude

Les limites de la conception et de la méthodologie de l'étude sont les suivantes.

Tout d'abord, sur le plan conceptionnel, l'évaluation des problèmes ou des questions se rapportant au succès ou aux résultats visait à établir si oui ou non le Partenariat allait dans la bonne direction, s'il avait établi les conditions de la réussite et identifié les signes du succès, au lieu d'être une analyse plus rigoureuse des répercussions des résultats désirés du Partenariat. Ces limites de la conception de l'étude ont reconnu le niveau actuel de maturité du Partenariat ainsi que la disponibilité des renseignements sur les données et le rendement.

Ensuite, du point de vue de la méthodologie, le champ d'enquête de la consultation des intervenants était conçu afin de recueillir des renseignements de la part de nombreux répondants représentant maints types d'intervenants. La plupart des répondants ont été choisis parce qu'ils interagissaient de façon importante avec le Partenariat. Ils n'ont pas été choisis en fonction d'un échantillonnage statistique. Cela limite l'extrapolation des résultats à l'ensemble de l'univers des intervenants.

Enfin, la consultation des intervenants s'est concentrée sur les représentants d'organismes œuvrant dans le domaine de la lutte contre le cancer. L'équipe d'évaluation n'a pas interrogé les gens spécifiquement parce qu'ils étaient des professionnels ou des survivants, même si bon nombre de ces personnes portaient également le chapeau de professionnel ou de survivant. Pour cette raison, on n'a pas examiné les « points de communication » du Partenariat à l'échelon individuel. Ainsi, on n'a posé aucune question sur la notoriété du Partenariat auprès du public ou des professionnels, ni sur l'adoption par ces derniers des produits issus des initiatives du Partenariat. Il serait peut-être approprié d'envisager une telle enquête lors d'une évaluation subséquente du Partenariat, qui serait axée davantage sur les répercussions et les avantages de l'organisme.

On a estimé que ces limites étaient relativement mineures et ne compromettaient pas les résultats, les conclusions et les recommandations du présent rapport.

3. Profil du Partenariat

L'objectif de la présente section de ce rapport d'évaluation est de fournir des informations essentielles sur le Partenariat, offrant un contexte permettant de mieux comprendre les résultats des évaluations, les conclusions et les recommandations. D'autres renseignements plus précis sont disponibles sur le site Web du Partenariat (www.partenariatcontrelecancer.ca) ainsi que dans les plans et les rapports figurant sur le site.

Ce profil commence par des informations générales sur des événements clés pour le Partenariat, depuis l'annonce de sa création en novembre 2006 jusqu'en février 2009. Le Partenariat fut formé pour faire progresser la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC), décrite dans la section 3.2. La SCLC a exposé les grandes lignes des secteurs prioritaires en matière d'action et de plans d'action de haut niveau, et suggéré une structure ou une organisation pour aller de l'avant. Il existe des différences importantes entre cette structure ou organisation proposée et la manière dont le gouvernement fédéral a choisi de mettre en place le Partenariat. Il est important de connaître le niveau de détail de la SCLC (et donc à quel point la Stratégie était prête à être mise en œuvre), les différences entre la structure et l'organisation actuelles du Partenariat ainsi que les attentes de certains participants de la SCLC pour mieux comprendre l'évolution du Partenariat et les réactions de certains intervenants face à une telle évolution.

Pendant la première année où il fut opérationnel, le conseil d'administration du Partenariat, en collaboration avec la haute direction, a établi la vision et la mission de l'organisme. Ils ont également mis au point une stratégie pour le Partenariat, qui fut améliorée ultérieurement en février 2008. Cette précision a permis de limiter la portée très générale des huit priorités de la SCLC, en identifiant six principaux secteurs d'intervention convergents pour lesquels le Partenariat s'engagerait à obtenir des résultats pendant son premier mandat de cinq ans. Pour avancer dans ces principaux secteurs d'intervention, plusieurs initiatives stratégiques et des cadres fondamentaux furent alors choisis. Les initiatives stratégiques correspondent à de grands projets ayant des répercussions importantes, impliquant de nombreux intervenants et s'étendant sur plusieurs années. Elles résultèrent d'un procédé d'exploration et de sélection délibéré, prenant notamment en compte le travail déjà effectué par les groupes d'action. Les cadres fondamentaux choisis correspondent à des plates-formes essentielles au mandat du Partenariat. La vision, la mission et les éléments de la stratégie du Partenariat sont décrits dans la section 3.3.

La section 3.4 décrit le portefeuille de projets du Partenariat, formé des initiatives stratégiques, des cadres fondamentaux et du travail effectué par les groupes d'action, ainsi que la manière dont ces projets s'articulent autour des huit priorités.

La section 3.5 présente les activités, le rendement et les résultats du Partenariat, d'après un modèle logique. Le modèle logique donne un aperçu de la manière dont les activités et

le rendement du Partenariat (p. ex. le portefeuille de projets) contribuent à des résultats directs, en commun et finaux (c.-à-d. les répercussions, les bienfaits et les conséquences).

La gouvernance et l'organisation du Partenariat sont décrites à la section 3.6. On y présente le conseil d'administration, l'équipe de la haute direction et l'organisation du Partenariat, ainsi que les groupes d'action et les groupes consultatifs, comme le conseil consultatif et le conseil d'action.

Le travail du Partenariat s'inscrit dans un cadre complexe impliquant des intervenants et des partenaires, la plupart existant déjà avant la création du Partenariat. Ce cadre et un certain nombre d'intervenants et de partenaires principaux sont présentés à la section 3.7.

C'est l'accord de financement avec Santé Canada qui finance les activités du Partenariat. L'accord contient des modalités et conditions pour l'utilisation des fonds. Par exemple, le Partenariat doit produire tous les ans une demande de financement détaillée. Ou encore, le financement est fixé à 50 millions de dollars par an, même durant la période de croissance accélérée du Partenariat, sans possibilité de reporter les fonds inutilisés à un exercice ultérieur. Cette impossibilité d'avoir des financements pluriannuels souples se répercute sur les besoins de financement pour de vastes projets se déroulant sur plusieurs années et menés à bien par des partenaires externes. La section 3.8 offre plus de renseignements sur l'accord de financement.

Enfin, le Partenariat a mis au point une série de méthodes et d'outils de gestion, au niveau de l'organisation, du portefeuille ou d'un projet, pour faciliter la gouvernance, la planification, le suivi et les rapports. Ils sont décrits brièvement à la section 3.9 et plus en détail à l'annexe A.

3.1 Contexte

En novembre 2006, le premier ministre Stephen Harper a annoncé la création du Partenariat, un organisme indépendant financé par le gouvernement fédéral, chargé d'accélérer la lutte contre le cancer au Canada en faisant avancer la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer⁴. Cette stratégie fut mise en place par plus de 700 patients et survivants, groupes et experts

⁴ *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* : Une consultation, juillet 2006.

<http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/reportFR.pdf>

Extraits du discours du Premier ministre

Cet organisme pancanadien sera le centre principal centre d'information d'avant-garde sur la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer.

Comme les soins de santé relèvent des compétences provinciales, ce nouvel organisme national ne s'occupera pas de l'administration des politiques ou des programmes sur la santé.

Il se contentera d'assurer que les meilleures pratiques dans toutes les régions du Canada sont connues et accessibles aux fournisseurs de soin dans toutes les régions du Canada.

Cette initiative est la première approche exhaustive et coordonnée pour le contrôle du cancer au pays.

travaillant dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Santé Canada a fourni les fonds de démarrage entre janvier et mars 2007 et un conseil provisoire, formé d'un président, d'un vice-président et de quelques membres, ainsi qu'une équipe de transition, furent mis sur pied. Le Partenariat a démarré ses activités en tant qu'organisme sans but lucratif en avril 2007. Durant cette période de transition, un conseil d'administration permanent fut établi, l'accord de financement fut approuvé et une structure organisationnelle ainsi que les groupes d'action du Partenariat furent créés. La période de transition se termina en octobre 2007 avec la nomination d'une présidente-directrice générale et le recrutement de l'équipe de la haute direction et de leurs divisions. Au cours des quinze derniers mois, le Partenariat a évolué en un organisme de plus en plus opérationnel.

L'objectif de la lutte contre le cancer est de réduire l'incidence du cancer, ainsi que la morbidité et la mortalité liées à cette maladie, et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer au sein d'une population précise, grâce à la mise en œuvre d'interventions reposant sur des données probantes dans le domaine de la prévention, de la détection précoce, du diagnostic, du traitement et des soins palliatifs. Une lutte contre le cancer bien conçue prend en compte la population dans son ensemble tout en cherchant à répondre aux besoins des différents sous-groupes plus vulnérables.

Cancer Control: Knowledge into Action, WHO Guide for Effective Programs, Planning, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (traduction).

3.2 Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) fut publiée en juillet 2006 sous forme d'un document de travail sous-titré « Un plan canadien de lutte contre le cancer ». Ce document a ouvert la voie à la création du Partenariat et a influencé les attentes initiales des intervenants et les conditions associées au Partenariat. Il est donc important de fournir certains détails au sujet de la SCLC pour mieux comprendre les résultats de l'évaluation, en particulier ceux provenant d'un certain nombre d'entretiens avec des informateurs principaux.

La SCLC fut conçue pour répondre à la crise du cancer au Canada. Elle se justifiait par des facteurs économiques et sociaux, entraînant des avantages pour la population canadienne, l'économie et les gouvernements. Comme exemple de bienfaits sociaux, le rapport de la SCLC⁵ parle ainsi de la crise du cancer prévue pour les 30 prochaines années :

- Près de six millions de Canadiens ou de Canadiennes auront un cancer;

⁵ Ibidem, p. 3. Estimations provenant du modèle économétrique RiskAnalytica, *Life at Cancer Risk 2005*.

- Environ trois millions y succomberont;
- Plus de 38 millions années potentielles de vie perdues seront attribuables à un décès prématuré.

On pense qu'au cours des 30 prochaines années l'adoption de la SCLC pourrait, grâce à des actions décisives et une meilleure harmonisation des ressources de lutte contre le cancer :

- prévenir un cancer pour plus de 1,24 million de Canadiens ou Canadiennes;
- sauver la vie de plus de 423 000 Canadiens ou Canadiennes;
- prévenir une perte de 7,3 millions d'années de vie potentielles.

Par exemple, en matière de bienfaits économiques, le rapport de la SCLC indique que pour les 30 prochaines années on estime que :

- le cancer entraînera des coûts de soins de santé directs de 177,5 milliards de dollars pour le système de soins de santé;
- 2,4 millions de travailleurs canadiens seront atteints d'un cancer;
- 872 000 travailleurs mourront du cancer;
- la maladie entraînera une baisse de 250 milliards de dollars des revenus fiscaux;
- l'économie canadienne enregistrera une perte de 543 milliards de dollars en salaires.

Avec la mise en place de la SCLC au cours des 30 prochaines années, on estime que l'amélioration des résultats en matière de santé permettra :

- d'économiser 39 milliards de dollars en matière de coûts directement liés aux soins de santé;
- d'empêcher la perte de 34 milliards de dollars globalement en recettes fiscales gouvernementales;
- d'empêcher la perte de 101 milliards de dollars en productivité salariale.

La SCLC adopte « une approche inclusive, intégrée et globale en matière de gestion des soins de santé, s'appliquant à tout le continuum de la lutte contre le cancer »⁶. De plus, les autres aspects de la SCLC sont les suivants :

- Il s'agit d'une stratégie fondée sur le savoir; elle maximisera le développement, l'application et le transfert du savoir et de l'expertise dans tout le Canada; De nouvelles recherches seront conçues, couvrant tout le spectre de la lutte contre le cancer; les connaissances actuelles seront mises en pratique de manière uniforme et efficace;
- La SCLC encourage, appuie et aide les initiatives de collaboration au sein de la communauté de soins liés au cancer;

⁶ Ibidem, p. 2.

- La SCLC appuie et respecte les gouvernements provinciaux et territoriaux en matière de santé;
- L'approche de la SCLC permet également une perspective nationale en permettant la comparabilité, l'uniformité et la portabilité du savoir dans tout le Canada.

Le plan d'activités de la SCLC a identifié des priorités stratégiques pour les investissements durant la période 2006-2010. Les cinq premières priorités et les groupes d'action et de travail gérant les investissements sont les suivants⁷ :

- Prévention et détection précoce du cancer
 - Groupe d'action pour la prévention primaire
 - Groupe d'action pour le dépistage et la détection précoce
- Améliorer l'expérience globale du cancer pour les patients
 - Groupe d'action pour les normes
 - Groupe d'action pour des lignes directrices de pratique clinique
 - Groupe d'action pour la réorientation des efforts
- Appuyer les effectifs en oncologie
 - Groupe d'action pour les ressources humaines
- Encourager la recherche sur le cancer
 - Groupe d'action pour la recherche
- Améliorer l'information sur le cancer et l'accès à cette information
 - Groupe d'action pour la surveillance
 - Groupe de travail sur l'application du savoir
 - Groupe de travail sur l'assurance de la qualité et du rendement

En matière de gouvernance, la première vision pour la SCLC était d'en faire une entité autonome sur le plan légal, avec un conseil d'administration (conseil exécutif) et une équipe de direction pour coordonner les investissements gérés par les groupes d'action. Un secrétariat aiderait à coordonner les activités entre les groupes d'action. On a également proposé de créer un conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, composé d'experts en matière de lutte contre le cancer, d'intervenants en oncologie et de survivants du cancer, ainsi que des responsables des groupes d'action et des groupes de travail. Ce conseil consultatif conseillerait le conseil d'administration⁸.

Le gouvernement fédéral a choisi d'accélérer l'exécution de la SCLC en créant le Partenariat canadien contre le cancer. Le modèle corporatif sans but lucratif, choisi par le gouvernement fédéral pour ce Partenariat, diffère de ce que la SCLC proposait.

Les sections qui suivent donnent un aperçu des aspects essentiels du Partenariat.

⁷ Ibidem, p. 7.

⁸ Ibidem, p. 17.

3.3 Vision, mission et stratégie du Partenariat

La vision du Partenariat est *d'intensifier la lutte contre le cancer au Canada en agissant comme catalyseur, au moyen d'une action coordonnée qui permettra :*

- *de réduire le nombre prévu de cas de cancer; d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer; de réduire le risque de décès lié au cancer pour les Canadiens et les Canadiennes; d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans le domaine de la lutte contre le cancer.*

Les trois premiers points de cet énoncé de vision sont inclus dans l'énoncé des objectifs de la SCLC. Le dernier point fut rajouté par le conseil pour refléter à quel point des répercussions sur le système de soins liés au cancer sont importantes pour faire progresser la lutte contre le cancer.

En ligne avec la vision, le Partenariat a identifié la mission suivante :

Nous formons un partenariat d'experts de la lutte contre le cancer, d'organisations caritatives, de gouvernements, de patients et de survivants du cancer, déterminés à instaurer des changements dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Nous travaillons ensemble pour stimuler l'acquisition de nouvelles connaissances et accélérer la mise en pratique des connaissances existantes sur le cancer, partout au Canada.

C'est le conseil d'administration et l'équipe de la haute direction du Partenariat qui ont mis au point sa stratégie, décrite dans le document *Partnership Strategic Plan, 2007/08 to 2011/12*⁹ et améliorée ultérieurement en février 2008. La stratégie fait partie des mises à jour annuelles des demandes de financement du Partenariat auprès de Santé Canada.

La stratégie améliorée reflète l'évolution de la SCLC initiale, en se concentrant surtout sur les domaines sur lesquels le conseil a décidé que le Partenariat aurait les plus grandes répercussions. On s'attend à ce que le conseil continue cette évolution et ces améliorations, pour refléter les changements futurs des priorités dans le domaine de la lutte contre le cancer et les répercussions réellement obtenues.

La stratégie améliorée fixe les objectifs suivants pour le Partenariat :

- Réduire les écarts de connaissances pour améliorer la lutte contre le cancer;
- Faciliter et accélérer la mise en pratique des meilleures connaissances disponibles;
- Optimiser la qualité et l'accès;
- Améliorer l'expérience du cancer des Canadiens et des Canadiennes.

⁹ *Partnership Strategic Plan, 2007/08 to 2011/12*,
<http://www.partnershipagainstcancer.ca/inside.php?lang=EN&pID=42>

Dans le domaine général de la lutte contre le cancer, on a décidé que ces objectifs étaient ceux pour lesquels le Partenariat pouvait se tenir responsable.

La stratégie améliorée inclut :

- huit priorités stratégiques, chacune disposant d'un plan d'action et de résultats escomptés pour la période 2008-2012. Ces priorités correspondent à un fractionnement des cinq priorités initiales de la SCLC en huit groupes d'actions de la SCLC :
 - Prévention primaire
 - Dépistage et détection précoce
 - Normes
 - Lignes directrices contre le cancer
 - Réorientation des efforts, maintenant « expérience globale du cancer »
 - Ressources humaines, maintenant « ressources humaines en santé »
 - Recherche
 - Surveillance

- six principaux secteurs d'intervention, chacun s'inscrivant au sein des initiatives stratégiques. Les principaux secteurs d'intervention correspondent à un effort de la SCLC pour mettre le doigt sur les secteurs qui « jouent un rôle clé dans l'atteinte des objectifs du Partenariat au cours des quatre prochaines années...couvrent l'ensemble des priorités, [exigent] une approche intégrée et offrent d'excellentes possibilités de résultats...[et] continueront d'être peaufinés au cours des quatre prochaines années, à mesure que les initiatives prendront forme et que les activités seront réalisées »¹⁰. Voici la liste des principaux secteurs¹¹ :
 - Secteurs de contenu dans le domaine du cancer, susceptibles d'amener des progrès tangibles et durables
 - Exposition environnementale aux facteurs de risque de cancer
 - Dépistage et prévention au sein de la population
 - Priorité aux patients et à un accès équitable
 - Secteurs fondamentaux qui renforcent et soutiennent la capacité du Partenariat d'induire des changements. Ces secteurs couvrent tout le continuum de la lutte contre le cancer et peuvent être optimisés par le Partenariat et ses partenaires.
 - Information exacte et complète sur le profil du cancer
 - Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer
 - Plan cohérent d'exécution d'une stratégie de lutte contre le cancer

¹⁰ Ibidem, p. 13.

¹¹ Ibidem, p. 14.

- Quatre cadres fondamentaux qui reflètent les plateformes essentielles au rôle du Partenariat dans le domaine de la lutte contre le cancer.
 - Gestion du savoir
 - Courtier du savoir et stratégie
 - Développement d'une infrastructure principale pour la gestion du savoir : le portail
 - Capacité d'analyse et gestion des risques de cancer
 - Rendement du système de lutte contre le cancer
 - Rendement de l'organisme et gestion des risques
 - Communications

3.4 Le portefeuille de projets du Partenariat

Le portefeuille de projets du Partenariat pour la période 2009-2010, composé des initiatives stratégiques, est décrit dans le tableau 3.4.1. Le travail est effectué par les groupes d'action et grâce à des activités centrales. La priorité est aux initiatives stratégiques, ce qui reflète une évolution vers un investissement dans un moins grand nombre d'initiatives, mais ayant des répercussions plus importantes. La demande de financement pour 2009-10 note :

Nos initiatives stratégiques représentent maintenant 59 p. 100 de la demande de financement pour 2009-2010. Une telle augmentation reflète de nouvelles initiatives (y compris COALITION et CAPTURE...) En nous concentrant sur les initiatives stratégiques qui ont une envergure pluriannuelle, qui mettent en avant les efforts continus des autres et qui peuvent potentiellement s'intégrer dans tout le continuum de la lutte contre le cancer, nous observons cette année une réelle progression de notre travail, créant ainsi un élan nous amenant à 2009-10¹².

Par comparaison, les initiatives stratégiques représentaient 24 p. 100 du budget global de la demande de financement pour 2008-09. Cette demande ne comprenait que six initiatives stratégiques, par rapport à dix-sept dans la demande de financement pour 2009-10.

¹² *Funding Request 2009/10*

Table 3.4.1 Distribution nominale du financement dans la demande de financement pour 2009-10, 28 janvier 2009

Demande de financement pour 2009-10. Les valeurs nominales des subventions représentent la somme totale en millions de dollars, pour une durée de 5 ans					
Initiatives stratégiques	M\$	Groupes d'action	M\$	Activités centrales	M\$
Initiative sur la recherche translationnelle	10,0	Prévention primaire	6,2	Gestion du savoir	20,5
Étude canadienne de cohorte	42,1	Dépistage du cancer	3,8	Communication et engagement auprès du public	12,0
CAREX	4,1	Normes	1,2	Rendement de la lutte contre le cancer/du système	7,6
Observation synoptique	5,9	Lignes directrices contre le cancer	5,2	Conseil d'administration et comité consultatif	4,7
Renforcement des capacités	4,6	Expérience globale du cancer	4,9	Services organisationnels	21,2
Projet d'adaptation des lignes directrices	2,0	Ressources humaines en santé	4,2	Frais uniques d'établissement	3,8
Stadification	17,4	Recherche	4,2		
Réseaux de surveillance et d'épidémiologie	4,5	Surveillance	6,8		
Dépistage du cancer colorectal	3,3				
Stratégie autochtone	4,0				
Fonds pour l'innovation stratégique	1,8				
COALITION	15,7				
Dépistage du papillomavirus et du cancer du col de l'utérus	1,7				
CAPTURE	4,8				
Soins intégrés axés sur la personne	4,8				
Survie au cancer	3,1				
Initiatives sur la qualité	4,5				
Totaux	134,3		36,5		69,7
Réserves et ajustements	(0,1)				
Total	240,4				

Le tableau 3.4.2. aligne les éléments de la demande de financement pour 2009-10 avec les huit priorités stratégiques de la demande de financement. L'objectif d'un tel alignement est de repérer les secteurs qu'il est possible de faire progresser. On peut voir qu'à chacune des priorités stratégiques se rattachent des initiatives stratégiques, le travail des groupes d'action et le travail sur les activités centrales.

Il est intéressant de noter que la demande de financement pour 2009-10 utilise pour la première fois des objectifs précis pour 2012, pour chacune des initiatives stratégiques¹³.

¹³ Ibidem, annexe 4, p. 106.

Table 3.4.2 Alignement des éléments de la demande de financement pour 2009-10 avec les huit priorités stratégiques

Demande de financement pour 2009-10	Huit priorités stratégiques du plan stratégique du Partenariat pour 2008-2012							
	Prévention primaire	Dépistage	Normes	Lignes directrices contre le cancer	Expérience globale du cancer	Ressources humaines en santé	Recherche	Surveillance
Initiatives stratégiques								
Initiative sur la recherche translationnelle	X	X	X	X	X	X	X	X
Étude canadienne de cohorte CAREX	X						X	
Observation synoptique				X				X
Renforcement des capacités	X	X	X	X	X	X	X	X
Projet d'adaptation des lignes directrices	X	X	X	X	X	X	X	X
Stadification				X				X
Réseaux de surveillance et d'épidémiologie				X				X
Dépistage du cancer colorectal	X	X						
Stratégie autochtone	X	X	X	X	X	X	X	X
Fonds pour l'innovation stratégique COALITION	X	X	X	X	X	X	X	X
Dépistage du papillomavirus et du cancer du col de l'utérus	X	X						
CAPTURE	X	X						
Soins intégrés axés sur la personne					X			
Survie au cancer					X			
Initiatives sur la qualité	X	X	X	X	X	X	X	X
Groupes d'action								
Prévention primaire	X							
Dépistage du cancer		X						
Normes			X					
Lignes directrices contre le cancer				X				
Expérience globale du cancer					X			
Ressources humaines en santé						X		
Recherche							X	
Surveillance								X
Activités centrales								
Gestion du savoir	X	X	X	X	X	X	X	X
Communication et engagement auprès du public	X	X	X	X	X	X	X	X
Rendement du système de lutte contre le cancer	X	X	X	X	X	X	X	X
Conseil d'administration et comité consultatif								
Services organisationnels								
Frais uniques d'établissement								

3.5 Activités, production et résultats du Partenariat

Le modèle logique donne un aperçu des résultats que le Partenariat doit obtenir (résultats immédiats) ou influencer (résultats intermédiaires et finaux), et la manière dont les rendements et les activités auxiliaires contribuent à ces résultats. Les questions posées lors de cette évaluation étaient étroitement liées au modèle logique.

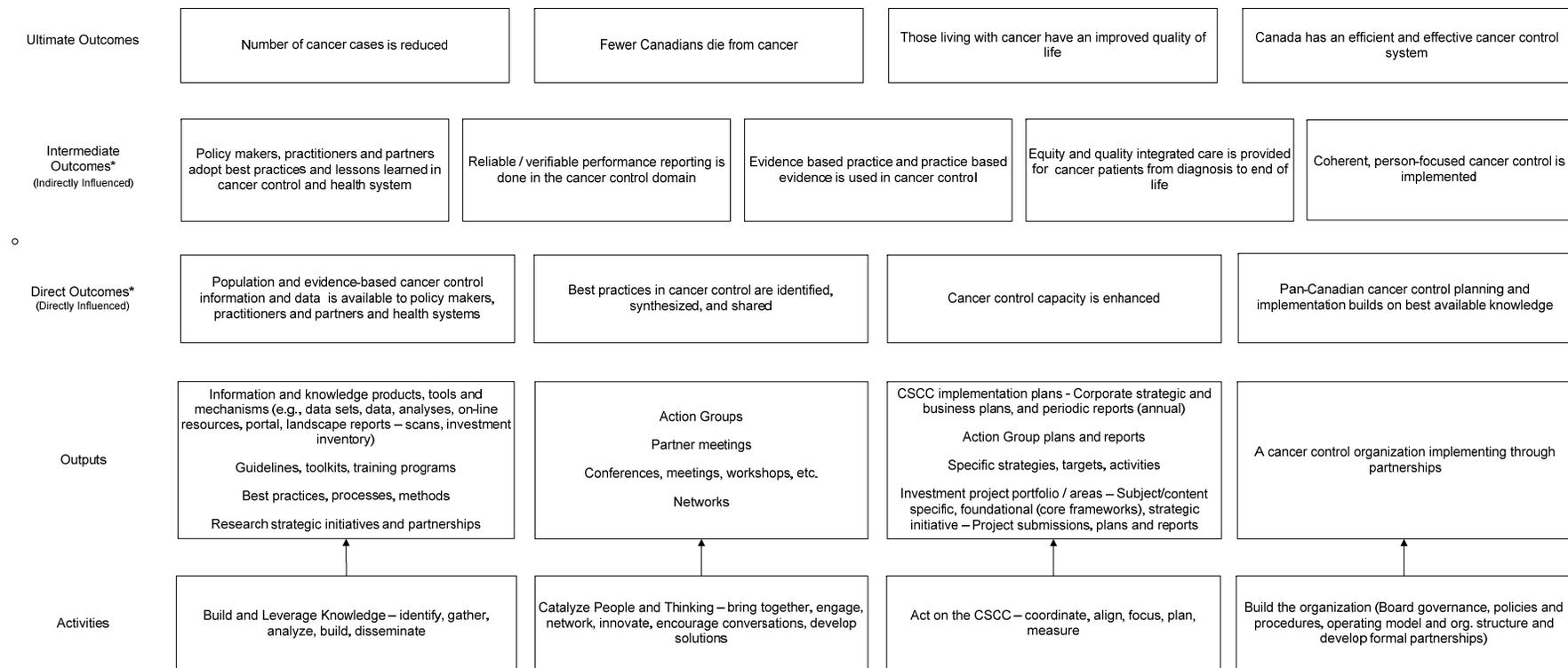
Il est à noter que ce modèle est le modèle logique du Partenariat en tant que leader pour l'exécution de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, et non le modèle logique de la Stratégie en tant que telle. Nombre d'autres intervenants au Canada jouent un rôle central et contribuent à l'exécution de la SCLC, notamment les organismes de lutte contre le cancer, les cliniciens, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, la Société canadienne du cancer, le Réseau d'action de lutte au cancer, et de nombreux autres organismes et individus.

Les activités et les rendements associés du Partenariat sont rassemblés en quatre grands groupes :

- Acquérir et multiplier le savoir
- Catalyser les personnes et les pensées
- Agir sur la SCLC
- Construire l'organisation

Ces activités et les rendements associés engendrent un certain nombre de résultats directs que le Partenariat peut facilement influencer et contrôler. À leur tour, ces résultats contribuent à des résultats intermédiaires, partagés avec d'autres intervenants, ainsi que des résultats ultimes entraînant les bienfaits les plus grands. Ces résultats ultimes correspondent aux objectifs décrits dans la vision du Partenariat et l'énoncé d'objectifs de la SCLC. Les résultats directs et intermédiaires correspondent plus aux objectifs de la stratégie du Partenariat.

Canadian Partnership Against Cancer Corporation Draft Logic Model *Draft, October 20, 2008*



* N.B. Outcomes have two key dimensions – degree of influence and time. In this logic model, the outcome levels reflect degree of influence rather than time frames, and the outcome statements themselves describe "end states" rather than directional statements. Directionality and time frames are captured through the indicators and targets set for each outcome, rather than in the outcome statements themselves.

Direct outcomes are ones over which CPAC has a high degree of influence. The achievement of these is directly tied to the outputs produced by CPAC. Intermediate outcomes are shared by CPAC, policy makers, practitioners, partners and health systems. CPAC is one of the contributors to the achievement of the intermediate outcomes. Progress towards the intermediate outcomes is a result of progress on the direct outcomes. Therefore, there is likely to be a time lag seen on progress towards the intermediate outcomes. The case is similar for the relationship between intermediate and ultimate outcomes.

3.6 Gouvernance et organisation du Partenariat

Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Partenariat (le conseil), comme sa composition le montre, représente les intervenants principaux de la lutte contre le cancer au Canada. Le conseil est formé de dix-huit directeurs¹⁴.

En accord avec le *Delegations of Authority Framework* (11 avril 2008) du Partenariat, le conseil a délégué la responsabilité de surveiller le ressourcement et les dépenses du Partenariat. En matière de ressources humaines (RH), le conseil a surveillé le recrutement de la présidente-directrice générale et est responsable de l'évaluation continue de la performance. De plus, le conseil examine les rémunérations globales des RH et approuve annuellement les salaires de l'équipe de la haute direction. En matière de dépenses, les responsabilités du conseil comprennent l'approbation du plan d'affaires et du budget annuels, des états financiers, des demandes de financement à Santé Canada, des projets individuels sous contrat et des engagements de plus d'un million de dollars, ainsi que de toutes les résolutions bancaires et des politiques de placement. Le conseil doit également approuver le plan stratégique du Partenariat, les ententes d'affiliation avec les intervenants et les partenaires, et les annonces publiques importantes.

Le conseil se réunit cinq à huit fois par an et, depuis sa création, le conseil a participé à deux séances de réflexion stratégiques. Au programme du conseil, on compte les rapports des diverses entités formant le Partenariat, notamment le président du conseil, le conseil consultatif, les sous-comités du conseil, les groupes d'action et les activités liées au cadre fondamental et à l'initiative stratégique. Les réunions se déroulent à tour de rôle dans divers lieux géographiques au Canada, pour refléter la perspective pancanadienne et permettre l'interaction avec les leaders de la lutte contre le cancer dans les provinces et les territoires, pour mieux comprendre le milieu dans lequel ils évoluent et observer les avancées du Partenariat.

¹⁴ Le conseil d'administration du Partenariat est composé de 18 membres et reflète le règlement intérieur du Partenariat en date du 3 juin 2008, qui stipule les obligations suivantes en matière de nominations.

- (i) Un directeur nommé par le ministre de la Santé du gouvernement fédéral;
- (ii) Dix directeurs élus, chaque région devant être représentée par deux directeurs :
 - (a) Cinq directeurs pouvant être affiliés à un organisme de lutte contre le cancer
 - (b) Cinq directeurs connaissant les domaines du cancer et de la lutte contre le cancer, provenant du secteur non gouvernemental
- (iii) Trois directeurs qui sont des patients atteints de cancer ou des membres de la famille;
- (iv) Deux directeurs, un affilié à l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer et un autre affilié à la Société canadienne du cancer – l'Institut national du cancer du Canada;
- (v) Un directeur par mandat spécial, qui est Autochtone;
- (vi) Deux directeurs par mandat spécial, sans restrictions en ce qui concerne leur affiliation ou non avec le gouvernement.

Les comités du conseil peuvent être permanents ou restreints, créés pour s'acquitter de tâches spéciales et offrir des recommandations au conseil sur des questions précises. Les comités permanents correspondent au comité de direction, au comité du financement et de la vérification, au comité de la gouvernance et des nominations et au comité de rendement. Il existe également un comité de surveillance du Portail qui fournit des directives sur le projet de Portail du Partenariat.

Conseil consultatif

À l'origine, le conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer (le conseil consultatif) fut créé en tant qu'organe consultatif dont la responsabilité est de conseiller le conseil d'administration. Depuis la formation du Partenariat, le mandat du conseil consultatif a été modifié. Le conseil consultatif s'occupe maintenant essentiellement de conseiller la haute direction du Partenariat.

Le conseil consultatif est coprésidé par le vice-président du Conseil et par le président-directeur général. Le conseil consultatif est formé des présidents des groupes d'action et d'experts couvrant tout le continuum des soins liés au cancer et de la lutte contre le cancer au Canada. Le Conseil nomme les membres du conseil consultatif pour une période de deux ou trois ans. Les membres se réunissent deux fois par an, parfois plus si les coprésidents considèrent que c'est nécessaire.

Structure de l'organisation

À la tête de la structure du Partenariat se trouve le président-directeur général. Le PDG est chargé de la mise en œuvre globale du Partenariat. Plus précisément, le PDG recommande le budget annuel au conseil pour approbation, et approuve les projets, les engagements et les transferts budgétaires entre les divisions et au sein de la stratégie globale. Globalement, le PDG offre un rôle de leader et une vision pour le Partenariat, et mène l'organisation de façon à obtenir des résultats.

Trois vice-présidents, chacun responsable d'un portefeuille, rendent des comptes au PDG, de même qu'un directeur général et financier responsable des finances et de la gestion. Les trois portefeuilles sont les suivants : stratégie, mesures du rendement et communications; lutte contre le cancer; gestion du savoir.

Les vice-présidents ont un certain nombre de responsabilités vis-à-vis du Partenariat. Ce sont eux qui approuvent de façon définitive le recrutement et la cessation de tout le personnel divisionnaire au sein de leur portefeuille d'activités. Ils approuvent de plus les examens de rendement annuel, les augmentations de salaire et les présences et absences pour leurs rapports dans le contexte des directions politiques approuvées par le conseil. Les vice-présidents exercent également un pouvoir délégué en ce qui concerne les dépenses engagées, au sein du plan et du budget approuvés par le conseil.

Le portefeuille Stratégie, mesures du rendement et communications est conçu pour soutenir les trois activités essentielles suivantes¹⁵ :

- Faciliter le procédé d'examen et de raffinement de la stratégie sur 5 ans, pour harmoniser les plans d'activité avec la stratégie et pour créer des opportunités de partenariat;
- Mettre au point et surveiller des mesures du rendement permettant d'évaluer la Société par rapport à ses mandats;
- Établir et maintenir une priorité pancanadienne grâce à des relations, une communication et un engagement des intervenants, et renforcer et analyser les activités de lutte contre le cancer afin d'informer les intervenants locaux et le public du travail du Partenariat et des groupes d'action.

Le vice-président, Stratégie, mesures du rendement et communications, supervise également le travail du groupe d'action pour l'expérience globale du cancer et les initiatives stratégiques sur la survie au cancer et sur les soins liés au cancer intégrés, axés sur la personne.

Le mandat du portefeuille Lutte contre le cancer est le suivant¹⁶ :

- Offrir des conseils d'experts dans le domaine de la lutte contre le cancer;
- Rechercher, analyser, mettre au point et disséminer de nouvelles initiatives en matière de lutte contre le cancer;
- Rendre compte auprès des groupes d'action des progrès en matière de lutte contre le cancer et des nouvelles questions.

Le vice-président, Lutte contre le cancer, est également le président du conseil d'action et soutien le travail des groupes d'action pour la prévention primaire, pour le dépistage et pour la recherche ainsi que le groupe de travail sur les normes, les initiatives sur la qualité et les initiatives stratégiques suivantes : rendement du système de soins liés au cancer, mobilisation nationale pour une meilleure nutrition, COALITION, CAPTURE, initiative sur le dépistage du cancer colorectal, dépistage du papillomavirus, recherche translationnelle sur le cancer (initiative de l'institut de recherche Terry Fox) et projet de partenariat canadien Espoir pour demain (cohorte).

Le portefeuille Gestion du savoir facilite la tâche du Partenariat en tant qu'organisme fondé sur le savoir s'attachant à accumuler, analyser, acquérir et disséminer le savoir existant¹⁷. Globalement, le mandat du portefeuille Gestion du savoir est le suivant :

- Harmoniser la gestion du savoir avec les priorités générales de la Société;

¹⁵ Source : KPMG (octobre 2007). *Canadian Partnership Against Cancer: Detailed Operational Design*. Rapport préliminaire, p. 18.

¹⁶ Ibidem, p. 4.

¹⁷ Ibidem, p. 34.

- Identifier les initiatives clés en matière de gestion du savoir qui répondent aux priorités de la Société;
- Déterminer les obligations de rendre compte et les responsabilités pour la mise au point et la livraison d'initiatives en matière de gestion du savoir;
- Suivre et réaliser les activités liées à la gestion du savoir;
- Contribuer à renforcer la capacité de gestion de l'information liée au savoir dans le domaine de la lutte contre le cancer;
- Permettre une modélisation et des prédictions.

Le vice-président, gestion du savoir supervise le travail des groupes d'action pour les lignes directrices contre le cancer, pour les ressources humaines en santé et pour la surveillance, ainsi que les initiatives stratégiques sur le portail, la gestion du risque de cancer, les réseaux de surveillance et d'épidémiologie, la stadification nationale du cancer, le renforcement des capacités et l'observation synoptique.

Le directeur général et financier s'assure que le Partenariat est soutenu par des services organisationnels solides, efficaces et efficaces, et des principes de gestion financière robustes. Plus précisément, la fonction financière et administrative couvre les ressources humaines, les finances, les technologies de l'information, l'aspect juridique, le bureau de gestion de projets et les services de soutien.

Groupes d'action

Les groupes d'action sont formés d'experts en oncologie couvrant tout le spectre de la lutte contre le cancer et forment des réseaux collaboratifs d'experts en accord avec les priorités du Partenariat. Les groupes d'action furent inclus dans le Partenariat en avril 2007.

Le *Plan stratégique 2008-2012* du Partenariat indique que les groupes d'action « principalement responsables du développement du savoir et des mesures directes au sein du PCCC »¹⁸.

En raison du changement du groupe d'action pour les normes vers un groupe de travail, on compte actuellement sept groupes d'action. Le tableau 3.5.1. présente des généralités au sujet de chaque groupe d'action, à savoir leur mandat, le nombre de personnes qui les composent, les ressources dont ils disposent et la manière dont ils ont évolué. Dans de nombreux cas, les groupes d'action furent formés en tant que groupes de travail ou thématiques et ont directement contribué à la mise en place de la SCLC.

Les présidents des groupes d'action facilitent la communication entre le personnel du Partenariat et les groupes d'action. Les présidents des groupes d'action dévouent une partie de leur temps de travail permanent aux efforts des groupes d'action. Chaque groupe

¹⁸ *Plan stratégique 2008-2012*, p. 28

d'action est assisté par un directeur des programmes à plein temps. Des chefs de projets sont responsables d'initiatives et de projets particuliers.

Par l'intermédiaire de leurs présidents, les groupes d'action sont tenus de rendre des comptes à la direction. Les directeurs des programmes des groupes d'action travaillent sous l'autorité du vice-président et doivent rendre des comptes au président de leur groupe d'action. Les présidents des groupes d'action sont également membres du conseil consultatif et du conseil d'action.

Tableau 3.6.1. Profil des groupes d'action

Groupe d'action	Date d'entrée en fonctionnement	Date de fin de fonctionnement	Mandat	Nombre de membres	Type de positions	Emplacement géographique des présidents et des directeurs de programmes
Groupe d'action pour les normes	Fin 2002, le secteur prioritaire « normes et lignes directrices » fut scindé en deux. Le groupe d'action pour les normes fut mis en place pour s'occuper du secteur prioritaire des normes.	Derniers procès-verbaux en date du 23 mai 2008 avant passage vers le groupe de travail sur les normes	Favoriser, grâce à une collaboration nationale, l'adoption d'une approche pancanadienne pour promouvoir, stimuler et faciliter l'élaboration, la diffusion et l'évaluation de normes et d'indicateurs pancanadiens fondés sur des données probantes touchant des points clés de la lutte contre le cancer.	n.d.	n.d.	n.d.
Groupe d'action pour le dépistage	Résulte d'un groupe de travail sur un thème de recherche (normes) lors de l'élaboration de la SCLC en 1998 Mandat original datant de juillet 2006	En activité	Le groupe d'action pour le dépistage s'occupera des questions suivantes : 1. Enjeux liés au dépistage, propres à des sièges de cancer précis, complétant les efforts des groupes d'action à vocation analogue et des comités nationaux déjà en place. 2. Enjeux plus généraux liés au dépistage du cancer	10	Directeur des programmes : temps plein Président : temps partiel	Président : programme de Toronto Directeur des programmes : PCCC, Toronto
Groupe d'action pour la réorientation des efforts/le parcours face au cancer	Résulte de groupes de travail sur les soins de soutien ou palliatifs liés au cancer datant de 1998 Fin 2002, le groupe de travail fut réorganisé en groupe d'action et séparé du groupe d'action pour les normes.	En activité	Offrir un leadership pour modifier de façon permanente le système de soins liés au cancer, afin que les personnes recevant un diagnostic de cancer et leurs familles reçoivent des soins prodigués avec compassion, reposant sur des données probantes, et répondant à tous leurs besoins, et ce, tout au long de leur parcours face au cancer. Pas de mandat à ce jour (mandat en cours d'élaboration).	14	Directeur des programmes : temps plein Président : temps partiel	Président : programme de Toronto Directeur : PCCC, Toronto

Groupe d'action	Date d'entrée en fonctionnement	Date de fin de fonctionnement	Mandat	Nombre de membres	Type de positions	Emplacement géographique des présidents et des directeurs de programmes
Groupe d'action pour la prévention primaire	1998 : groupe de travail sur la prévention. 2003 : officiellement groupe d'action. Fin 2002, le groupe de travail fut réorganisé en groupe d'action.	En activité	Mandat : a) réduire l'incidence, au Canada, des cancers qui peuvent être évités et, en fin de compte, de réduire la morbidité et la mortalité associées à cette maladie; b) jouer un rôle de premier plan dans la promotion de changements importants dans les domaines de la lutte contre le cancer et des soins de santé, ce qui permettra d'accroître les priorités et d'augmenter l'attribution des ressources de façon appropriée dans les domaines portant sur la prévention primaire et la promotion de la santé et de s'assurer que cette augmentation est garantie dans l'avenir. (Source : plan de travail 2007-08). Remarque : inchangé dans le plan de travail 08-09.	25	Directeur des programmes : temps plein Président : temps plein 50 % du temps alloué au rôle de président et 50 % en tant que conseiller scientifique principal pour la lutte contre le cancer et la gestion du savoir	Président : Partenariat, Toronto Directeur des programmes : PCCC, Toronto
Groupe d'action pour les lignes directrices	Résulte d'un thème de recherche d'un groupe de travail (normes) lors de l'élaboration de la SCLC en 1998. Fin 2002, le groupe de travail fut réorganisé en groupe d'action et séparé du groupe d'action pour les normes.	En activité	Le mandat de ce groupe d'action est de se faire le champion d'une collaboration pancanadienne grâce à des réseaux sociaux innovants qui concevront, évalueront et dissémineront des outils pour utiliser du mieux possible les données probantes en matière de lutte contre le cancer, grâce à des lignes directrices couvrant l'ensemble du continuum et tous les niveaux de prise de décision (Source : plan de travail 2008-09).	19	Directeur des programmes : temps plein Président : temps partiel	Président : Colombie-Britannique Directeur des programmes : Ottawa
Groupe d'action pour la surveillance	En 2003, le conseil exécutif de l'Alliance canadienne pour la surveillance du cancer (ACSC) et de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) a reconnu que l'ACSC devrait devenir le groupe d'action pour la surveillance de la SCLC.	En activité	Établir un meilleur système national de surveillance du cancer qui améliore la lutte contre le cancer en permettant de coordonner la planification, la mise au point et l'exécution d'initiatives de surveillance du cancer au Canada dans les domaines de la collecte d'information, l'analyse, la communication et la mise en pratique des résultats.	18	Directeur des programmes : temps plein Président : temps partiel	Président : Regina, Saskatchewan Directeur des programmes : Ottawa

Groupe d'action	Date d'entrée en fonctionnement	Date de fin de fonctionnement	Mandat	Nombre de membres	Type de positions	Emplacement géographique des présidents et des directeurs de programmes
Groupe d'action pour la recherche	Résulte d'un thème de recherche d'un groupe de travail lors de l'élaboration de la SCLC en 1998. Fin 2002, le groupe de travail fut réorganisé en groupe d'action. Le groupe d'action est le même que celui de l'Alliance canadienne pour la surveillance du cancer. À l'avenir, l'Alliance pourrait jouer un rôle dépassant le mandat du groupe d'action.	En activité	Le mandat est d'informer le Partenariat et le conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer sur toutes les questions liées à la recherche sur le cancer et à obtenir des résultats quant aux priorités stratégiques de recherche de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.	24	Directeur des programmes : temps plein Président : temps partiel	Président : Kingston, Ontario Directeur des programmes : PCCC, Toronto
Groupe d'action pour les ressources humaines en santé	Résulte d'un thème de recherche d'un groupe de travail lors de l'élaboration de la SCLC en 1998. Fin 2002, le groupe de travail fut réorganisé en groupe d'action.	En activité	Le mandat est de mettre au point, d'exécuter et d'évaluer une stratégie intégrée pancanadienne sur les effectifs en oncologie pour répondre aux besoins des Canadiens vivant avec le cancer ou susceptibles d'être affectés par cette maladie. La stratégie repose sur une prestation de services de qualité et opportuns pour la population canadienne, par les systèmes de santé et une équipe de soignants les plus adaptés, tout au long du continuum du cancer (de la prévention à la palliation).	47	Directeur des programmes : temps partiel sous contrat (réévaluation pour un poste permanent) Président : temps partiel	Président : Ottawa Directeur des programmes : Kingston, Ontario

Conseil d'action

Le conseil d'action se compose des présidents des groupes d'action, du vice-président, gestion du savoir, du vice-président, Stratégie, mesures du rendement et communications, du directeur général et financier et du président du comité consultatif de gestion des risques de cancer.

Le conseil d'action fut formé pour aider à exécuter la stratégie améliorée du Partenariat. Le conseil d'action s'occupe principalement¹⁹ d'intégrer le travail des groupes d'action, entre les groupes d'action eux-mêmes et avec les principaux secteurs d'intervention, les directions et les cadres stratégiques, et le travail global du Partenariat. Il s'agit d'un « [traduction] forum de discussion pour garantir une exécution cohérente, transparente et équitable des plans des groupes d'action ». Il fournit également « des conseils sur les meilleures stratégies d'exécution, y compris celles liées aux collaborations intersectorielles et interdisciplinaires, l'intégration de la science et de la médecine et les sources potentielles pour profiter au maximum des ressources ».

Le conseil d'action se réunit huit à dix fois par an.

3.7 Intervenants et partenaires du Partenariat

Le travail du Partenariat s'inscrit dans un cadre complexe impliquant des organismes et des individus représentant des intérêts très variés.

- Ministères fédéraux;
- Ministères provinciaux et territoriaux, ministères de la Santé, et souvent agences de lutte contre le cancer ayant divers degrés d'autonomie et organismes ayant une influence et un intérêt plus locaux.
- Toutes les étapes du continuum de la lutte contre le cancer, de la prévention au traitement jusqu'aux soins palliatifs.
- De cancers bien précis au cancer en général;
- Du cancer aux maladies chroniques;
- De la défense à l'exécution;
- De la voix des patients et des survivants aux fournisseurs du système de soins de santé, en passant par les fournisseurs de soins de santé.

Chacun de ces organismes et individus laisse une empreinte individuelle dans le paysage de la lutte contre le cancer, en fonction de facteurs comme les mandats et les rôles, et de la valeur qu'ils accordent au travail individuel ou en collaboration avec d'autres partenaires ou un organisme pancanadien comme le Partenariat.

¹⁹ PCCC (juin 2008) *Action Council Terms of Reference*

Voici une liste partielle des intervenants :

- Santé Canada : bailleur de fonds et partenaire
 - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
- Autres agences et ministères du gouvernement fédéral
 - Agence de la santé publique du Canada : questions relatives à la santé publique
 - Statistique Canada
 - Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Agences provinciales et territoriales de lutte contre le cancer
- Ministères et départements de la Santé
 - Organismes de chaque province et territoire : configurations diverses, avec certains changements importants en cours (p. ex. réduction progressive des opérations de l'Alberta Cancer Board et incorporation de la lutte contre le cancer au sein des activités de divers organismes sous l'égide des services du nouveau ministère de la Santé)
 - Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (CAPCA)
- Organismes non gouvernementaux, comme :
 - la Société canadienne du cancer
 - des associations de patients ou des organismes pour les patients : Réseau d'action de lutte au cancer (RALC), Cancer Advocacy Coalition of Canada (CACC), Campagne d'action contre le cancer
 - Associations ou organismes ciblant un siège de cancer précis
 - Groupes professionnels, comme l'Association Canadienne d'Oncologie Psychosociale (ACOP), l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO)
- Individus
 - Patients, survivants et personnes qui vivent sous le même toit ou qui s'en occupent
 - Praticiens
 - Chercheurs
- Organismes représentant une cible, un groupe de susceptibilité précis, etc., comme :
 - les Autochtones
 - les jeunes
- Autres organismes

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Inforoute Santé du Canada et autres organismes pancanadiens similaires
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)
- Universités
- Instituts de recherche
- Hôpitaux et autres centres de soins de santé

3.8 Accord de financement et demandes annuelles de financement du Partenariat

Un accord de financement²⁰ avec Santé Canada est entré en vigueur le 1^{er} avril 2007, pour une période de cinq (5) ans prenant fin le 31 mars 2012. L'accord correspond à un engagement financier allant jusqu'à cinquante millions de dollars (50 000 000 \$) par exercice financier.

L'accord de financement détaille les exigences liées au financement. Ainsi, en début de chaque exercice financier, les demandes de financement du Partenariat doivent comprendre les points suivants (liste non exhaustive) :

- activités prévues à court et à moyen terme et résultats pour l'exercice financier à venir, compatibles avec le plan stratégique et servant les intérêts de celui-ci;
- référence à la demande de financement du bénéficiaire pour l'exercice financier précédent, avec l'accent sur les succès et les défis restants;
- dépenses budgétaires du bénéficiaire pour l'exercice financier à venir et tout revenu prévu provenant d'autres sources;
- état des flux de trésorerie pour le premier trimestre de l'exercice financier;
- activités prévues lors de l'exercice financier;
- évaluations des risques et stratégies pour les atténuer;
- stratégies de surveillance continue du rendement.

L'accord de financement initial précise que le Partenariat ne peut utiliser toute portion des fonds de subvention pour accumuler des fonds excédentaires. Le Partenariat peut conserver des fonds pour couvrir les dépenses engagées non réglées lors de l'exercice financier²¹. Cette clause de l'accord de financement entraîne des questions liées au processus de financement annuel et à l'attribution du financement à des projets précis financés par le Partenariat. Les projets pluriannuels et les intervenants multiples ne se prêtent pas à une attribution des fonds sur une seule année.

L'accord de financement a entraîné une péremption des fonds la 1^{re} année, lorsque les dépenses du Partenariat étaient beaucoup moindres que les fonds alloués. D'où la demande auprès de Santé Canada pour que l'enveloppe budgétaire globale soit revisitée.

²⁰ *Funding Agreement Canadian Strategy For Cancer Control*

²¹ *Ibidem*

Ce report de l'enveloppe budgétaire fut approuvé par Santé Canada en octobre 2007. La demande globale de financement pour 2008-09 était cohérente avec la somme reportée.

À l'automne 2008, le Partenariat a soumis une requête à Santé Canada pour une plus grande souplesse d'utilisation de l'engagement financier. Les négociations ont continué pendant la majeure partie de la durée de cette évaluation.

Dans sa demande de financement pour 2009-10²², le Partenariat fait remarquer que pour 2008-09 les dépenses réelles seront probablement inférieures à la somme projetée ci-dessus. En supposant que les négociations sur la souplesse s'avèrent fructueuses, ces fonds non utilisés sont affectés aux années à venir. La demande de financement indique que la possibilité de pouvoir réaffecter les fonds permet de préserver les fonds restants de la subvention initiale.

Un accord de financement révisé offrant plus de souplesse a été approuvé le 13 mars 2009.

3.9 Outils et méthodes de gestion du Partenariat

Le Partenariat a recours à des outils et des méthodes de gestion variés pour planifier, surveiller et rendre compte de ses activités à l'échelle de l'organisme, du portefeuille (groupes d'action et cadres fondamentaux) et des projets.

À l'échelle de l'organisme, les principaux documents pour la planification, le suivi et l'établissement de rapports sont les suivants :

- Planification stratégique
 - *Partnership Strategic Plan, 2007/08 to 2011/12*, 15 mai 2007
 - *Plan stratégique 2008-2012*, mis à jour en février 2008 et en janvier 2009
- Planification des activités
 - *Business Plan 2009-2010*
 - Demandes annuelles de financement auprès de Santé Canada : partie sur les plans pour l'année à venir
- Établissement de rapports
 - Établissement de rapports trimestriels sur les finances et le rendement, pour circulation interne
 - Rapport annuel
 - Demandes annuelles de financement auprès de Santé Canada : partie sur les réalisations pour l'année passée
 - Documents de communication, comme le *Rapport d'étape, hiver 2009* (publié le 4 février 2009), des bulletins et des bulletins électroniques

²² Funding Request 09/10, 28 janvier 2009

Le Bureau de gestion de projet (BGP) a mis au point une trousse pour le portefeuille et les projets. Cette trousse contient des outils et des modèles pour faciliter l'exécution, la planification et la mise en place du portefeuille et des projets ainsi que l'établissement de rapports associés, tels qu'illustrés à l'annexe A.

4. Résultats de l'évaluation, conclusions et recommandations

La présente section, qui donne un aperçu des résultats de l'évaluation et offre des conclusions et des recommandations, est organisée en fonction des objectifs de l'évaluation présentés à la section 2.1.

La prochaine section porte sur les résultats et les réussites du Partenariat relativement à « l'atteinte de la stratégie », telle qu'elle est énoncée dans l'accord de financement. Elle présente les grandes lignes des progrès tels que déclarés dans les documents de planification, de rapport et de responsabilités clés préparés par le Partenariat et signalés par les principaux informateurs. Elle décrit l'opinion de ces derniers sur les perspectives du Partenariat de réussir son avancement. Cette section commente également sur les attentes relatives à l'évaluation des répercussions sociétales et économiques.

L'établissement du Partenariat en tant qu'organisme fut un résultat important. Ainsi, la section 4.2 se concentre sur la « Mise sur pied de l'organisme », c'est-à-dire sur son démarrage et sur les activités ultérieures réalisées par le Partenariat. Ces dernières comprennent la gouvernance du conseil, les politiques et les procédures, le modèle de fonctionnement et la structure organisationnelle qui ont été mis en place au cours des 22 derniers mois. Les sections 4.3, 4.4, 4.5 et 4.6 en fournissent des détails plus précis.

La section 4.3 porte sur les mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation établis par le Partenariat ainsi que sur leur fonctionnement aujourd'hui. Elle traite également des questions liées à l'accord de financement.

La section 4.4 donne un aperçu des constatations et des conclusions relatives aux activités entreprises en vue de préciser et d'orienter le Partenariat.

La section 4.5 se concentre sur les cadres fondamentaux mis en place afin d'orienter le Partenariat, dont la gestion du savoir, les communications, le rendement du système de lutte contre le cancer, le rendement de l'organisme et la gestion des risques. On y parle également du Bureau de gestion de projet comme facilitateur général.

La section 4.6 présente les activités du Partenariat liées à la mise en œuvre de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer à ce jour. Ces activités comprennent les groupes d'action du Partenariat et les démarches faites afin d'obtenir l'engagement des intervenants.

La section 5 du présent rapport résume les recommandations.

4.1 Réalisation de la stratégie

Résultats et réussites à ce jour

La majorité des informateurs clés externes et internes, ainsi que le Partenariat dans ses documents de déclaration, ont résumé les résultats et les réussites du Partenariat à ce jour en ces termes :

- Mise en place de l'organisation du Partenariat de sorte que ce dernier dispose d'une base solide en vue de produire des résultats;
- Transition de la SCLC d'une étape de planification et de défense visant principalement à obtenir des fonds du gouvernement fédéral, vers une étape de mise en œuvre ou d'exécution visant à changer le système de lutte contre le cancer;
- Poursuite de l'étape de mise en œuvre, alors que des activités précises sont en voie de réalisation, que des résultats se concrétisent ou sont en voie de l'être, et que certains résultats ou incidences de la première étape sont observés.

Comme on l'a souligné à la section 3, qui dresse le profil du Partenariat, on estime que l'on a mis sur pied un organisme important, sorti de l'étape initiale de démarrage pour devenir un organisme de plus en plus évolué. Les sections 4.2 et 4.3 offrent de plus amples renseignements sur les constatations et les conclusions se rapportant à l'établissement du Partenariat et à ses organismes de gouvernance, respectivement.

De plus, on considère globalement que le Partenariat a réussi la transition vers la mise en œuvre et l'exécution de la SCLC, grâce aux efforts qu'il a déployés afin d'orienter la stratégie (plus de renseignements à la section 4.4), aux processus connexes de planification et d'établissement de rapport et aux pratiques d'approbation et de gestion de projet (plus de renseignements à la section 4.5).

Le reste de la présente section porte uniquement sur le troisième point. La demande de financement du Partenariat pour 2009-2010 décrit les progrès réalisés en 2008-2009 en matière d'initiatives stratégiques, de travaux des groupes d'actions et d'activités centrales. Elle énonce les plans pour 2009-2010 ainsi que les cibles des initiatives stratégiques pour 2012. Le 4 février 2009, le Partenariat a également rendu public un rapport d'étape. Ces documents font suite à plusieurs rapports de rendement et rapports annuels, ainsi qu'aux rapports d'étape intégrés à des documents tels que les demandes de financement.

Comme l'ont souligné la demande de financement et le rapport d'étape, bien des initiatives en sont à leurs premiers balbutiements, alors que d'autres sont déjà en cours. Les principaux informateurs externes et internes au Partenariat ont indiqué que l'étape de ces initiatives était très appropriée et qu'il faut en tenir compte dans le contexte du temps et des efforts nécessaires pour, avant tout, établir le Partenariat comme entité

opérationnelle et comme point de départ de chaque initiative. Comme un répondant l'a indiqué, lorsque l'on démarre avec presque rien et que l'on travaille dans le domaine complexe du cancer, on peut presque considérer comme une réalisation le simple fait de mettre le processus en place et de le faire avancer. Dans d'autres cas, quand les travaux ont précédé le Partenariat, un progrès plus poussé était une attente raisonnable. Effectivement, on attribue l'accélération du progrès de telles initiatives à l'existence du Partenariat.

Certains informateurs importants, par exemple, faisant partie du conseil d'administration et du conseil consultatif, ont indiqué qu'ils avaient cru que les progrès auraient pu être plus rapides, mais que, lorsqu'ils y repensent, les progrès ont été raisonnables compte tenu des défis liés au démarrage et à la transition (voir la section 4.2).

Il faut aussi noter que, lorsqu'ils ont été interrogés sur les « réussites » du Partenariat à ce jour, les répondants ont souligné bien des initiatives stratégiques, en particulier :

- Le projet de partenariat canadien Espoir pour demain (l'étude de cohortes);
- Le portail du Partenariat;
- La stadification;
- Le dépistage;
- Les observations synoptiques.

Ces éléments ont également été considérés comme étant des projets « patrimoine » potentiels compte tenu de leur taille, de leur ampleur et de leurs répercussions possibles.

Fait intéressant, un petit nombre de répondants externes ont mentionné que l'étude de cohortes, même s'il s'agit d'une réussite importante, peut dépasser l'intention de la SCLC parce qu'elle se concentre sur les nouvelles recherches plutôt que sur l'application du savoir. Ce qui donne à penser que le Partenariat doit continuer d'expliquer son mandat, sa stratégie et la raison d'être des investissements.

Regard vers l'avenir

En élaborant son plan stratégique, le Partenariat a choisi ses six principaux secteurs d'intervention et les initiatives stratégiques associées comme étant les domaines pour lesquels il pourrait montrer des résultats au cours de son mandat, et ce, jusqu'en 2012. On a choisi ces initiatives stratégiques, qui ont débuté au sein des groupes d'action, parce qu'elles peuvent avoir des répercussions importantes.

Dans leurs discussions, les principaux informateurs externes et la haute direction ont laissé entendre qu'ils sont persuadés que les initiatives stratégiques apporteront les répercussions et les résultats attendus au cours des trois prochaines années, qu'elles contribuent à accélérer le progrès, et continueront à le faire, et qu'elles positionneront le Partenariat en vue d'obtenir un impact général.

Les principaux informateurs externes et internes estiment que la prochaine année sera essentielle. Le Partenariat doit vraiment se concentrer sur le « produit » et les « répercussions ». Cette affirmation est conforme à la raison d'être du Partenariat et au fait que l'accord de financement actuel n'est prévu que pour un mandat de cinq ans se terminant en 2012.

Bien des informateurs principaux externes ont indiqué que, malgré cet impératif relativement aux résultats, l'amélioration et la pertinence continues du Partenariat signifient que celui-ci devra :

- continuer d'aborder les questions liées au système tout en reconnaissant qu'il a besoin d'échéanciers plus longs pour obtenir des résultats;
- continuer de travailler avec des partenaires ou par l'entremise de ceux-ci et exploiter de nouvelles possibilités de partenariat.

Mesurer les résultats, les réussites et les répercussions à long terme

Le document de discussion stratégique énonce les attentes initiales relatives aux répercussions de la SCLC (voir la section 3.2). On a attribué à la mise en œuvre de la SCLC des avantages importants, tant sur le plan sociétal qu'économique. Au cours des 30 prochaines années, on estime que la SCLC contribuera à réduire de 10 à 20 p. 100 la gravité de la crise du cancer associée à certains facteurs. On estime qu'à elles seules les économies monétaires seront de l'ordre de milliards de dollars. Ce modèle d'estimations a été un argument de vente important auprès du gouvernement fédéral pour le financement du Partenariat.

Une entreprise a fourni les estimations en faisant appel à un modèle économétrique exclusif. Selon les entrevues réalisées auprès de plusieurs principaux informateurs impliqués à cette étape, on était préoccupé par la transparence de la méthodologie utilisée pour calculer les prévisions.

Malgré ce problème et les lacunes qu'il présente dans la capacité à prévoir les répercussions à long terme et à rendre compte de ses antécédents de rendement, le Partenariat dirige une initiative qui vise à élaborer une méthodologie transparente qui permettra d'estimer les répercussions économiques et sociétales. Il reçoit des conseils du groupe consultatif de gestion des risques de cancer multipartite, composé de cadres supérieurs et de décideurs, d'experts dans la lutte contre le cancer et d'experts en modélisation et en économie.

Les principaux informateurs ont également offert leur soutien au travail du Partenariat sur le rendement du système de lutte contre le cancer. On estime qu'un ensemble d'indicateurs bien structurés portant sur des attributs tels que l'accès et la qualité, les bonnes données visant à appuyer ces derniers, et l'établissement de rapports appropriés sont perçus, par exemple, comme pouvant influencer les personnes offrant des soins liés

au cancer dans les provinces et les territoires à rechercher les meilleures pratiques afin de combler les écarts de rendement et de faire les investissements nécessaires.

Conclusions et recommandations

Les résultats de la présente section mènent aux conclusions suivantes :

- Depuis ses débuts, le Partenariat a fait des progrès considérables dans la construction de son organisation et le développement des partenariats et des réseaux dont il a besoin pour atteindre les objectifs fixés par la SCLC, tout en faisant avancer les initiatives qui promettent d'entraîner des répercussions conformes à la vision de la Stratégie et du Partenariat.
- Toutefois, il faut constamment expliquer de quelle manière ces initiatives sont conformes à la vision de la SCLC et du Partenariat, et comment elles sont un exemple de succès aujourd'hui et forment la base des réalisations de la Stratégie à plus long terme.
- Le Partenariat a mis en place une stratégie ciblée adaptée à la mise en œuvre. Par l'entremise de cette stratégie, le Partenariat a accéléré la réalisation d'un bon nombre d'initiatives et en a démarré d'autres.
- Le Partenariat a géré un processus de changement et a fait passer la SCLC d'un modèle de gestion dirigé par des bénévoles à un modèle de gestion dirigé par un organisme. Cette situation a inévitablement soulevé des tensions sur des enjeux, comme la prise de décision, les responsabilités et la responsabilisation, et a amené la nécessité d'apporter des précisions dont il est question plus en détail dans les sections ultérieures du rapport.
- Durant ce processus de changement, le Partenariat doit veiller à continuer de favoriser les partenariats, les relations et la bonne volonté, qui sont plus durables et à plus long terme, même si cela semble retarder l'obtention des résultats attendus à plus court terme.
- Le Partenariat doit poursuivre son travail sur les modèles de gestion des risques de cancer et sur le rendement du système de lutte contre le cancer afin de :
 - démontrer les répercussions et les avantages économiques et sociaux;
 - produire des preuves qui pourraient influencer l'égalité d'accès aux soins liés au cancer et la qualité de ces soins au Canada.

En tenant compte de ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes.

Recommandation 1 : Le Partenariat progresse et obtient des résultats grâce à une stratégie améliorée de partenariat, et il semble bien placé pour poursuivre sa lancée. La majorité des intervenants appuient ces réalisations. Par conséquent, le Partenariat devrait poursuivre la mise en œuvre de la stratégie tout en faisant les ajustements nécessaires afin de composer avec les nouvelles possibilités ou de combler les écarts de rendement.

Recommandation 2 : Il faudra démontrer les répercussions et les avantages pour le secteur de la lutte contre le cancer et ses intervenants afin de maintenir le soutien. Par conséquent, il faut poursuivre les travaux sur la gestion des risques de cancer et le rendement du système de lutte contre le cancer pour que l'on puisse recueillir des renseignements sur les avantages et les répercussions, les analyser et les distribuer.

Recommandation 3 : Le Partenariat doit poursuivre ses travaux avec les partenaires, et par l'entremise de ceux-ci, et collaborer afin d'obtenir le plus de répercussions à plus long terme, même lorsque d'autres approches pourraient accélérer l'atteinte de résultats à court terme et apporter un succès rapide.

4.2 Mise sur pied de l'organisme

Plan détaillé du Partenariat

Le Partenariat a officiellement commencé ses opérations en avril 2007 après l'annonce qui a été faite en novembre 2006. Toutefois, les idées et les attentes relatives au modèle approprié d'organisme et de gestion pour le Partenariat avaient été semées depuis bien des années, pendant la création de la SCLC et peut-être même avant. C'est une toile de fond importante qui permet de comprendre les résultats de l'évaluation de la mise sur pied de l'organisme.

Parmi les attentes et les opinions exprimées par les informateurs principaux lors d'entrevues réalisées par l'équipe d'évaluation, ou enchâssées dans des documents importants, il y avait un important consensus à l'idée que le Partenariat pourrait être un organisme à long terme faisant partie intégrante du paysage de la lutte contre le cancer et qui jouerait donc le rôle continu de catalyseur du changement, de la coordination et de l'amélioration dans l'ensemble du pays.

Toutefois, les modèles de prise de décision et d'exploitation du Partenariat soulèvent des tensions. Il semble que les nombreuses personnes qui ont participé à la création de la SCLC se soient attendues à ce que les groupes d'action poursuivent la prestation de toutes les initiatives et de tous les projets, et à ce que des organismes tels que le conseil consultatif participent davantage à la prise de décision. Cette situation semble rester l'« optique » en fonction de laquelle certains continuent de percevoir le Partenariat, même lorsqu'ils disent que le Partenariat devait suivre le chemin qu'il a suivi afin d'accélérer l'action.

Premières étapes du démarrage (2006-2007)

Les premières étapes du démarrage et la transition se sont échelonnées de la fin de 2006 jusque vers la fin de mars 2007. Les principaux informateurs qui ont participé à ces étapes durant cette période ont indiqué que l'on s'était nécessairement concentré sur la mise en place des éléments absolument nécessaires au Partenariat afin d'assurer son démarrage le 1^{er} avril 2007. Pour cela, ils ont dû rendre opérationnel le conseil et un premier organisme de gestion, élaborer et négocier l'accord de financement avec Santé Canada, qui devait être en place pour le 1^{er} avril 2007, et mettre la dernière main à un plan stratégique qui devait faire partie de l'accord de financement. Durant cette période, les principaux jalons atteints ont été les suivants²³ :

- Le 24 novembre 2006, le premier ministre a annoncé la création de la société et a promis un montant de 260 millions de dollars sur une période de cinq ans pour la

²³ *Annual Performance Report, Start-up, 2006-07*, daté du 31 mars 2007.

- mise en œuvre de la stratégie. Il a nommé les personnes devant siéger à la présidence et à la vice-présidence.
- Un conseil provisoire fut mis en place afin de superviser le démarrage.
 - Une équipe de transition composée de huit personnes fut créée afin d'appuyer le conseil dans ses activités, en plus d'établir une fonction d'entreprise de base et de la diriger.

Plus spécifiquement, les affaires avec lesquelles le conseil provisoire devait composer comprenaient :

- L'adoption du Règlement administratif n° 1 qui porte sur des questions comme le processus de nomination des membres du conseil, les procédures et les responsabilités de ce dernier, les comités nécessaires du conseil, les responsabilités du conseil consultatif, y compris la création de groupes d'action et de travail, les membres, la nomination des administrateurs, les conventions bancaires, l'exercice financier, l'emplacement du siège social, la nomination des vérificateurs et les conflits d'intérêts.
- L'examen et l'approbation de l'accord de contribution conclu avec le gouvernement fédéral et qui porte sur le fonds de démarrage pour la période du 25 janvier au 31 mars 2007.
- L'examen et l'approbation des conditions de l'accord de financement conclu avec le gouvernement fédéral qui établissent le cadre de financement pour la période de cinq ans débutant le 1^{er} avril 2007, et qui ont permis que les fonds du premier exercice soient disponibles en 2006-2007. Cela comprenait d'ajouter les exigences de financement du plan stratégique et du plan de travail initiaux à l'accord de financement devant être utilisé par le nouveau conseil.
- L'examen des autres activités générales de démarrage – p. ex. baux, assurances et rémunérations.

Le désir manifesté par le conseil provisoire et l'équipe de transition de devenir opérationnels le plus rapidement possible afin de respecter l'échéance d'avril 2007 imposée pour l'obtention d'un accord de financement, assorti d'un plan stratégique quinquennal, a eu comme conséquence que le premier plan stratégique du Partenariat a été très similaire au plan de la SCLC. Le Partenariat disposait de peu de temps pour réfléchir à des améliorations ou à des ajustements qui lui auraient été pertinents.

Bien des informateurs principaux, tant de l'intérieur que de l'extérieur du Partenariat, ont également indiqué que la stratégie elle-même consistait davantage en une liste d'activités à réaliser qu'en un plan détaillé et orienté, prêt à être mis en œuvre. On a estimé que cette situation était compréhensible, compte tenu de l'étendue de l'exercice de la SCLC. Toutefois, cela a voulu dire que, même à cette étape préliminaire, on estimait qu'il y avait encore beaucoup de travail à faire pour transposer le travail en un plan détaillé et orienté.

Dernières étapes du démarrage et transition (2007-2008)²⁴

Les dernières étapes du démarrage et la transition couvrent la période d'avril 2007 à mars 2008. Cette période est marquée d'un grand nombre de jalons et de réalisations²⁵ :

Le 15 mai 2007, le premier conseil d'administration a assumé la direction, se distançant du conseil provisoire mis en place pour diriger le cadre organisationnel. Le conseil et ses comités (direction, financement, vérification, rendement, gouvernance et nominations) se réunissent régulièrement depuis cette date-là.

Au cours des mois qui ont suivi, le conseil a élaboré des politiques importantes sur la gouvernance. En outre, au cours de la période précédant la création de l'équipe de direction, le conseil s'est concentré sur l'élaboration d'un premier plan d'activités et d'opérations et a assumé plus tard son rôle de gouvernance.

L'équipe de transition a continué d'appuyer le conseil et a joué un rôle de gestion centrale jusqu'à la fin de 2007.

Le réseau de groupes d'action créés sous l'égide de la SCLC a été intégré au Partenariat en avril 2007, conformément à son accord. Au cours des mois qui ont suivi, les groupes d'action ont été incorporés à l'organisme et ont élaboré des plans visant à rendre la stratégie opérationnelle et à la mettre en œuvre. Ils sont passés de groupes bénévoles indépendants à des groupes fonctionnant à l'intérieur d'une structure de responsabilisation générale. Il a fallu officialiser des contrats conclus avec des chefs de file de la communauté pour qu'ils assument la présidence des groupes d'action. De plus, des directeurs de programmes ont été embauchés afin de coordonner les activités identifiées par les membres des groupes d'action, et de s'assurer que les projets étaient en voie de donner les résultats attendus. Bon nombre des directeurs de programmes se sont joints au Partenariat en 2008.

Chaque groupe d'action a élaboré les plans de travail, les chartes de projets et les budgets initiaux pour 2007-2008. Trente-neuf projets ont été mis de l'avant au cours de l'année. Certains projets à court terme portaient sur des possibilités particulières liées à la lutte contre le cancer, d'autres étaient des initiatives pluriannuelles visant à atteindre des jalons au cours de l'année.

Afin d'appuyer le travail du Partenariat, le conseil consultatif a été créé en octobre 2007, conformément aux règlements administratifs approuvés par le gouvernement.

²⁴ « Démarrage » du Partenariat en tant qu'organisme et entité corporative, et « transition » de la SCLC et de son orientation vers la planification et la défense vers le Partenariat, qui est axé sur la mise en œuvre et l'exécution.

²⁵ Bon nombre de ces points proviennent de la demande de financement pour 2008-2009 du Partenariat, datée du 7 mars 2008, et sont résumés ici.

À l'été 2007, le conseil a recruté une présidente-directrice générale permanente, qui a commencé à assumer ses fonctions pour le Partenariat le 1^{er} octobre 2007. Le transfert de l'équipe de transition vers une nouvelle équipe de gestion permanente a commencé à ce moment-là. Au cours des mois qui ont suivi, trois vice-présidents et un directeur général et financier se sont joints au Partenariat. Ils ont commencé la dotation en personnel de leur secteur respectif.

Un processus d'amélioration de la stratégie a été entrepris afin d'examiner et d'évaluer l'orientation de l'organisation. L'objectif général était de concentrer davantage la stratégie afin d'obtenir des répercussions importantes dans le domaine de la lutte contre le cancer, tout en maintenant l'orientation stratégique plus large mise en place par la SCLC. En novembre 2007, le conseil d'administration a tenu une séance de réflexion et a établi clairement son orientation de créer un centre d'intérêt et d'avoir des répercussions tout en explorant la possibilité d'accroître la collaboration entre les groupes d'action. En février 2008, il a publié un plan stratégique à jour pour 2008-2012.

Le conseil d'action a été créé pour coordonner la mise en œuvre de la stratégie et assurer la maximisation des activités au sein des groupes d'action; le conseil d'action a commencé à se réunir en février 2008. Il est composé des présidents des groupes d'action et de la haute direction et est présidé par le vice-président, Lutte contre le cancer.

Comme on peut le constater à partir des réalisations et des jalons énumérés précédemment, une bonne partie du travail réalisé durant cette période a continué de porter sur l'établissement des bases du Partenariat. On a mis en place les éléments clés de la gouvernance, à savoir le conseil d'administration et l'équipe de la haute direction, et créé le modèle opérationnel, soit le côté entreprise du Partenariat, les groupes d'action, le conseil consultatif et le conseil d'action, qui ont commencé leurs activités. On a constitué l'organisation générale et procédé à la dotation en personnel, avant d'introduire et d'améliorer les politiques et les procédures pour les fonctions générales.

À la suite d'entrevues réalisées avec les principaux informateurs qui ont contribué au Partenariat au cours de sa première année, nous avons pu dégager les résultats supplémentaires suivants sur les sujets abordés au paragraphe précédent :

- Les intervenants étaient enthousiasmés à l'idée de profiter pleinement de la possibilité offerte par le Partenariat, et ont ressenti l'urgence d'obtenir « des résultats au cours du mandat » tout en « incluant tout le monde ».
- En général, on comprenait que les défis liés à la mise en œuvre du Partenariat étaient très différents de ceux liés à la défense de la SCLC, et que le fait de faire passer les groupes d'action et les intervenants en mode de mise en œuvre nécessite parfois des interventions ne plaisant pas à tous.
- Certains membres des groupes d'action, qui étaient prêts à aller de l'avant dès le premier jour, ont perçu le temps consacré à la création du Partenariat en tant qu'organisme comme un obstacle qui leur a causé des frustrations.
- Certains groupes d'action se sont de nouveau sentis frustrés en raison du temps consacré à expliquer les plans et à les reformuler tout en travaillant pour un

organisme transitoire perçu pour bien fonctionner sur le plan administratif, mais présentant des lacunes au chapitre de son expertise sur le cancer. Ils étaient également contrariés à cause des exigences imposées au Partenariat en matière de planification et d'établissement de rapports, aux fins de diligence raisonnable et de gestion de projet, comparativement à l'expérience antérieure de bien des bénéficiaires de subventions de recherche.

On a également indiqué ce qui suit :

- On perçoit la mise en place de l'équipe de direction comme un jalon essentiel du Partenariat. Ce geste a amené une impression de permanence à l'organisme et a permis au conseil d'administration de s'éloigner de l'aspect opérationnel pour assumer un rôle de gouvernance plus approprié et pour diriger le processus de dotation de l'organisme. La venue à bord d'une vice-présidente, experte en oncologie reconnue à l'échelle nationale, a été considérée comme une étape importante pour faire avancer l'organisation et pour renforcer sa crédibilité auprès de la communauté en oncologie.
- La dotation en personnel de l'organisme au cours de cette période a permis de mieux répartir le travail; auparavant, les vice-présidents étaient « poussés » pour faire le travail des administrateurs, et la PDG faisait le travail des vice-présidents. Toutefois, ce processus de dotation a été long en raison des procédures à suivre et de la nécessité de trouver les bonnes personnes. Ainsi, on a poursuivi la dotation des postes de directeur de programmes jusqu'au début de 2009.
- Le rôle des groupes d'actions et de leurs présidents, relativement à celui des nouvelles vice-présidentes et leur personnel, et des directeurs de programmes, manquait de transparence. En fait, on a été jusqu'à se demander quelle partie des groupes d'action, si tant est qu'il en existe, faisait partie du Partenariat en tant que corporation.
- Le rôle du conseil consultatif manquait également de transparence ou, du moins, les membres ne s'entendaient pas au sujet du rôle établi pour ce dernier, par rapport à leurs attentes provenant de la SCLC.

La section 4.4 aborde plus en profondeur les résultats de la mise à jour de la stratégie quinquennale du Partenariat. À la section 4.5, il est question des politiques et des procédures se rapportant à la planification du travail, à la communication de rapport ainsi qu'aux projets et initiatives des groupes d'action. Enfin, la section 4.6 discute de la mise en œuvre des projets et des initiatives.

Cette année (2008-2009, jusqu'en février 2009)

Au cours des dix derniers mois, la mise en place de l'organisme s'est poursuivie, et la Stratégie elle-même a continué d'avancer et d'accélérer ses travaux. À la section 4.1, il a déjà été question des réalisations de la Stratégie. Pour ce qui est de l'organisme lui-même, le changement correspond au fait que le Partenariat est maintenant fonctionnel; il est composé d'un conseil d'administration, qui assure l'orientation générale et la

gouvernance, de l'équipe de la haute direction et du personnel en place et opérationnel, et d'une stratégie ciblée sur la façon de mettre en place la SCLC afin d'obtenir un maximum de répercussions à court, moyen et long terme.

Le Partenariat a continué d'examiner sa propre capacité de gestion. Il a embauché Management Matters, une société d'experts-conseils en conception organisationnelle, pour évaluer son efficacité organisationnelle. Le Partenariat voulait évaluer la conception et l'harmonisation de la structure organisationnelle, les rôles et les responsabilisations, afin de pouvoir offrir l'orientation stratégique établie et les engagements pris dans l'accord de financement.

À la séance stratégique d'octobre 2008, à laquelle ont participé des participants externes et des membres du personnel du Partenariat, il est devenu de plus en plus évident que la priorité était les mesures qui feraient avancer la stratégie globale, composée de huit initiatives stratégiques prioritaires réparties en six secteurs principaux (voir la section 3.3). Des séances stratégiques similaires ont été organisées pour plusieurs des huit secteurs prioritaires.

En fait, lors des entrevues avec les informateurs principaux entre décembre 2008 et février 2009, ces derniers ont fait part des points de vue généraux suivants, partagés tant à l'interne qu'à l'externe :

- Le Partenariat était parvenu à renforcer sa capacité en vue d'obtenir des résultats;
- Le Partenariat avait déjà utilisé sa capacité pour lancer des initiatives importantes qui donneraient des résultats au cours des cinq prochaines années de son mandat, ainsi qu'à plus long terme;
- Le Partenariat a peut-être avancé plus lentement que prévu, mais en rétrospective, il se trouve maintenant à peu près là « ou l'on s'attendait à ce qu'il soit »;
- La capacité établie au sein du Partenariat, si elle est utilisée à bon escient, lui permet de continuer d'améliorer son rendement et ses répercussions.

En même temps, un échantillon représentatif de répondants internes et externes ont fait remarquer qu'un gouffre demeure entre bien des personnes qui ont participé à la création de la SCLC originale et celles responsables de l'orientation actuelle du Partenariat. Notamment, à quel point l'influence antérieure est prise en compte sur ce qui est mis en œuvre, la façon dont cela est fait et qui l'a fait. La nature du gouffre a été exprimée le plus souvent en termes de rôles du conseil consultatif et des groupes d'action.

Conclusions et recommandations

Les résultats de la présente section mènent aux conclusions suivantes :

- Le Partenariat, à savoir le conseil d'administration, l'équipe de la haute direction et le personnel, a mis en place les composantes de base en vue de créer un

- organisme durable à long terme qui en est venu à faire partie du paysage de la lutte contre le cancer, qui connaît son rôle continu et l'accepte de plus en plus. Ces réalisations ont nécessité un processus important de gestion du changement, qui se poursuit.
- Même durant le processus de mise sur pied, le Partenariat et ses groupes d'action ont continué de faire avancer la stratégie sur bien des fronts.
 - Comme les composantes de base sont en place, l'orientation a changé et doit continuer de porter sur la réalisation d'initiatives ou de projets, sans pour autant négliger les avantages et les répercussions réalisées et la communication de ces répercussions aux intervenants.
 - Il faut préciser les rôles et les activités des groupes d'action et du conseil consultatif en tenant compte des autres mécanismes consultatifs mis en place pour un grand nombre de priorités et d'initiatives particulières, p. ex. le comité consultatif de gestion des risques de cancer, le réseau national de dépistage du cancer colorectal, le comité de planification de la tribune nationale sur la lutte contre le cancer pour les Premières nations, les Inuits et les Métis.

En tenant compte de ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes.

Recommandation 4 : Le Partenariat doit se concentrer fortement sur l'objectif visé et, pour l'instant, collaborer avec sa structure opérationnelle et consultative actuelle, et ses modes de prestation, par l'entremise de celle-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants. Gardant cela à l'esprit, on recommande de préciser le rôle du conseil consultatif par rapport aux autres mécanismes consultatifs mis en place pour des priorités et des initiatives spécifiques (p. ex. le comité consultatif de gestion des risques de cancer, le réseau national de dépistage du cancer colorectal).

Recommandation 5 : Au moment d'élaborer de nouvelles initiatives, priorités et possibilités en vue d'atteindre les objectifs de la SCLC, il serait bon que le Partenariat mette en place de nouvelles approches consultatives et de prestation si celles qui existent sont inadéquates.

4.3 Mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation

Les mécanismes de gouvernance et de responsabilisation du Partenariat sont décrits à la section 3.6 et leur évolution à la section 4.2. La présente section porte sur les résultats supplémentaires et les conclusions qui en ont résulté, en particulier à la suite des entrevues réalisées auprès des informateurs principaux.

Conseil d'administration

En général, les informateurs principaux avaient une opinion favorable du conseil d'administration, de ses travaux et de sa contribution. Voici des observations plus spécifiques formulées par des informateurs principaux et des membres du conseil :

- Le conseil a assumé efficacement son leadership.
- On estime que la composition du conseil représente bien l'expertise et la représentation des groupes d'intervenants principaux, selon les paramètres établis pour la composition du conseil.
- Le conseil a réussi son passage vers un rôle de gouvernance plus normal par rapport à un rôle plus « pratique » à ses débuts.
- Certains membres du conseil ont fait savoir qu'ils préféreraient que des discussions plus stratégiques aient lieu, tandis que d'autres ont laissé entendre qu'ils aimeraient tenir des discussions plus approfondies sur certains enjeux.
- En général, les membres du conseil estimaient qu'ils recevaient de bons renseignements de la haute direction.

En outre, les informateurs principaux ont souligné que, comme la composition du conseil change au fil du temps, il sera important de maintenir une continuité et un momentum. Le Conseil semble avoir bien compris le commentaire.

Équipe de la haute direction

En général, les informateurs principaux estimaient que l'équipe de la haute direction (PDG, vice-présidents, directeurs de programmes et administrateurs) était solide et s'occupait bien de l'organisme, et qu'elle reflétait maintenant un bon amalgame d'expertise et d'expérience dans les domaines de l'oncologie et de la gestion.

Les informateurs principaux ont formulé les commentaires particuliers suivants :

- L'équipe de gestion est relativement restreinte et travaille énormément; elle doit être prudente pour éviter l'épuisement professionnel.
- L'équipe doit manifestement se concentrer sur les résultats, mais en même temps elle doit s'assurer de continuer de faire participer des partenaires nouveaux et potentiels.

Conseil consultatif

Comme on l'indique à la section 3.6, le mandat du conseil consultatif a été révisé en septembre 2008 pour lui permettre de conseiller davantage la haute direction du Partenariat plutôt que le conseil d'administration.

Lors des entrevues réalisées avec les informateurs principaux, certains points ont émergé, notamment :

- En général, les informateurs principaux du conseil d'administration du Partenariat estimaient que le rôle approprié du conseil consultatif consistait à conseiller la haute direction, et par là-même le conseil d'administration. Ce qui était conforme aux responsabilités du conseil. On a également noté que, même si la vice-présidente du conseil coprésidait le conseil consultatif, elle présentait peu de résultats des réunions du conseil consultatif au conseil d'administration.
- Les informateurs principaux de l'équipe de gestion du Partenariat ont estimé que la réunion du conseil consultatif de l'automne 2008 avait été très efficace et bien reçue, et se concentrait sur la discussion d'un point particulier, à savoir la « collecte » de renseignements auprès des membres, au lieu de leur fournir une masse d'information. L'impression était que ce serait un bon modèle qui irait de l'avant.
- Des informateurs principaux du conseil consultatif, surtout ceux qui ont œuvré pour la SCLC, ont indiqué que le conseil tel qu'il était dirigé n'était pas « ce envers quoi ils s'étaient engagés ». Ils ont indiqué qu'ils souhaitaient que le conseil consultatif soit plus proactif pour ce qui est de « donner des conseils ».

Conseil d'action

On estime que le conseil d'action est un forum utile pour garantir les communications internes et les partenariats. De même, on estime que les réunions mensuelles des directeurs de programmes sont bénéfiques, parce qu'elles contribuent à informer les groupes d'action des activités continues et qu'elles facilitent l'interaction entre les groupes d'action.

Accord de financement

L'accord de financement conclu entre le Partenariat et Santé Canada a été décrit brièvement à la section 3.8. On y décrit les questions relatives au report de fonds durant la création « accélérée » du Partenariat et les difficultés sur le plan du financement de projets pluriannuels offerts par des intervenants multiples lorsque les fonds ne peuvent être reportés à un autre exercice.

Lors des entrevues réalisées avec les informateurs principaux, les points suivants ont été soulevés :

- Pour ce qui est des mouvements de fonds :
 - L'attribution de 50 millions de dollars par année à compter de la 1^{re} année ne prenait pas en compte la période d'accélération de la mise sur pied de l'organisme. Pour bien des projets, cela a donné lieu à des crédits non utilisés.
 - Une période de cinq ans pour le financement était probablement trop courte. Il aurait probablement été plus approprié d'établir une période de 7 à 8 ans, compte tenu de la période d'accélération et du temps requis pour mettre sur pied et réaliser certains projets.
 - Il faut constamment prévoir le financement pluriannuel et le report, de façon à utiliser les fonds quand les projets sont prêts, au lieu de rester avec des crédits non utilisés. En d'autres mots, le modèle de financement ne correspond pas au mode de fonctionnement et, par conséquent, les gens commencent à penser en termes de budgets opérationnels par rapport à des budgets consacrés à des projets.
 - Le Partenariat a fait des présentations à Santé Canada afin d'obtenir une plus grande souplesse dans son entente de financement et, au moment de réaliser la présente évaluation, ces présentations faisaient l'objet de discussion.

- Pour ce qui est de l'établissement de rapports en relation à l'accord de financement :
 - Santé Canada exige que le Partenariat continue de rendre compte de ses résultats et fasse parvenir ses plans en fonction des huit priorités qui faisaient partie de la stratégie originale du Partenariat, et non simplement en fonction de son plan stratégique amélioré. En même temps, Santé Canada reconnaît que le Partenariat possède la souplesse nécessaire pour s'adapter à ce qui est mis en œuvre au sein de chacune des huit priorités.
 - La haute direction du Partenariat était d'avis que cela liait l'évaluation réalisée par le gouvernement fédéral à un cadre stratégique plus vieux. Elle a toutefois continué de se conformer aux exigences de Santé Canada, notamment en incluant une section détaillée des progrès réalisés dans son rapport d'étape de février 2009.

Un accord de financement révisé offrant la souplesse demandée a été approuvé le 13 mars 2009.

Conclusions et recommandations

Les résultats qui précèdent mènent aux conclusions suivantes :

- Les mécanismes généraux de gouvernance et de responsabilisation du Partenariat sont en place et fonctionnent bien.
- Le Partenariat devrait bénéficier d'une plus grande souplesse accordée dans son accord de financement révisé et approuvé le 13 mars 2009.

Nous n'avons formulé aucune recommandation dans ce secteur.

4.4 Amélioration et orientation de la stratégie de lutte contre le cancer

Comme mentionné à la section 4.2, on a entrepris un processus d'amélioration de la stratégie en 2007 et au début de 2008 afin d'examiner et d'évaluer l'orientation de l'organisme. L'exercice général visait à mieux se concentrer sur la stratégie afin d'obtenir des répercussions plus importantes au chapitre de la lutte contre le cancer tout en maintenant l'orientation stratégique plus large établie par la SCLC. Le conseil d'administration a tenu une séance de réflexion en novembre 2007 et a clairement fait savoir qu'il voulait établir une orientation et obtenir des résultats, tout en étudiant la possibilité d'accroître la collaboration entre les groupes d'action. Un nouveau plan stratégique pour 2008-2012 a été publié en février 2008.

Le nouveau plan stratégique, qui guide toujours le Partenariat, conserve les huit secteurs prioritaires du premier plan stratégique, mais a mis en lumière six principaux secteurs d'intervention et leurs initiatives stratégiques connexes. Il s'agit des secteurs pour lesquels le Partenariat estime pouvoir obtenir des répercussions importantes durant son mandat.

Une façon de mettre ce travail en perspective est en l'opposant au cycle suivant :

- Concept – conception – élaboration – déploiement – surveillance/examen/évaluation

La SCLC originale a souligné au fond les aspects concept, conception et élaboration approfondie de la stratégie. Comme on l'a indiqué précédemment, le premier plan stratégique du Partenariat était très similaire à celui de la SCLC, parce qu'il a dû mettre rapidement en place les accords de financement. Il a donc passé à la mise en œuvre sans pour autant élaborer une stratégie de façon détaillée. L'amélioration de la stratégie décrite précédemment visait surtout à réfléchir au concept et à la conception, puis à énoncer les détails de l'élaboration.

Des entrevues réalisées avec les informateurs principaux de tout l'organisme ont laissé entendre qu'il était important que le Partenariat améliore la SCLC et lui donne une orientation. Comme on l'indique à la section 4.1, les initiatives stratégiques choisies correspondent aux secteurs que bien des informateurs principaux estimaient être importants.

De plus en plus, on se concentre sur les mesures qui feraient avancer la stratégie améliorée, comme le démontre la séance stratégique d'octobre 2008 organisée avec les participants externes et les employés du Partenariat. D'autres séances stratégiques similaires ont eu lieu pour plusieurs des huit secteurs prioritaires, afin de créer une appartenance dans l'ensemble du pays.

Conclusions et recommandations

Nous concluons que les intervenants appuient largement l'amélioration et l'orientation de la SCLC telles qu'elles sont présentées dans le Plan stratégique du Partenariat, et précisées en février 2008. Aucune recommandation n'est formulée dans ce secteur.

4.5 Cadres fondamentaux et facilitateurs généraux

La présente section présente les résultats et les conclusions pour les cadres fondamentaux et les facilitateurs généraux.

Gestion du savoir

La gestion du savoir englobe trois secteurs :

- Courtier du savoir et stratégie
- Développement d'une infrastructure principale pour la gestion du savoir : le portail²⁶
- Capacité d'analyse et gestion des risques du cancer

Les informateurs principaux externes perçoivent le cadre fondamental de la gestion du savoir principalement dans le contexte du portail du Partenariat et, dans certains cas, du modèle de gestion des risques de cancer. Comme indiqué à la section 4.1, ils perçoivent également le projet de portail comme une initiative très importante pour l'organisation et la diffusion du savoir, qui appuie également les travaux et la collaboration au sein du Partenariat, notamment les réseaux externes, les organismes et les particuliers, et qui rejoint divers auditoires. Ils ont toutefois aussi une attitude « attentiste » à l'égard des répercussions du portail – qu'il ne s'agisse pas seulement d'un « autre portail » marquant le paysage du cancer.

Les informateurs principaux internes ont indiqué que le cadre de gestion du savoir est important afin d'élargir les bienfaits du Partenariat et de faire participer un plus grand nombre d'intervenants et de partenaires (c.-à-d., « une nouvelle tente plus grande »). Le Partenariat est perçu comme étant la base interactive et communicative de l'organisme, essentielle pour rassembler la communauté. Cela sera le thème unificateur des outils Internet, de l'information et des bases de données pour toutes les priorités de la stratégie.

Pour ce qui est des procédés utilisés pour la conception du portail, les principaux informateurs ont également déclaré ce qui suit :

- L'approche itérative adoptée est plus avantageuse que l'approche plus traditionnelle de conception de systèmes.
- De bons outils de communication sont en place pour concevoir le portail et renforcer l'obligation de rendre des comptes par rapport au projet (comme des réunions mensuelles avec le groupe consultatif du portail, des mises à jour mensuelles à la haute direction, des mises à jour présentées au comité du portail du conseil d'administration, des mises à jour régulières pour les directeurs de programmes).

²⁶ Une étude de cas est en cours d'élaboration pour l'initiative du portail du Partenariat.

- L'engagement continu des directeurs de programmes envers le projet du portail permet de mieux comprendre ce que cela représente de travailler dans un milieu de collaboration – en même temps, il y a peu d'interactions avec les présidents des groupes d'action.

De plus, pour appuyer le travail du groupe d'action, on a créé un répertoire servant d'outil de gestion du savoir.

Pour ce qui est du modèle ou de l'outil de gestion des risques de cancer, tel qu'indiqué à la section 4.1, il s'agit d'une initiative importante permettant d'évaluer les répercussions sociétales et économiques des interventions du Partenariat et qui modèle activement les différents programmes de lutte contre le cancer et leurs résultats potentiels. Les provinces et les territoires peuvent également utiliser le modèle pour leurs propres initiatives.

Rendement du système de lutte contre le cancer²⁷

Le présent cadre fondamental prévoira une carte de pointage qui permettra de constater les réalisations des provinces et des territoires en matière de lutte contre le cancer, pour l'ensemble du continuum. Cette carte aura comme avantage :

- de servir à prévoir les besoins et à permettre la planification;
- de faire une analyse comparative internationale (R.-U., France, Allemagne, Australie);
- de servir d'outil pour l'élaboration de politiques et la prise de décision.

La carte de pointage consistera en un ensemble amélioré d'indicateurs des taux d'incidence, de prévalence et de survie, à savoir les répercussions sur la population, et sera conçue en consultation avec le groupe d'intervenants et le comité directeur. L'objectif est d'amener le nombre actuel de quelque 800 indicateurs à 60 ou 80. Des critères de sélection des indicateurs ont été élaborés. Le prochain défi consistera à obtenir l'appui des provinces, même si l'on suppose que le désir est là.

L'initiative est perçue comme s'intégrant au partenariat. Elle semble bien s'harmoniser et s'intégrer à la gestion du savoir. De plus, elle s'intègre au groupe d'action pour la surveillance, afin d'améliorer la surveillance, c.-à-d., la capacité analytique améliorée afin de permettre une utilisation rapide de l'information et l'ajout des éléments de base à la capacité d'explication.

L'initiative est sur la bonne voie pour ce qui est de tous les résultats prévus et les cartes de pointage pour les indicateurs devraient être présentées en avril 2009.

Pour ce qui est de l'utilisation actuelle de la carte de pointage, un défi consistera à obtenir les données de façon uniforme de l'ensemble du pays. En outre, il pourrait y avoir des

²⁷ Il s'agit d'un sujet potentiel pour une étude de cas.

problèmes au sujet du partage de données par les provinces qui ne veulent pas être comparées aux indicateurs de la carte de pointage ou qui ne sont pas d'accord avec ceux-ci. Ces problèmes nécessiteront une réflexion stratégique.

Rendement de l'entreprise et gestion des risques

La carte de pointage du rendement de l'entreprise et de la gestion des risques est bâtie sur l'approche de la carte de pointage équilibrée et englobe quatre visions du rendement :

- Gestion des finances et du portefeuille;
- Mécanismes de prestation;
- Intervenants;
- Excellence organisationnelle;

en plus des évaluations des risques liées à chaque vision.

Chaque vision est accompagnée d'indicateurs de rendement destinés au conseil et à la direction, qui disposent chacun de valeurs et de cibles actuelles et antérieures. Le mécanisme de prestation répartira les résultats par groupe d'action et par initiative stratégique. La carte de pointage du conseil contient les indicateurs et les cibles pour ce dernier.

Selon l'expérience de l'équipe d'évaluation dans le domaine de la gestion du rendement et des risques, ce cadre fondamental fournit une image solide de l'ensemble du rendement et des risques, surtout au niveau des activités et de la production.

Lorsque l'on examine le rapport de rendement en fonction des résultats du modèle logique (voir la section 3.5), il semble y avoir des lacunes qui ne seront pas comblées, même si l'on tient compte des renseignements provenant de l'outil de gestion des risques de cancer et de l'outil d'évaluation du rendement du système de lutte contre le cancer. Dans une certaine mesure, les résultats et les cibles fixées dans la demande de financement 2009-2010 pour les initiatives stratégiques 2009-2010 aideront à combler les lacunes. Toutefois, ce ne sont pas ici encore des cibles du niveau de résultats.

Communications et relations avec les intervenants

Les communications ont des dimensions internes et externes. Sur le plan des communications internes, les principaux informateurs du Partenariat ont fait remarquer ce qui suit :

- Il doit y avoir davantage de communications internes pour tous les secteurs du Partenariat. Ainsi, les directeurs de programmes devraient communiquer plus efficacement l'orientation stratégique et les priorités aux groupes d'action – ces messages seraient le récit « global » du Partenariat par opposition aux nombreux récits locaux du groupe d'action.

- Étant donné que bon nombre d'employés clés se sont joints récemment au Partenariat, il faut communiquer clairement le fonctionnement du Partenariat, comme le travail des groupes d'action et la manière dont il s'intègre à la stratégie générale et s'harmonise aux nouveaux engagements stratégiques.

Sur le plan des communications externes, les principaux informateurs du Partenariat ont indiqué que le message doit évoluer, ce qui est effectivement le cas, étant passé du message initial de « voici qui nous sommes », à « voici ce que nous faisons », puis à « voici nos réalisations et nos répercussions ». Ils ont également estimé qu'il fallait communiquer systématiquement la valeur ajoutée du Partenariat. Toutefois, pour fournir un message crédible, il faut disposer de renseignements quantitatifs sur le rendement.

Les commentaires formulés par les principaux informateurs externes fournissent des points de vue supplémentaires :

- Le Partenariat ne profite pas pleinement de la possibilité de profiter au maximum de ses partenaires dans son approche aux communications.
- On se demande si la stratégie de communication vise à informer les autres du travail du Partenariat ou à établir un dialogue national sur la lutte contre le cancer.

Enfin, l'équipe d'évaluation fait part d'une observation fondée sur son propre examen des documents du Partenariat. Il est assez complexe de suivre l'histoire de rendement du Partenariat et d'en rendre compte. Le cadre fondamental, ou la « table des matières », a changé au fil du temps si on le compare aux cinq priorités originales (et aux huit groupes d'action) retrouvées dans les documents de la SCLC, aux huit priorités (mêmes secteurs que les huit groupes d'action) du plan stratégique original du Partenariat, et aux huit priorités et six principaux secteurs d'intervention du plan stratégique amélioré du Partenariat. Cela pose un défi lorsqu'il s'agit de communiquer une histoire directe à divers auditoires. Ainsi, le Rapport d'étape de février 2009 était organisé autour de trois thèmes qui recouvraient les initiatives stratégiques. Comme la stratégie semble s'être stabilisée, il devrait être possible de convenir d'une « table des matières » aux fins de communication.

Bureau de gestion de projet (BGP)

Les observations suivantes sont basées sur l'examen de document et sur les commentaires reçus des principaux informateurs associés au Bureau et aux utilisateurs du système de gestion de projet, comme les directeurs de programmes.

L'examen de la documentation du BGP a permis de constater le manque d'harmonisation entre les objectifs des plans de projet, les objectifs du Partenariat et les résultats prévus. Ainsi, le modèle du plan de projet exige d'identifier des mesures du succès pour chacun des objectifs du projet, et les objectifs énoncent les six secteurs principaux d'intervention du Partenariat et les font avancer. Toutefois, ces éléments ne sont pas harmonisés aux objectifs du Partenariat ni aux résultats prévus liés aux priorités stratégiques.

On remarque l'amélioration continue par des ajustements et des répétitions d'outils et de modèles de gestion de projets, la formation fournie aux directeurs de programmes et aux autres employés, et la conception de documents d'orientation. Au cours des premières années du Partenariat, les modèles de planification du travail ont été adaptés afin de satisfaire aux demandes des exigences relatives à la communication de rapport pour l'accord de financement. Certains répondants ont fait valoir que le changement d'un cycle à l'autre était une source de frustration.

Le BGP a conçu des outils de gestion de projets communs auxquels les directeurs de projets et les gestionnaires peuvent avoir facilement accès en consultant un disque dur partagé. Cette « trousse » contient des outils de gestion de projets pour la mise en marche, la planification et l'exécution de projets. Les résultats découlant des entrevues réalisées avec les principaux informateurs révèlent que le BGP a été d'un soutien utile pour accommoder la courbe prononcée de l'apprentissage en gestion de projet. Les informateurs ont également indiqué que, même s'ils reconnaissaient l'importance de la gestion et de la surveillance de projets ainsi que la communication de rapports, la formation continue et appliquée était nécessaire. De plus, bien des répondants ont identifié qu'il fallait améliorer les communications entre le BGP et les directeurs de projets et les gestionnaires au sujet de la valeur ajoutée des outils du Bureau et les défis relatifs à leur mise en œuvre, afin d'améliorer le soutien de l'approche générale de la gestion de projet du Partenariat.

Une approche solide et exhaustive à la gestion des risques pour la planification de projet et l'établissement de rapport a été élaborée. Cette approche consiste à identifier, à évaluer et à analyser des risques, un projet à la fois, en fonction du groupe d'action. On tient compte du risque. De plus, l'évaluation et la surveillance des risques sont fortement alignées au projet, au portefeuille et à l'ensemble de l'organisme (rendement et gestion des risques de l'organisme).

Conclusions et recommandations

Les résultats liés aux cadres fondamentaux et aux facilitateurs mènent aux conclusions suivantes :

- C'est le bon moment de décider d'un cadre de mesure de rendement (résultats, production et activités avec indicateurs du rendement). Un tel cadre est une partie intégrante de la planification, de la surveillance, de l'établissement de rapports et des communications. Pour ce cadre, il faut continuer d'établir des rapports sur les huit priorités énoncées dans la stratégie originale du Partenariat.
- La carte de pointage du rendement et de la gestion des risques de l'organisme est très utile à la prise de décisions opérationnelles, mais ne donne pas un rapport complet de tous les résultats. Il faut combler cette lacune.

- Il faut améliorer l'approche de gestion du projet (p. ex. stabiliser l'approche ainsi que les outils et les modèles connexes) et expliquer les avantages et la valeur ajoutée de cette utilisation pour qu'ils soient compris des participants au projet.

En tenant compte de ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes.

Recommandation 6 : Le Partenariat devrait concevoir un cadre de mesure du rendement exhaustif fondé sur un modèle logique (c.-à-d., résultats, production et activités) comme celui élaboré pour la présente évaluation.

Les initiatives actuelles, à savoir la carte de pointage du rendement et de gestion des risques de l'organisme, le modèle de gestion des risques de cancer, le rendement du système de lutte contre le cancer, seraient alimentées dans ce cadre de mesure du rendement.

Il faudrait identifier toute lacune supplémentaire dans la capacité de fournir l'histoire entière du rendement et la combler, le cas échéant.

4.6 Activités de mise en œuvre

Groupes d'actions

Comme on l'indique à la section 3.6 précédente, la majorité des groupes d'action se sont développés à partir de la SCLC. De plus, comme on l'explique à la section 4.2, on s'attendait à l'époque que les groupes d'action fassent partie intégrante de la stratégie continue et deviennent le point de prestation des initiatives du Partenariat, et que les présidents des groupes d'action jouent un rôle de gouvernance important. Les groupes d'action auraient été composés de membres représentant différents intervenants, y compris la voix du patient, et auraient permis de canaliser l'information et la consultation à l'intérieur et à l'extérieur du Partenariat. Ils auraient également permis de continuer de mettre en valeur le temps bénévole utilisé par les membres des groupes d'action participant aux diverses initiatives.

Pour ce qui est du rôle des groupes d'action au sein de la stratégie du Partenariat, la majorité des informateurs principaux, internes ou externes au Partenariat, ont perçu les huit priorités, plutôt que les huit groupes d'action originaux eux-mêmes, comme étant au cœur de la réalisation de la Stratégie. Les groupes d'action en tant que tels sont perçus comme étant une option sur la façon de réaliser le travail.

De plus, selon l'examen des plans de travail et les entrevues réalisées avec les principaux informateurs, il est évident que les groupes d'action qui ont été intégrés au Partenariat en avril 2007 étaient à des étapes différentes de leur histoire, leur secteur de concentration, l'état de préparation de leur plan de travail, leur leadership et leur nombre de membres. Cette situation, tout comme des facteurs comme la dotation des postes de directeurs des programmes, ont affecté la rapidité avec laquelle ils « ont démarré », s'alignant avec la stratégie améliorée du Partenariat, allant de l'avant pour les projets et incorporant de nouveaux processus de planification et de communication de rapports.

Suite aux progrès réalisés et aux perspectives à venir, le Partenariat a assuré la transition du groupe d'action sur les normes, à la fin de 2008, vers un groupe de travail aligné au cadre fondamental du rendement du système²⁸. Il a réorienté le plan de travail du groupe d'action pour les ressources humaines en santé. Il a accueilli un nouveau directeur et président de programme afin d'accélérer et d'orienter les travaux du groupe d'action pour la prévention primaire, ainsi qu'un nouveau président du groupe d'action pour la recherche. Alors que la plupart des principaux informateurs estimaient que de telles mesures étaient une prérogative nécessaire pour la gestion, ceux qui ont participé aux groupes d'action ont également estimé que cela avait envoyé un message fort à tous les membres des groupes d'action relativement à la valeur du travail réalisé jusqu'à maintenant.

²⁸ Ce point fera l'objet d'une étude de cas.

Voici d'autres commentaires formulés par les personnes ayant participé aux groupes d'action :

- Les groupes d'action font-ils partie du Partenariat ou non? Ainsi, au moment de nos entrevues, ils n'apparaissaient pas sur l'organigramme du Partenariat.
- Il ne devrait pas y avoir de « modèle unique » pour les groupes d'action. Dans certains cas, lorsqu'il existe des réseaux actifs dans un secteur prioritaire, le groupe d'action correspondant peut être de nature purement consultative. Dans d'autres cas, le groupe d'action doit être davantage impliqué dans le travail actuel.
- Les directeurs de programmes consacrent beaucoup de leur temps (on a mentionné 50 p. 100) à s'occuper d'affaires administratives et des exigences en matière de planification et de rapport du centre plutôt que des portefeuilles des initiatives dans leur secteur prioritaire.
- Le rôle des présidents et des vice-présidents des groupes d'action, ainsi que le rapport hiérarchique des directeurs de programmes pour chacun, manquent de clarté.
- On a indiqué que les projets identifiés comme étant des initiatives stratégiques ont été assumés par l'organisme central, laissant les groupes d'action avec des projets de moindre importance ayant des répercussions moindres. Ce qui a amené la question sur la façon dont les points de vue, comme la voix des patients, maintenant inclus aux groupes d'action, pourraient continuer d'influencer ces initiatives stratégiques.

Engagement des intervenants

Les intervenants sont engagés auprès du Partenariat et dans le Partenariat de bien des façons. Certains participent aux organismes de gouvernance – le conseil d'administration, davantage dans les organismes consultatifs – le conseil consultatif, et encore plus dans les groupes d'action, divers réseaux ou diverses alliances et initiatives liées aux priorités énoncées dans le plan stratégique. Des groupes consultatifs ont été formés, tel que :

- Comité consultatif de gestion des risques de cancer;
- Comité de la conception et du contenu du portail;
- Comité directeur sur le rendement du système;
- Réseau national de dépistage du cancer colorectal;
- Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) (qui englobe le groupe d'action pour la recherche);
- Comité de planification de la tribune nationale sur la lutte contre le cancer pour les Premières nations, les Inuits et les Métis;

Les intervenants ont également participé à une grande variété d'événements particuliers, comme le forum sur la gestion du savoir organisé en octobre 2008.

Les informateurs principaux ont ajouté les points suivants :

- Jusqu'à maintenant, une grande partie des efforts d'engagement des intervenants se sont concentrés sur les groupes à intervenants multiples, ainsi que sur Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada.
- Il a été difficile d'établir une relation claire avec l'Agence de la santé publique du Canada, en raison des nombreux domaines à responsabilité partagée. Toutefois, des relations existent au niveau du groupe d'action.
- Il a fallu plus de temps que prévu pour établir un partenariat solide avec Statistiques Canada. Toutefois, un nouveau protocole d'entente est en place et Statistiques Canada est impliqué dans des projets, comme la gestion des risques du cancer.
- Il est important que le Partenariat formalise ses relations avec les ministères provinciaux et les organismes de lutte contre le cancer afin d'avoir leur appui.
- De nouveaux partenariats importants ont été établis avec des organismes tels que Inforoute santé du Canada (p. ex. l'initiative d'observation synoptique) et l'Institut canadien d'information sur la santé, qui ont également des mandats pancanadiens.
- Il faut s'engager davantage auprès du public.
- Il faut avoir un meilleur engagement envers les Autochtones.
- Il faut s'engager afin de s'assurer d'entendre les exigences de la diversité. Le Partenariat ne peut supposer qu'elles seront amenées à la table par ses partenaires principaux siégeant aux organismes de gouvernance et consultatifs.
- Le Partenariat ne peut supposer que les personnes engagées provenant d'une des provinces de l'Atlantique, par exemple, représentent la vision régionale et retransmettent l'information à la région.
- Les intervenants siégeant au conseil consultatif, aux groupes d'action et aux autres organismes consultatifs et de travail doivent profiter au maximum de leurs propres réseaux afin de transmettre les principaux messages du Partenariat.
- Le Partenariat doit élaborer une stratégie d'engagement qui comprend une pensée critique sur ce qui constitue les « bons partenaires » et pour quelles raisons. C'est essentiel afin d'atteindre des résultats partagés. Nous comprenons que le directeur, Stratégie, embauché en octobre 2008, jouera un rôle de chef de file sur les plans du rayonnement auprès des intervenants et de leur engagement.
- Le Partenariat doit éviter de trop centraliser et de contrôler les partenariats et doit plutôt travailler avec les organismes déjà en place et par leur entremise.

De plus, il est très important que le Partenariat semble avoir des répercussions sur les autres organismes auprès desquels il est engagé. Par exemple, les entrevues avec les principaux informateurs nous permettent de comprendre ce qui suit :

- L'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (CAPCA) examine sa propre stratégie et envisage d'aligner certaines de ses priorités plus étroitement et d'avoir le Partenariat comme organisme directeur;
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est intéressé à continuer un partenariat plus actif.

Conclusions et recommandations

Les résultats liés aux groupes d'action mènent aux conclusions suivantes :

- Les groupes d'action remplissent certaines fonctions :
 - Formulation et prestation de plans de travail dans les secteurs prioritaires;
 - Engagement des intervenants;
 - Bonne volonté établie au fil du temps.
- Compte tenu des investissements faits jusqu'à maintenant au niveau des groupes d'action, et du fait que chaque groupe est assez différent, il est préférable de continuer d'examiner le rendement de chacun individuellement plutôt que collectivement;
- Lorsque des solutions de rechange aux groupes d'action existants sont utilisées (p. ex. secteur prioritaire des normes) ou que les projets sont identifiés comme des initiatives stratégiques, il sera important de s'assurer que les divers intervenants représentés dans les groupes d'action continuent d'être entendus, y compris la voix des patients.
- Il faut préciser le rôle des présidents et des vice-présidents des groupes d'action, et le rapport hiérarchique entretenu par les directeurs de programmes avec chacun.

En tenant compte de ces conclusions sur les groupes d'action, nous formulons la recommandation suivante.

Recommandation 7 : Le Partenariat devrait examiner périodiquement le rôle, la composition et les activités des groupes d'action et des réseaux pancanadiens afin de s'assurer qu'ils continuent d'offrir un avantage net. Toutefois, comme il est indiqué à la recommandation 4, la priorité devrait porter sur le travail avec les structures et les approches de prestation actuelles, et par l'entremise de celles-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants.

Au cours d'un examen, il faut envisager individuellement le meilleur rôle, la meilleure composition et les meilleures activités des groupes d'action et du réseau pancanadien.

Les résultats de l'engagement mènent aux conclusions suivantes :

- Le Partenariat doit se concentrer davantage sur l'engagement de ses intervenants, surtout maintenant qu'il commence à avoir un rendement plus solide relativement aux résultats à partager.
- Le fait d'avoir une stratégie d'engagement des intervenants qui engloberait ce envers quoi les partenaires ou les intervenants sont engagés, ou devraient l'être,

ainsi que les motifs, l'étendue, le rôle de chaque partie (p. ex. réception ou transmission d'information) et la valeur obtenue par chaque partie, aiderait à orienter l'engagement des intervenants. La notion d'engagement continu fait partie de cette stratégie et de sa mise en œuvre, avec différents niveaux d'engagement pour les divers intervenants à des moments variés, selon les initiatives ou les enjeux concernés, le rôle des intervenants et les répercussions qu'ils peuvent entraîner quand à la réalisation du programme mis en place par le Partenariat. On ne peut donc s'attendre à ce que l'engagement de tous les intervenants soit le même.

Nous formulons la recommandation suivante.

Recommandation 8 : C'est le moment propice pour que le Partenariat mette en place une stratégie d'engagement des intervenants. La stratégie devrait comporter la notion d'engagement continu, avec des intervenants participant de façon appropriée en fonction de leur rôle et des répercussions qu'ils peuvent entraîner quant à la réalisation des changements au programme. La stratégie doit prendre en compte les intervenants qui n'ont pas eu un engagement significatif au cours des quelque deux dernières années. Cela comprend le public, les groupes autochtones et tout intervenant ou partenaire potentiel. La stratégie devrait également encourager les intervenants à utiliser leurs propres réseaux pour la transmission de l'information vers des auditoires plus importants.

5. Sommaire des recommandations

- Recommandation 1 : Le Partenariat progresse et obtient des résultats grâce à une stratégie améliorée de partenariat, et il semble bien placé pour poursuivre sa lancée. La majorité des intervenants appuient ces réalisations. Par conséquent, le Partenariat devrait poursuivre la mise en œuvre de la stratégie tout en faisant les ajustements nécessaires afin de composer avec les nouvelles possibilités ou de combler les écarts de rendement.
- Recommandation 2 : Il faudra démontrer les répercussions et les avantages pour le secteur de la lutte contre le cancer et ses intervenants afin de maintenir le soutien. Par conséquent, il faut poursuivre les travaux sur la gestion des risques de cancer et le rendement du système de lutte contre le cancer pour que l'on puisse recueillir des renseignements sur les avantages et les répercussions, les analyser et les distribuer.
- Recommandation 3 : Le Partenariat doit poursuivre ses travaux avec les partenaires, et par l'entremise de ceux-ci, et collaborer afin d'obtenir le plus de répercussions à plus long terme, même lorsque d'autres approches pourraient accélérer l'atteinte de résultats à court terme et apporter un succès rapide.
- Recommandation 4 : Le Partenariat doit se concentrer fortement sur l'objectif visé et, pour l'instant, collaborer avec sa structure opérationnelle et consultative actuelle, et ses modes de prestation, par l'entremise de celle-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants. Gardant cela à l'esprit, on recommande de préciser le rôle du conseil consultatif par rapport aux autres mécanismes consultatifs mis en place pour des priorités et des initiatives spécifiques (p. ex. le comité consultatif de gestion des risques de cancer, le réseau national de dépistage du cancer colorectal).
- Recommandation 5 : Au moment d'élaborer de nouvelles initiatives, priorités et possibilités en vue d'atteindre les objectifs de la SCLC, il serait bon que le Partenariat mette en place de nouvelles approches consultatives et de prestation si celles qui existent sont inadéquates.
- Recommandation 6 : Le Partenariat devrait concevoir un cadre de mesure du rendement exhaustif fondé sur un modèle logique (c.-à-d., résultats, production et activités) comme celui élaboré pour la présente évaluation.

Les initiatives actuelles, à savoir la carte de pointage du rendement et de gestion des risques de l'organisme, le modèle de gestion des risques de cancer, le rendement du système de lutte contre le cancer, seraient alimentées dans ce cadre de mesure du rendement.

Il faudrait identifier toute lacune supplémentaire dans la capacité de fournir l'histoire entière du rendement et la combler, le cas échéant.

Recommandation 7 : Le Partenariat devrait examiner périodiquement le rôle, la composition et les activités des groupes d'action et des réseaux pancanadiens afin de s'assurer qu'ils continuent d'offrir un avantage net. Toutefois, comme il est indiqué à la recommandation 4, la priorité devrait porter sur le travail avec les structures et les approches de prestation actuelles, et par l'entremise de celles-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants.

Au cours d'un examen, il faut envisager individuellement le meilleur rôle, la meilleure composition et les meilleures activités des groupes d'action et du réseau pancanadien.

Recommandation 8 : C'est le moment propice pour que le Partenariat mette en place une stratégie d'engagement des intervenants. La stratégie devrait comporter la notion d'en engagement continu, avec des intervenants participant de façon appropriée en fonction de leur rôle et des répercussions qu'ils peuvent entraîner quant à la réalisation des changements au programme. La stratégie doit prendre en compte les intervenants qui n'ont pas eu un engagement significatif au cours des quelque deux dernières années. Cela comprend le public, les groupes autochtones et tout intervenant ou partenaire potentiel. La stratégie devrait également prévoir l'utilisation par les intervenants de leurs propres réseaux pour la transmission de l'information vers des auditoires plus importants.

6. Réaction préliminaire de la direction et plan d'action

Recommandation 1 : Le Partenariat progresse et obtient des résultats grâce à une stratégie améliorée de partenariat, et il semble bien placé pour poursuivre sa lancée. La majorité des intervenants appuient ces réalisations. Par conséquent, le Partenariat devrait poursuivre la mise en œuvre de la stratégie tout en faisant les ajustements nécessaires afin de composer avec les nouvelles possibilités ou de combler les écarts de rendement.

Entre novembre 2007 et février 2008, nous avons entrepris une première amélioration de la stratégie nationale de lutte contre le cancer afin d'insister sur ce qui pourrait être mis en œuvre de façon réaliste au cours des cinq premières années du mandat. Nous avons identifié des initiatives pour chacun des secteurs prioritaires pour lesquels il existait un momentum et la possibilité pour le Partenariat d'accélérer les mesures. Ces initiatives ont des répercussions importantes et les résultats auront des répercussions à long terme sur la lutte contre le cancer. Ces initiatives ont toutes été définies et sont actuellement mises en œuvre. Une fois la mise en œuvre en cours, nous avons organisé un atelier sur la stratégie en octobre 2008 à l'intention des intervenants principaux pour leur donner des conseils sur la mise en œuvre continue et sur la meilleure façon d'amener des changements durables dans le domaine de la lutte contre le cancer. Lors de l'atelier, nous avons souligné que les cibles prévues des initiatives devaient permettre d'assurer le suivi des résultats en matière de rendement et de mesures, et ce point a été approfondi par les structures consultatives du Partenariat. Nous avons maintenant établi des cibles pour 2012 pour chaque initiative, que le conseil d'administration a approuvées en février 2009. Le travail se poursuit afin d'incorporer les cibles à un modèle logique qui deviendra le cadre de rendement général.

Durant la mise en œuvre, nous sommes attentifs aux lacunes et aux possibilités qui se dégagent. Nous aurons plusieurs possibilités d'étudier et de valider les nouvelles initiatives avec nos partenaires. Nous devons nous assurer qu'ils peuvent aider à faire avancer la stratégie actuelle de la lutte contre le cancer.

Recommandation 2 : Il faudra démontrer les répercussions et les avantages pour le secteur de la lutte contre le cancer et ses intervenants afin de maintenir le soutien. Par conséquent, il faut poursuivre les travaux sur la gestion des risques de cancer et le rendement du système de lutte contre le cancer pour que l'on puisse recueillir des renseignements sur les avantages et les répercussions, les analyser et les distribuer.

Il est important de poursuivre le développement des travaux sur la gestion des risques de cancer afin de démontrer les répercussions et les avantages possibles de l'investissement

dans la lutte contre le cancer. Nous avons identifié Statistique Canada comme partenaire et vendeur qui élaborera la plateforme du modèle et de la technologie de gestion des risques de cancer. Cette plateforme sera disponible sur le portail du Partenariat et aidera les décideurs à évaluer les répercussions à long terme des investissements dans la lutte contre le cancer. Les premières priorités identifiées par le comité consultatif (composé de leaders du système de santé, de leaders de l'Institut canadien d'information sur la santé et d'organismes de lutte contre le cancer, de spécialistes de la méthodologie, d'économistes, d'experts dans la lutte contre le cancer et d'un membre du secteur financier axé sur les risques) portaient sur les domaines de la prévention et du dépistage. La première phase des travaux prévus au contrat avec Statistique Canada se penchera sur ces enjeux dans les domaines du cancer colorectal et du cancer du poumon. La phase 1, qui permettra d'établir des modèles économiques et de la maladie, prendra fin cet automne. De même, nous sommes en train de préparer le plan des phases suivantes et les sujets traités. Il en résultera une plateforme que nous pourrons continuellement étoffer et rendre accessible.

Un comité consultatif sur le rendement du système de soins liés au cancer (composé de professionnels chevronnés, d'agents des opérations et d'experts en mesures ou en évaluation de tout le Canada) recense à l'heure actuelle un ensemble d'indicateurs pancanadiens qui feront l'objet d'un suivi au fil des années afin d'évaluer les progrès. Le Partenariat a créé les mesures de référence pour le premier rapport et travaille directement avec les provinces et les territoires pour s'assurer que ce qui est mesuré fera l'objet d'un rapport pertinent à ces groupes et qui améliorera la qualité et l'accès. L'établissement de rapports en fonction du rendement est une façon importante de traiter de l'amélioration de la qualité. Le Partenariat travaillera étroitement avec les partenaires provinciaux et territoriaux et les organismes de lutte contre le cancer afin de garantir des moyens appropriés pour suivre et mesurer les progrès du système de lutte contre le cancer.

En combinant ces deux initiatives, nous disposerons d'un système de surveillance de ce qui se passe pour des indicateurs particuliers, grâce au rendement du système. Nous ferons alors des projections sur les répercussions possibles que nous pourrions avoir en faisant progresser ces indicateurs, en utilisant les capacités de la plateforme de gestion des risques de cancer, par l'entremise des investissements actuels et futurs.

Recommandation 3 : Le Partenariat doit poursuivre ses travaux avec les partenaires, et par l'entremise de ceux-ci, et collaborer afin d'obtenir le plus de répercussions à plus long terme, même lorsque d'autres approches pourraient accélérer l'atteinte de résultats à court terme et apporter un succès rapide.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le cancer dépend de la collaboration et des partenariats. Le Partenariat est conscient qu'il doit inciter ses

partenaires à réaliser quels sont les avantages à long terme pour la lutte contre le cancer. Nous reconnaissons les tensions qu'un engagement de cinq ans suscite sur la mise en œuvre d'initiatives. Cependant, même s'il peut être pratique de rechercher des victoires à court terme, nous nous engageons à garder le cap sur les résultats à long terme nécessaires pour faire avancer la lutte contre le cancer et être cohérents avec les priorités de nos partenaires. Les initiatives actuellement mises en œuvre dépendent des partenaires pour leur avancement. Les résultats seront atteints d'ici 2012, mais pour ce qui est des résultats plus généraux relatifs à la santé de la population, ceux-ci ne seront pas atteints avant des décennies.

Au-delà des mécanismes de consultation et de planification, nous avons conclu des accords officiels et contractuels afin d'appuyer les initiatives stratégiques pluriannuelles. Par exemple, nous avons des accords officiels avec les organismes et les programmes de lutte contre le cancer afin de mettre en œuvre notre initiative sur la stadification. Nous avons également conclu des partenariats officiels avec cinq provinces ou régions, y compris des universités et des organismes de lutte contre le cancer, pour mettre en œuvre le projet de recherche (étude de cohortes) du partenariat canadien Espoir pour demain – un projet patrimonial auquel participeront 300 000 Canadiens en santé. Un autre exemple est que le Partenariat préside le Réseau national de dépistage du cancer colorectal, composé de représentants du programme de dépistage et des ministères de la Santé du pays. En travaillant ensemble, nous pouvons appuyer la mise en œuvre de programmes par province ou territoire, notamment le développement de déterminants de la qualité et la conception d'une enquête nationale et d'initiatives de sensibilisation.

Recommandation 4 : Le Partenariat doit se concentrer fortement sur l'objectif visé et, pour l'instant, collaborer avec sa structure opérationnelle et consultative actuelle, et ses modes de prestation, par l'entremise de celle-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants. Gardant cela à l'esprit, on recommande de préciser le rôle du conseil consultatif par rapport aux autres mécanismes consultatifs mis en place pour des priorités et des initiatives spécifiques (p. ex. le comité consultatif de gestion des risques de cancer, le réseau national de dépistage du cancer colorectal).

L'organisation est maintenant pleinement établie et est passée de l'étape d'amorce à celle de mise en œuvre. Toutes les initiatives principales sont identifiées et le travail est en cours, dirigé par diverses structures de prestation. Le Partenariat reconnaît qu'il faut préciser le rôle du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, car il a créé de nombreux mécanismes consultatifs visant à orienter et à faire avancer la mise en œuvre d'initiatives au sein de notre mandat actuel.

Recommandation 5 : Au moment d'élaborer de nouvelles initiatives, priorités et possibilités en vue d'atteindre les objectifs de la SCLC, il serait bon que le Partenariat mette en place de nouvelles approches consultatives et de prestation si celles qui existent sont inadéquates.

La direction du Partenariat accepte qu'il faille concevoir des mécanismes consultatifs et des méthodes de prestation afin d'appuyer la mise en œuvre des travaux et d'assurer la durabilité des initiatives. À l'heure actuelle, toutes nos initiatives stratégiques possèdent des structures consultatives qui orientent les travaux. Le Partenariat examine les structures chaque année pour s'assurer que les meilleurs cadres et les meilleurs groupes consultatifs sont en place pour exécuter la SCLC. À la suite de cette évaluation, il élabore des mécanismes consultatifs afin de répondre aux besoins de chaque initiative. Divers mécanismes de prestation et de conseils ont nécessaires pour faire avancer les travaux du Partenariat, et il est important de s'assurer que ceux qui mettent en œuvre et implantent ces initiatives font partie de ces structures consultatives. Le Partenariat a reconnu ce fait en créant de nouveaux comités consultatifs, comme le comité consultatif de gestion des risques de cancer (composé de leaders du système de santé, de leaders de l'Institut canadien d'information sur la santé et d'organismes de lutte contre le cancer, de spécialistes de la méthodologie, d'économistes, d'experts de la lutte contre le cancer et d'un membre du secteur financier axé sur les risques) qui a été créé afin d'orienter les travaux de l'initiative sur la gestion des risques de cancer. De même, le conseil d'action (composé des présidents de chaque groupe d'action) a été créé pour orienter les travaux des groupes d'action et favoriser une collaboration plus efficace dans l'ensemble des secteurs prioritaires.

Recommandation 6 : Le Partenariat devrait concevoir un cadre de mesure du rendement exhaustif fondé sur un modèle logique (c.-à-d., résultats, production et activités) comme celui élaboré pour la présente évaluation.

Les initiatives actuelles, à savoir la carte de pointage du rendement et de gestion des risques de l'organisme, le modèle de gestion des risques de cancer, le rendement du système de lutte contre le cancer, seraient alimentées dans ce cadre de mesure du rendement.

Il faudrait identifier toute lacune supplémentaire dans la capacité de fournir l'histoire entière du rendement et la combler, le cas échéant.

La direction du Partenariat est d'accord avec cette recommandation, et comme l'ont indiqué les évaluateurs, un certain nombre d'outils de mesure du rendement sont déjà en place. Afin de mesurer le rendement propre à une initiative, des cibles ont été fixées pour 2012 et des outils de gestion de projet sont utilisés pour suivre l'atteinte des jalons et les résultats attendus, et pour évaluer les risques lors de la mise en œuvre d'initiatives. Pour

mesurer son rendement en tant qu'organisation, le Partenariat utilise un outil global de gestion des risques de rendement (carte de pointage équilibrée) et une évaluation de l'état des risques, et élabore un tableau des résultats attendus concrets pour Santé Canada pour la présentation de sa demande de financement annuelle. Le conseil met à jour la carte de pointage équilibrée et l'évalue tous les trois mois. Afin de mesurer le rendement du système de lutte contre le cancer, le Partenariat travaille avec les provinces et les territoires afin d'élaborer un ensemble d'indicateurs pancanadiens du rendement du système de lutte contre le cancer. Enfin, il élabore des outils de gestion des risques liés au cancer afin de mesurer les répercussions à long terme des interventions de lutte contre le cancer.

Le cadre de rendement initial était lié à la stratégie et comportait l'identification et la mise en œuvre d'initiatives, et l'établissement de cibles et d'outils de mesure du rendement. Le temps est venu de lier ce cadre aux résultats. Comme le recommandent les évaluateurs, le Partenariat élaborera un modèle stratégique afin de montrer une image exhaustive du rendement et réunira tous les outils de mesure existants. Cela comprendra l'alignement des mesures avec le modèle logique et permettra d'identifier et de combler toutes les lacunes sur le plan du rendement. Le Partenariat a comme objectif de pouvoir communiquer facilement un modèle de mesure du rendement bien rodé qui traite de façon exhaustive des répercussions de la SCLC sur les secteurs prioritaires. De plus, le cadre de rendement devrait pouvoir montrer les synergies et les répercussions entre les initiatives, entre les partenariats et dans les provinces et les territoires.

Enfin, nous devons nous assurer que nos partenaires sont d'accord avec le cadre élargi de gestion du rendement, parce qu'ils sont directement responsables de la prestation des programmes et des services de lutte contre le cancer.

Recommandation 7 : Le Partenariat devrait examiner périodiquement le rôle, la composition et les activités des groupes d'action et des réseaux pancanadiens afin de s'assurer qu'ils continuent d'offrir un avantage net. Toutefois, comme il est indiqué à la recommandation 4, la priorité devrait porter sur le travail avec les structures et les approches de prestation actuelles, et par l'entremise de celles-ci, sauf lorsque les obstacles présentent des risques importants.

Au cours d'un examen, il faut envisager individuellement le meilleur rôle, la meilleure composition et les meilleures activités des groupes d'action et du réseau pancanadien.

Même si le modèle qui consiste à utiliser des réseaux pancanadiens d'experts sous la forme d'un groupe d'action fonctionne bien, le Partenariat reconnaît qu'il y aura de multiples façons de travailler avec les intervenants à l'avenir, au fur et à mesure que les initiatives vieillissent et que de nouvelles sont identifiées. Chaque groupe d'action a une

fonction unique et la forme qu'il prend est définie par les travaux qu'il met en œuvre, les partenaires qu'il fait participer et la façon d'appuyer et de maintenir les travaux. Le Partenariat a déjà adapté certaines structures afin de refléter les initiatives. Ainsi, le groupe d'action pour les normes est devenu le groupe de travail sur les normes, qui est incorporé à la division de la lutte contre le cancer, afin de pousser les travaux particuliers liés à l'élaboration de normes. Cela sera lié aux initiatives sur la qualité et le rendement des systèmes dans les secteurs d'intervention. Afin d'assurer le bon fonctionnement des groupes d'action, les mandats et les membres seront renouvelés chaque année. Ce processus est déjà en place.

Recommandation 8 : C'est le moment propice pour que le Partenariat mette en place une stratégie d'engagement des intervenants qui englobe les intervenants qui n'ont pas eu un engagement significatif au cours des quelque deux dernières années. Cela comprend le public, les groupes autochtones et tout intervenant ou partenaire potentiel. La stratégie devrait également prévoir l'utilisation par les intervenants de leurs propres réseaux pour la transmission de l'information vers des auditoires plus importants.

Le Partenariat, qui est maintenant dans sa deuxième année, travaille afin d'élargir la portée des intervenants et de communiquer les progrès réalisés par rapport à ses initiatives. Il a notamment insisté sur la communication avec les intervenants et sur leur participation pour qu'ils puissent continuer d'être informés et d'appuyer la réalisation de la stratégie nationale de lutte contre le cancer. Pour ce faire, le Partenariat a augmenté le rayonnement au moyen de nombreux véhicules, comme des mises à jour toutes les deux semaines et tous les mois, les bulletins, le contenu des secteurs prioritaires sur son site Web et la conception du contenu pour le lancement du portail. Le 4 février 2009, il a publié un rapport d'étape qu'il a envoyé directement aux intervenants, par ses réseaux, et mis à la disposition du public sur son site Web.

Le Partenariat possède de nombreux intervenants et dispose de multiples moyens pour les rejoindre et les faire participer à la mise en œuvre de la stratégie. Cela comprend nos réseaux pancanadiens, les consultations, la convocation de groupes d'experts, et le travail auprès des patients, des survivants et des familles grâce au Réseau canadien de lutte au cancer. Le Partenariat s'attache à élargir la portée de ses intervenants, et conçoit des cartes en vue de les identifier et de les stratifier de façon stratégique, en fonction de leur importance et de la façon dont les initiatives sont mises en œuvre, enchâssées localement et maintenues afin de garantir les résultats définis par la stratégie nationale.

Le Partenariat travaille sur un plan d'action pour les Premières nations, les Inuits et les Métis qui est documenté par ces communautés. Lors d'un récent forum, le Partenariat a identifié les lacunes et les opportunités qui existent dans ces communautés, et a fourni

une orientation sur les initiatives dont il peut accélérer la mise en œuvre. Il vise à collaborer avec chaque communauté grâce à un mécanisme continu de consultation permettant de donner des conseils sur la mise en œuvre.

Un autre effort en vue de rejoindre le public s'intègre à l'intérêt pour l'engagement des intervenants. Le lancement du portail fournira une plateforme afin d'explorer le dialogue et l'intérêt du public pour la lutte contre le cancer.

Enfin, il sera important de s'assurer que tous les réseaux du Partenariat fournissent des conseils sur la mise en œuvre et fassent également participer directement leurs membres, afin d'assurer le transfert du savoir dans leur collectivité. Un exemple de ce transfert du savoir avec les partenaires et les intervenants est notre prochain forum de juillet 2009. L'engagement continu et actif des intervenants continuera d'être un point de convergence clé pour les trois années qui restent au mandat actuel.

Annexe A : Outils de gestion – planification et établissement de rapports

Le tableau suivant résume les outils que le Partenariat utilise pour planifier, surveiller et rendre compte de ses activités à l'échelle de l'organisme, du portefeuille et des projets. Le Bureau de gestion de projet (BGP) a mis au point une trousse pour la planification du portefeuille et des projets et l'établissement de rapports associés. Cette trousse contient des outils et des modèles pour faciliter l'exécution, la planification et la mise en place du portefeuille et des projets ainsi que l'établissement de rapports associés, tels qu'illustrés dans les deux dernières colonnes du tableau.

	Système de contrôle du cancer	Gestion centrale	Gestion du portefeuille (groupes d'action et cadres fondamentaux)	Gestion de projet
Planification				
Plans stratégiques	Stratégie canadienne de lutte contre le cancer	Partnership Strategic Plan 2007/08 to 2011/12, 15 mai 2007 Plan stratégique 2008-2012 du Partenariat, mis à jour en février 2008		
Plans d'affaires		Business Plan 2009-2010 Demandes annuelles de financement à Santé Canada		
Plans de travail			<i>Charter Template</i> <i>Charter Training Deck</i> <i>Annual Planning Summary Template</i> <i>FAQ</i> <i>Glossary</i> <i>Budget Tool Template and Training</i>	<i>Project plan template</i> <i>Planning Process Training</i> <i>Project Plan Training Deck</i> Plan de projet : <i>Environment Section Documents</i> (y compris <i>Common Assumptions</i> , <i>Common Constraints</i> ; <i>Common Readiness</i> ; <i>Common Risks</i> et <i>Common Stakeholders</i>) <i>Budget Tool Template and Training Deck</i> <i>MS Project Training Deck (Part I and II)</i> <i>Budget Tool Template and Training</i>
Suivi de projets et établissement de rapports				
Rapports mensuels		<i>Budget performance financial statements</i>	<i>Budget performance financial statements</i>	<i>Budget performance financial statements</i>
Rapports trimestriels		<i>Project quarterly financial data</i> <i>Board financial status report</i>	<i>Status Report Template</i> <i>Status review meeting Summary Template</i>	<i>Status Report Template</i> <i>Status review meeting Summary Template</i> <i>Data Collection Tool (Status reporting)</i>

	Système de contrôle du cancer	Gestion centrale	Gestion du portefeuille (groupes d'action et cadres fondamentaux)	Gestion de projet
			<i>Status Reporting Process</i> <i>Summary Template</i> pour la transmission des demandes au comité de la haute direction <i>Board status report</i>	<i>template</i> pour les projets de petite envergure uniquement) <i>Status Reporting Process</i> <i>Board status report</i>
Rapports annuels	Rendement du système du cancer	Rapport annuel Demandes annuelles de financement à Santé Canada		
Autre		Rapport d'étape, hiver 2009, publié le 4 fév. 2009	<i>Portal Evaluation Plan</i> (en cours d'élaboration)	<i>Project Plan PMO Evaluation Guide</i>
Project Approval				
		Protocoles : organisme d'approbation de la taille du budget annuel pour les projets Moins de 250 000 \$: vice-président 250 000 \$ ou plus et moins de 1 million de dollars : comité de la haute direction 1 million de dollars ou plus : conseil d'administration	<i>Change Request Process and Template Approval Process</i> <i>Project Approval Process Map</i> <i>Change Request Process and Template Change Request Process Map</i> <i>Glossary</i>	<i>Change Request Process and Template Approval Process</i> <i>Project Approval Process Map</i> <i>Change Request Process and Template Change Request Process Map</i> <i>Glossary</i>
Gestion des risqué				
	<i>Cancer Risk Management: Forecast/ impact modeling</i> pour quatre secteurs prioritaires, à savoir la prévention du cancer, le dépistage du cancer, les nouveaux traitements du cancer et les soins palliatifs (en préparation) <i>Cancer Risk Management Plan</i>	<i>Enterprise Risk Monitoring Scorecard</i> (version préliminaire)	<i>Risk Planning Training</i>	<i>Risk Planning Training</i>
Cadres et politiques de soutien				
		<i>Compensation Framework</i>		
		<i>Performance Management Template</i>		
		<i>Finance Vision and Strategy Document</i>		
		<i>Procurement Policy</i>		

	Système de contrôle du cancer	Gestion centrale	Gestion du portefeuille (groupes d'action et cadres fondamentaux)	Gestion de projet
		Travel Policy		

Annexe B : Liste des informateurs principaux

Bob Allen	Président du groupe d'action pour la surveillance, Partenariat canadien contre le cancer Directeur général de la Saskatchewan Cancer Agency
Richard Alvarez	Chef de la direction, Inforoute Santé du Canada
Helen Angus	Vice-présidente, recherche et analyse Institut canadien d'information sur la santé
Harley J. Ast	Membre du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Campagne d'action contre le cancer
Sharon Baxter	Directrice administrative, Association canadienne de soins palliatifs
Kathy Bouey	Chef de l'équipe de transition du PCCC
Carrie Bourassa	Membre du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Université des Premières Nations
D ^r George Browman	Président du groupe d'action pour les lignes directrices contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Département d'oncologie médicale, BC Cancer Agency
Tabitha Brown	Chef des ressources humaines, des services de bureau et de l'approvisionnement, Partenariat canadien contre le cancer
Adalsteinn Brown	Groupe consultatif sur la gestion du risque de cancer Sous-ministre adjoint, Division de la stratégie du système de santé, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Gouvernement de l'Ontario
Heather Bryant	Vice-présidente des programmes de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer
Jack Butt	Réseau d'action de lutte au cancer

Cindy Fedell	Directrice du Bureau de gestion de projet, Partenariat canadien contre le cancer
Susan Fekete	Directrice de programme, Groupe d'action pour le dépistage Partenariat canadien contre le cancer
D ^r Anthony Fields	Vice-président des affaires médicales et de l'oncologie communautaire, Alberta Cancer Board
Margaret Fitch	Présidente du groupe d'action pour la réorientation des efforts/l'expérience globale du cancer, Partenariat canadien contre le cancer Directrice des soins de soutien et des soins infirmiers en oncologie, Odette Cancer Centre
Rene Gallant	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Ancien président national de la Société canadienne du cancer
Hank Gosar	Secrétaire général, Partenariat canadien contre le cancer
Anna Greenberg	Directrice de la gestion du savoir, Partenariat canadien contre le cancer
Leslie Greenberg	Directrice des relations avec les intervenants, Partenariat canadien contre le cancer
D ^{re} Eva Grunfeld	Membre du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Directrice de la recherche sur l'application du savoir, soins de santé de la famille, Université de Toronto
Margaret Harrison	Chef de projet pour Can-Adapte Santé et épidémiologie communautaires, Directrice de la Queen's Joanna Briggs Collaboration, scientifique chevronnée du groupe Practice and Research in Nursing (PRN), Université Queen's
Carolyn Heck	Directrice des normes en matière d'information sur la santé Institut canadien d'information sur la santé
Sarah Hicks	Directrice des communications, Partenariat canadien contre le cancer
Jessica Hill	Présidente-directrice générale, Partenariat canadien contre le cancer

Barbara Kaminsky	Membre du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Directrice générale de la division de la C.-B. et du Yukon de la Société canadienne du cancer
Morley Katz	Consultant en conception organisationnelle
Deb Keen	Directrice de programme, Groupe d'action pour la prévention primaire, Partenariat canadien contre le cancer
D ^r Jon Kerner	Président du groupe d'action pour la prévention primaire, Conseiller scientifique principal pour la lutte contre le cancer et l'application du savoir, Partenariat canadien contre le cancer
Leanne Kitchen-Clarke	Vice-présidente, Stratégie, mesures du rendement et communications Partenariat canadien contre le cancer
D ^r Eshwar Kumar	Chef du département d'oncologie pour Atlantic Health Sciences Corporation
Nancy Lefebvre	Saint Elizabeth Health Care
D ^r Antoine Loutfi	Observateur du Québec, conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer
Jeffrey C. Lozon	Président du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Président-directeur général de l'hôpital St. Michael à Toronto
D ^{re} Verna Mai	Présidente du groupe d'action pour le dépistage, Partenariat canadien contre le cancer Action Cancer Ontario
D ^{re} Loraine Marrett	Présidente du comité de direction sur les statistiques canadiennes sur le cancer, Scientifique chevronnée et directrice du service de surveillance, division d'oncologie préventive, Action Cancer Ontario
M. Mark McDonald	Directeur administratif, Société canadienne du cancer, division du Manitoba
D ^{re} Meg McLachlin	Chef adjointe, London Health Sciences Center

Paddy Meade	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Sous-ministre de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta
D ^r Anthony Miller	Coprésident du groupe consultatif de gestion des risques de cancer, Partenariat canadien contre le cancer Professeur au département des sciences de la santé publique, Université de Toronto
Nancy Milroy Swainson	Directrice de la division des soins chroniques et continus, Santé Canada
Erika Nicholson	Directrice du programme de prévention du cancer colorectal, Cancer Care Nova Scotia
Irene Nicoll	Directrice de programme, groupe d'action pour la réorientation des efforts/l'expérience globale du cancer Partenariat canadien contre le cancer
D ^r Andrew Padmos	Président du groupe d'action pour les ressources humaines en santé, Partenariat canadien contre le cancer Directeur général du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Judy Purcell	Coordinatrice des mesures de prévention, Cancer Care Nova Scotia
Renee Reddick	Directrice des ressources humaines, Partenariat canadien contre le cancer
Wayne Roberts	Directeur de projet, gestion de l'information et du savoir, Partenariat canadien contre le cancer
Paula Robson	Coordinatrice de projet, Alberta Health Services – COHORT
D ^r Paul Rogers	Membre du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Chef du service d'oncologie et d'hématologie pédiatrique, GSM, UBC
D ^r Brent Schacter	Président de l'ancien groupe d'action pour les normes, Partenariat canadien contre le cancer PDG de l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (CAPCA)
D ^r L. John Schreiner	Département de physique médicale, Cancer Centre of Southeastern Ontario

D ^{re} Marla Shapiro	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Chroniqueuse spécialisée en santé et médecine pour l'émission Canada AM du réseau CTV et experte-conseil médicale pour CTV National News
Jack Shapiro	Membre du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Président du Réseau d'action de lutte au cancer
Salah Sharieh	Architecte en chef, Partenariat canadien contre le cancer
D ^r Isaac Sobol	Membre du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Médecin en chef de la santé du Nunavut
Mary Spayne	Associée de programmes, gestion du savoir, Partenariat canadien contre le cancer
Terry Sullivan	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Président-directeur général d'Action Cancer Ontario
D ^r Simon Sutcliffe	Vice-président du conseil d'administration et président du conseil consultatif sur les mesures de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer Président de la BC Cancer Agency
Laura M. Talbot	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Présidente et associée principale de TalbotAllan Consulting
D ^r Walley Temple	Chef du service d'oncologie chirurgicale et professeur aux départements d'oncologie et de chirurgie, faculté de médecine, Université de Calgary
Sally Thorne	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Professeure et directrice de l'École des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique
Theresa Marie Underhill, M.Ed., MHSA	Directrice de l'exploitation, Cancer Care Nova Scotia

Elizabeth Whamond	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Vice-présidente du Réseau d'action de lutte au cancer
D ^{re} Barbara Whyllie	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Directrice générale de la Société canadienne du cancer
Arlene Wilgosh	Membre du conseil d'administration, Partenariat canadien contre le cancer Sous-ministre de la Santé et de la Vie saine du Manitoba
D ^r Huiming Yang	Directeur des programmes de dépistage et chef médical, programme de dépistage du cancer colorectal de l'Alberta, Alberta Cancer Board
Louise Zitzelsberger	Directrice de programme, Groupe d'action pour les lignes directrices contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer

Annexe C : Études de cas

L'annexe présente six études de cas, qui visent à décrire, de la façon la plus détaillée possible dans le corps du rapport principal, les initiatives et les activités qui ont été entreprises par le Partenariat. Pour chaque étude, il y a une brève description et une justification, un aperçu des progrès réalisés jusqu'à ce jour, les tâches et les activités prévues et les résultats obtenus ou attendus.

Les six études de cas portent sur un aspect particulier du contenu, de la base et de la gestion.

- C.1 Projet de partenariat canadien Espoir pour demain (également appelé étude de cohortes)
 - Le Partenariat l'a choisi comme un investissement important dans le cadre d'un projet patrimonial potentiel promettant des avantages à long terme pour la lutte contre le cancer et d'autres maladies chroniques. Il s'agit également d'un exemple d'initiatives pancanadiennes auxquelles participent plusieurs provinces.
- C.2 Initiative sur les observations synoptiques (pathologique et chirurgicale)
 - Choisie comme projet patrimonial potentiel, illustrant un partenariat avec Inforoute Santé du Canada.
- C.3 Vue sur le cancer, le portail du Partenariat
 - Choisi comme projet patrimonial potentiel démontrant comment le Partenariat met en œuvre un cadre fondamental de gestion du savoir destiné à être utilisé dans l'ensemble du domaine de la lutte contre le cancer.
- C. 4 Cadre fondamental du rendement du système de lutte contre le cancer
 - Choisi afin de démontrer un projet patrimonial potentiel montrant comment le Partenariat met en œuvre un cadre fondamental du rendement du système de lutte contre le cancer destiné à être utilisé dans l'ensemble du domaine de la lutte contre le cancer.
- C.5 Groupe d'action pour les normes
 - Choisi afin d'illustrer comment, compte tenu des progrès réalisés et des exigences d'aller vers l'avant, le Partenariat a transformé un groupe d'action existant pour en faire un groupe de travail plus approprié.
- C.6 Bureau de gestion de projets (BGP)
 - Choisi afin d'illustrer comment le Partenariat a introduit des principes et une trousse se rapportant à la gestion de projets afin de garantir la

rigueur dans la planification, l'exécution et l'établissement de rapports sur les projets et de s'acquitter de ses propres responsabilités.

Les renseignements présentés dans les études de cas proviennent des dossiers internes du Partenariat, disponibles par l'entremise du BGP, et ont été complétés par des entrevues réalisées avec les informateurs principaux.

C.1 Projet de partenariat canadien Espoir pour demain (également appelé étude de cohortes)

Le projet de partenariat canadien Espoir pour demain (également appelé étude de cohortes) est une étude canadienne longitudinale à long terme qui examine et quantifie le risque de cancer associé à la génétique, au mode de vie et à l'environnement²⁹. Jusqu'à 300 000 Canadiens de 35 à 69 ans participent à l'étude, réalisée en collaboration avec les cohortes provinciales de lutte contre le cancer. L'étude générale comporte une composante de biomarqueurs qui autorise la collecte et l'entreposage d'échantillons de sang et d'urine, qui permettront de tester les hypothèses³⁰.

Dans un rapport des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), on souligne quatre avantages principaux d'une cohorte canadienne :

- elle nous permettra d'explorer des sujets de recherche spécifiquement canadiens dans un contexte canadien;
- elle renforcera le milieu de la recherche en population;
- elle offrira un « laboratoire » ou une plateforme de recherche sur la population qui facilitera la réalisation d'études par des spécialistes de la recherche fondamentale et transférable en population;
- elle créera une ressource et un héritage qui permettront aux générations à venir de Canadiens de continuer de fournir des éléments d'information précieux et d'apporter d'éventuelles réponses à des questions sur lesquelles nous ne nous sommes pas encore penchées jusqu'ici³¹.

À court terme, l'étude vise à donner un « [traduction] aperçu de l'exposition aux facteurs de risque pour les populations canadiennes ». À long terme, elle permettra de déterminer « [traduction] à quel moment dans la vie d'une personne l'exposition aux facteurs de risque augmente la probabilité de développer un cancer »³² et d'autres maladies chroniques. Le projet appuie les stratégies d'intervention pour la prévention du cancer fondées sur la preuve par la détermination de la séquence d'événements qui mènent à un diagnostic de cancer³³.

²⁹ PCCC. *Research Action Group 2007-08 Workplan*, avril 2007, p. 4.

³⁰ PCCC. *2008-09 Funding Request*, p. 16.

³¹ IRSC. *Prévention du cancer : Raison d'être d'une cohorte canadienne pour l'étude du cancer*.

Disponible à : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/36658.html>. Dernière consultation le 25 avril 2009.

³² PCCC. *Research Action Group 2007-08 Workplan*, avril 2007, p. 6.

³³ PCCC. *Rapport d'étape, hiver 2009*, p. 24.

Les provinces participantes comprennent l'Alberta, l'Ontario et le Québec, où le Partenariat appuie des études existantes en cours, ainsi que la Colombie-Britannique et le Canada atlantique, où le Partenariat consolide de nouvelles initiatives. Le Partenariat guidera l'étude afin d'assurer des liens régionaux en vue d'appuyer la portée nationale. Les coûts sont partagés entre le Partenariat et les compétences provinciales et territoriales³⁴.

Au cours de l'exercice 2007-2008, le Partenariat a conçu des protocoles et appuyé des études pilotes afin d'évaluer la faisabilité de bien des composantes du projet³⁵. Durant l'exercice 2008-2009, il a entrepris bon nombre de ces activités, y compris la création d'un conseil de gouvernance et l'établissement d'un centre de coordination nationale (Alberta).

À l'heure actuelle, les provinces participantes recrutent activement des participants pour leurs cohortes à l'intérieur de l'étude de cohortes plus générale. Dans certaines régions, la collecte de données est déjà en cours. On a élaboré des lignes directrices et des normes sur l'harmonisation afin de s'assurer que toutes les régions utilisent et utiliseront la même méthode pour recueillir les données, de façon à permettre l'analyse des données de la totalité des 300 000 participants. De plus, un logiciel spécialisé est en voie de conception, qui permettra de compiler les données sur les mesures physiques et de s'assurer que les renseignements issus des différentes cohortes pourront être combinés en vue de former un échantillon suffisamment vaste pour élargir les connaissances actuelles sur les causes du cancer³⁶.

L'étude de cohortes a comme résultat prévu de fournir aux décideurs des renseignements sur la manière d'orienter les efforts de prévention des maladies chroniques et de créer une base pour des recherches futures à l'échelle mondiale. À long terme, les données recueillies seront également accessibles pour l'étude d'autres maladies chroniques³⁷. Parmi les autres résultats prévus, il y a l'élaboration d'une carte sur les expositions environnementales qui peuvent être liées aux données fondées sur la population³⁸.

Les informateurs principaux, internes et externes au Partenariat, ont souvent indiqué que cette initiative est un exemple d'une excellente décision d'investissement par le Partenariat. Les résultats qu'ils ont attribués au Partenariat comprennent l'accélération de la mise en œuvre de l'étude de cohortes ainsi que l'élargissement de sa portée à un plus grand nombre de provinces.

³⁴ PCCC. *Research Action Group 2008-09 Workplan*, avril 2007, p. 11.

³⁵ PCCC. *Research Action Group 2007-08 Workplan*, avril 2007, p. 4.

³⁶ PCCC. *Le point sur le Projet de partenariat canadien Espoir pour demain*, 6 novembre 2006.

Disponible à : <http://www.partnershipagaincancer.ca/fr/node/210>. Dernière consultation le 25 avril 2009.

³⁷ PCCC. *Rapport d'étape, hiver 2009*, p. 22.

³⁸ Ibidem.

C.2 Initiative sur les observations synoptiques (pathologie et chirurgie)

L'initiative sur les observations synoptiques est un exemple de l'élargissement par le Partenariat de la portée du travail initial fait dans quelques provinces, ainsi que de l'établissement d'une relation de collaboration avec Inforoute Santé du Canada.

Les observations synoptiques font référence à « [traduction] une méthode systématisée pour structurer les renseignements personnels sur les soins de santé en vue d'inclure des renseignements importants qui ont été démontrés comme influençant les résultats de la santé par la prise de décision »³⁹.

Le projet élabore des normes pour la rédaction d'observations synoptiques en chirurgie et en pathologie. Ces deux types d'observation ont en commun l'adoption d'une approche de liste de contrôle indiquant les éléments à inclure dans un rapport.

On a démontré que les observations synoptiques « [traduction] permettent une meilleure saisie des renseignements essentiels des soins contre le cancer fondés sur des preuves en aval »⁴⁰. L'observation synoptique est harmonisée aux principales dimensions de la qualité pour la production de rapports de pathologie en oncologie. Ces dimensions sont les suivantes :

- Exhaustivité, soit à quel point le contenu clinique important est inclus dans le rapport;
- Aptitude à l'usage (format), soit à quel point les données sont faciles à comprendre et à utiliser⁴¹;
- Opportunité, soit à quel point le caractère actuel des renseignements répond au besoin de fiabilité.

Pathologie

Le projet repose sur les listes de contrôle du College of American Pathologist Cancer (CAP). En 1998, le CAP a publié la première liste de contrôle uniformisée pour la production de rapports en oncologie. Cette liste de contrôle, conçue par des équipes pluridisciplinaires qui ont fait appel à la documentation et aux opinions d'experts, a été testée sur le terrain par des pathologistes. Par la suite, en 2002, le CAP a établi un processus et une infrastructure pour la mise à jour des listes de contrôle. En 2004, la Commission on Cancer a appuyé les listes de contrôle en indiquant qu'il s'agissait d'une exigence pour l'accréditation des centres anticancéreux aux États-Unis⁴². Depuis 2004, les listes de contrôle ont été examinées et étoffées à la suite de recommandations de

³⁹ PCCC. *Cancer Guidelines Action Group Work plan and Funding Requirements*, mai 2008, p. 16.

⁴⁰ PCCC. *Cancer Guidelines Action Group Workplan and Funding Requirements*, avril 2007, p. 5.

⁴¹ PCCC. *Improving Quality through Standardized Cancer Pathology Reporting*, présentation PowerPoint faite devant le Conseil de l'Association canadienne de pathologistes, 13 juillet 2008, p. 13.

⁴² Ibidem, p. 16.

comités d'experts continus, afin d'assurer l'uniformité des éléments de données parmi toutes les listes de contrôle et de favoriser la collaboration pour la stadification⁴³.

Le Partenariat collabore avec l'Association canadienne des pathologistes afin d'appuyer l'approche synoptique pour la pathologie et de se servir de la liste de contrôle du CAP comme norme pour le contenu⁴⁴. Si l'on regarde vers l'avenir, on vise à obtenir la collaboration de l'Association canadienne des pathologistes, du Partenariat et de ses partenaires pour la mise en œuvre dans deux à trois provinces⁴⁵. L'Ontario a montré le chemin et le Partenariat a embauché le pathologiste en chef de l'Ontario pour qu'il travaille sur l'initiative nationale.

Chirurgie

En 2008, les observations synoptiques (chirurgie) sont devenues une initiative stratégique de l'organisme et le groupe d'action pour les lignes directrices contre le cancer a continué d'assurer le leadership⁴⁶.

En 2008, les provinces ont envoyé des propositions en vue d'adopter l'observation synoptique pour le cancer du côlon, du rectum, du sein, de la tête et du cou et de l'ovaire; ces propositions ont été élaborées à partir de l'expérience de l'Alberta, travaux qui ont été financés au départ par Inforoute Santé du Canada. Le Partenariat a embauché le médecin responsable de l'Alberta à titre de responsable national de cette initiative. Après la réception des propositions, les projets pilotes ont débuté en Alberta, en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario et au Manitoba. Les travaux comprennent la collaboration active avec Inforoute Santé du Canada pour l'interprétation des normes techniques.

Plus particulièrement, au cours de 2008-2009, cinq (5) résultats clés attendus ont été conçus afin d'appuyer le projet, à savoir :

- Plans de projet pour chaque projet d'outil d'observations synoptiques (septembre 2008);
- Rapport d'un atelier national sur la TI tenu en mai 2008 (mai 2008);
- Dernière main à des modèles pour quatre (4) tumeurs (mars 2009);
- Installation et fonctionnalité du logiciel de l'Alberta WebSMR;
- Mise en ligne de l'outil Alberta WebSMR et formation pour les utilisateurs et le déploiement⁴⁷.

Le projet prend maintenant de l'essor et inclut un processus national visant à appuyer le contenu des normes sur la production de rapports grâce à un vaste engagement du milieu chirurgical.

⁴³ Ibidem, p. 17

⁴⁴ PCCC. *Improving Quality through Standardized Cancer Pathology Reporting*, présentation PowerPoint faite devant le Conseil de l'Association canadienne de pathologistes, 13 juillet 2008.

⁴⁵ Ibidem, p. 11.

⁴⁶ PCCC. *Cancer Guidelines Action Group Workplan and Funding Requirements*, mai 2008, p. 16.

⁴⁷ Ibidem, p. 16-17.

En résumé, la valeur ajoutée de l'outil d'observation synoptique est l'obtention de données uniformes et complètes, l'amélioration de la communication entre les fournisseurs, la facilitation de la prise de décision thérapeutique, l'habilitation de l'analyse des pratiques et l'uniformisation des éléments de données afin de permettre un usage secondaire⁴⁸.

C.3 Vue sur le cancer, le projet du portail

Le projet du Partenariat Vue sur le cancer (Cancer View Canada), également connu sous le nom de projet du portail, est la plateforme de gestion du savoir de base qui « [traduction] appuie un large éventail d'activités de gestion du savoir à travers tout l'organisme »⁴⁹. La conception du portail se veut avant tout « intégratrice, c'est-à-dire qu'elle évite la duplication de données et a recours, si possible, à la technologie et à l'information existantes de nos partenaires »⁵⁰.

Le partenariat est un « tremplin vers la communauté canadienne du cancer, où les utilisateurs peuvent trouver, enrichir et partager les renseignements dont ils ont besoin dans le cadre de leur cheminement avec le cancer ou de leur rôle dans la lutte contre le cancer »^{51,52}. On décrit également le portail de la façon suivante :

1. Plateforme de gestion des connaissances pour soutenir nos partenaires dans la lutte contre le cancer;
2. Technologie permettant d'établir des liens, de recueillir des renseignements, de collaborer et d'échanger;
3. Outil permettant de tirer profit des investissements des organisations partenaires, de les mettre en valeur et d'en élargir l'accès⁵³.

La conception du portail a été documentée par l'analyse des lacunes actuelles en matière de gestion du savoir pour la lutte contre le cancer. Le Partenariat a identifié six lacunes qui s'énoncent ainsi :

1. Outil interactifs communs afin de collaborer et de créer un réseau virtuel;
2. Fonctionnalité de recherche permettant de cibler les services de haute qualité offerts au sein de la communauté canadienne de lutte contre le cancer;

⁴⁸ Des exemples d'utilisations secondaires des données sont les registres sur les tumeurs, la production de rapports sur la qualité, le stockage, la saisie, la gestion de la qualité et l'évaluation, les modèles de soins et l'analyse des résultats, la planification de système et la recherche. PCCC. *Improving Quality through Standardized Cancer Pathology Reporting*, présentation PowerPoint faite devant le Conseil de l'Association canadienne de pathologistes, 13 juillet 2008, p. 15.

⁴⁹ PCCC. *2008/09 Funding Request*, présentation PowerPoint faite lors de la réunion du conseil du 5 février, p. 33.

⁵⁰ PCCC. *Plan stratégique 2008-2012*, p. 22.

⁵¹ Ibidem.

⁵² PCCC. *Bulletin*, vol. 1, n° 1, été 2008, p. 4.

⁵³ *Aperçu de l'initiative du Partenariat sur le portail : Vue sur le cancer*. Disponible à : <http://www.partnershipagaincancer.ca/fr/portail>. Dernière consultation le 25 avril 2009, p. 7-9.

3. Comparaison précise et compilations de l'information en ligne sur la lutte contre le cancer dans tout le Canada;
4. Profils d'utilisateurs et contenu sur mesure afin d'offrir les renseignements les plus pertinents;
5. Technologie de notification permettant aux utilisateurs de demander des mises à jour sur des sujets particuliers dès qu'elles sont disponibles;
6. Accessibilité des renseignements afin de servir des publics multiples⁵⁴.

Le portail vise à répondre aux besoins en offrant un ensemble d'outils pour trois groupes d'intervenants principaux, y compris les personnes atteintes du cancer, les personnes travaillant dans le domaine de la lutte contre le cancer et celles qui traitent les personnes atteintes du cancer⁵⁵. Parmi les outils disponibles sur le portail, on trouve un système de gestion du contenu, un système de gestion des profils d'utilisateurs, un moteur de recherche fédéré, des outils de réseautage social, un outil de sondage et d'enquête, des formulaires électroniques, un système de gestion de relations avec les personnes-ressources, et des outils d'analyse des utilisateurs⁵⁶. De plus, le portail fournira des dépôts d'informations fondées sur des preuves, ce qui permet de la divulgation d'expériences dans tout le pays, des options d'accès en ligne aux groupes de soutien aux patients et à leurs familles, et l'accès à une liste complète d'essais cliniques au Canada⁵⁷.

S'étendant dans tous les domaines d'activités du Partenariat, le portail est aussi un outil d'intégration pour le Partenariat. Dans le cadre de son développement initial, il appuiera les initiatives suivantes des groupes d'action :

- Dépôt de Normes et lignes directrices factuelles (SAGE) et le processus ADAPTE (groupe d'action pour les lignes directrices);
- Répertoire des politiques et législations en matière de prévention du cancer : alimentation, activité physique, consommation d'alcool et éducation du public (groupe d'action pour la prévention primaire);
- Localisateur des services à la communauté et répertoire des services de soutien en ligne (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer);
- Répertoire pour le modèle de prestation de services pour les ressources humaines (groupe d'action pour les ressources humaines);
- Répertoire des projets de recherche (groupe d'action pour la recherche);
- Communautés de collaboration afin d'appuyer les réseaux analytiques de surveillance (groupe d'action pour la surveillance);
- Espace de travail coopératif COALITION (Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention) (groupe d'action pour la prévention primaire).

Parmi les activités réalisées par le Partenariat en 2007, il y avait l'élaboration d'exigences administratives détaillées, l'engagement de partenaires et la réalisation d'un

⁵⁴ *Aperçu de l'initiative du Partenariat sur le portail : Vue sur le cancer*. Disponible à : <http://www.partnershipagaincancer.ca/fr/portail>. Dernière consultation le 25 avril 2009, p. 13-14.

⁵⁵ Ibidem, p. 10.

⁵⁶ Ibidem, p. 15.

⁵⁷ PCCC. Bulletin, vol. 1, n° 1, été 2008, p. 4.

processus de demande de proposition afin d'identifier un vendeur tiers pour fournir la solution du portail⁵⁸.

En 2008, le Partenariat a présenté une demande de financement pluriannuelle au conseil d'administration. Dans cette demande, le Partenariat a indiqué des partenaires principaux pour la 1^{re} version du portail. Il a identifié des partenaires en fonction d'un certain nombre de critères, notamment :

- alignement stratégique aux domaines prioritaires et stratégiques du Partenariat;
- alignement aux auditoires cibles;
- aide à offrir une couverture de sujets pour les sites de cancer;
- couverture de l'ensemble du continuum du cancer;
- qualité de l'information;
- organisation bien établie avec un budget durable⁵⁹.

Au total, vingt-trois partenaires ont été identifiés. Treize (13) d'entre eux sont des partenaires provinciaux et dix (10) des partenaires fédéraux et nationaux.

Le Partenariat a établi un régime de gestion de projets détaillé pour le portail. Pour ce qui est de l'évaluation du portail, le Partenariat est en train d'élaborer des paramètres qui permettront de faire le suivi de la circulation et des activités sur le portail ainsi que des paramètres qui démontreront les avantages de la relation avec le Partenariat pour les partenaires. L'élaboration de ces derniers paramètres survient en consultation et en négociations avec les partenaires. De plus, le Partenariat conçoit un cadre afin d'évaluer l'efficacité et les répercussions du portail en tant que plateforme de gestion du savoir pour la communauté de lutte contre le cancer.

Une approche de gestion des risques pour le projet du portail soutient toutes les activités. Le plan de gestion des risques est basé sur une approche à cinq (5) volets, qui s'énonce ainsi :

- Équipe : mise sur pied d'une équipe chevronnée composée d'un conseiller principal au poste de directeur du projet, qui a participé à la mise en œuvre de plusieurs portails dans un établissement de soins de santé, et qui est architecte en chef ayant de l'expérience avec le secteur privé. Les entrepreneurs trouvés possèdent une vaste expertise en gestion du savoir.
- Approche : le Partenariat a adopté « une approche progressive de 30 jours » qui permet des « essais » par des partenaires du portail afin d'en évaluer la fonctionnalité. L'acceptation par l'utilisateur et la convivialité du portail sont intégrées dans cette approche.
- Structure du contrat : le Partenariat établit des marchés uniquement avec Deloitte et tous les sous-entrepreneurs sont gérés par Deloitte. Le marché prévoit un prix plafond souple pour les 1^{re} et 2^e versions du portail, et les paiements sont faits en fonction des jalons pour les résultats prévus.

⁵⁸ Briefing note to the CPAC Board of Director, 7 octobre 2008.

⁵⁹ Ibidem, p. 4.

- Assurance de la qualité : un plan d'assurance de la qualité a été élaboré. Deloitte a affecté un partenaire à la supervision de toutes les questions touchant l'assurance de la qualité.
- Établissement de rapports et suivi du projet : la surveillance du projet et l'établissement de rapports surviennent selon les exigences du Bureau de gestion de projet (BGP). De plus, les mises à jour écrites sont fournies au conseil d'administration à chaque réunion⁶⁰.

Un registre étendu sur les risques a été conçu afin d'identifier les catégories de risques et de décrire chaque risque, les répercussions de chaque risque, l'évaluation des risques, l'approche et l'intervention en cas de risque, le déclencheur potentiel des risques et la responsabilité pour la surveillance de chaque risque⁶¹.

Trois organismes de gouvernance principaux sont responsables du projet du portail. Le conseil d'administration a créé un comité de supervision. Les deux autres mécanismes de gouvernance créés afin de faciliter la réussite des travaux en cours comprennent le comité de la conception et du contenu du portail et le groupe de travail technique.

La 1^{re} version du portail doit être lancée au printemps 2009. Cette version fournira une plateforme aidant à créer des répertoires de recherche d'information facilement accessibles (RECUEILLIR), facilitant la mise en liaison de réseaux et d'experts afin d'encourager la création de nouvelles idées pour la lutte contre le cancer (ÉTABLIR DES LIENS), permettant de créer des environnements de collaboration afin de générer de nouveaux renseignements (COLLABORER) et permettant de partager l'information publiquement (TRANSFÉRER). Cela reflète le modèle de service CLRT (Collaborer, établir des Liens, Recueillir, Transférer) qui rassemble les principales composantes du portail dans une solution de gestion cohésive pouvant être reproduite et appliquée à tous les secteurs de la lutte contre le cancer.

Les services qui sont mis en avant par la 1^{re} version contiennent le site Web et le répertoire des Essais sur le Cancer au Canada, le Service d'information sur le cancer 1-800 de la Société canadienne du cancer, et le répertoire des services communautaires de la Société canadienne du cancer. Les sites Web mis en avant comprennent le Portail canadien en soins palliatifs, le Portail canadien P.L.A.N.E.T. sur la lutte contre le cancer, l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) et le Réseau de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus⁶².

La 2^e version du portail, dont les fonctionnalités seront élargies, sera disponible en octobre 2009⁶³.

⁶⁰ Ibidem, p. 13.

⁶¹ PCCC. *Portal Risk Log* (date inconnue).

⁶² *Partnership Portal Project Plan* FY 09/10. Division de la gestion du savoir, PCCC (novembre 2008).

⁶³ Briefing note to the CPAC Board of Director, 7 octobre 2008, p. 2.

C.4 Rendement du système de lutte contre le cancer

Le cadre fondamental du rendement du système de lutte contre le cancer contribue à la réalisation de l'objectif « améliorer l'efficacité et l'efficience dans le domaine de la lutte contre le cancer » et des objectifs du Partenariat⁶⁴. Selon le rapport d'étape 2009, la justification de ce cadre est « la planification de la lutte contre le cancer [qui] repose sur la capacité d'utiliser des données et de l'information sur de nombreuses années pour améliorer la qualité et l'efficacité du système »⁶⁵.

Le cadre fondamental du rendement du système de lutte contre le cancer traite des lacunes en matière de la surveillance au Canada pour la prestation d'une vision de ce qui arrive entre le diagnostic du cancer et le rétablissement ou le décès à la suite d'un cancer. En collaboration avec un certain nombre de partenaires, les efforts du Partenariat relatifs au rendement du système sont orientés d'abord vers l'amélioration de la surveillance du cancer – par l'ajout d'éléments fondamentaux en vue d'améliorer la valeur explicatrice des indicateurs existants ou nouvellement développés –, puis vers l'élaboration de la capacité analytique afin de permettre l'application accélérée des informations sur le rendement.

L'application continue et l'apport complémentaire de données sur la surveillance sont la justification fondamentale des principales activités liées à ce cadre fondamental; ils visent plus particulièrement à surveiller les principales tendances en matière d'expérience du cancer dans la population et à mesurer les répercussions pour la population, afin d'aider à planifier et à prévoir les besoins futurs dans le domaine de la lutte contre le cancer. De plus, la surveillance continue et l'établissement de rapport sur les données relatives à la lutte contre le cancer « tant à l'échelle provinciale, territoriale que fédérale, fera ressortir à la fois les points forts et les lacunes du système de lutte contre le cancer »⁶⁶.

L'activité centrale du cadre fondamental du rendement du système de lutte contre le cancer est le « projet d'indicateurs du rendement du système » qui a été établi en vue de créer une carte de pointage nationale de la lutte contre le cancer⁶⁷. Le fait de tirer parti des données canadiennes existantes pour mesurer les indicateurs pour tout le continuum de la lutte contre le cancer « [traduction] est une composante essentielle du système de

64 Les quatre objectifs du Partenariat sont de réduire le nombre prévu de cas de cancers, d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer, de réduire le risque de décès liés au cancer pour les Canadiens, et d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans le domaine de la lutte contre le cancer.

65 PCCC. *Rapport d'étape, hiver 2009*, p.10.

66 Ibidem.

67 Alors que la carte de pointage permettra une analyse comparative internationale sur la lutte contre le cancer, la vice-présidente de la lutte contre le cancer du Partenariat a indiqué qu'à l'échelle nationale, la carte de pointage n'est pas une carte de rapport en tant que telle qui permettrait d'évaluer les données à un niveau interprovincial. Si c'était le cas, les provinces et les territoires pourraient hésiter à fournir des données pouvant être comparées aux activités nationales.

lutte contre le cancer »⁶⁸. Un soutien analytique pour l'exécution du projet d'indicateurs est intégré au travail de la division de la stratégie de la gestion du savoir. Les rapports propres aux provinces seront rédigés pour les juridictions individuelles à la fin de la première année de la carte de pointage⁶⁹.

Le projet d'indicateur du rendement du système repose sur les travaux commencés en 1999, avant la création du Partenariat, par l'entremise de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. En 2003, un sous-groupe pour les indicateurs fut formé et au début 2008, une conférence nationale a permis d'évaluer environ 600 indicateurs. En misant sur cet effort, le comité de direction du rendement du système du Partenariat, composé de scientifiques, d'analystes, de décideurs en oncologie et de fournisseurs de soins de santé du pays, a travaillé afin de réduire le nombre d'indicateurs et d'identifier un ensemble fondamental d'indicateurs pancanadiens de haut niveau pour pouvoir commencer à établir des rapports sur l'état de la lutte contre le cancer au Canada. Le processus a permis d'obtenir 17 indicateurs couvrant l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer⁷⁰.

La stratégie d'élaboration de la carte de pointage a été définie en six étapes :

- Engagement de l'intervenant : le Partenariat a rencontré bon nombre de représentants du gouvernement ou d'organismes de lutte contre le cancer afin de discuter de l'initiative, de recueillir des renseignements sur les processus actuels et de recevoir des conseils.
- Identification des indicateurs : le groupe d'action pour les normes a organisé une conférence sur les indicateurs en février 2008.
- Conception des critères pour la sélection des indicateurs : les experts du pays en mesure, en soins cliniques, en santé de la population et en leadership ont formé des groupes principaux d'information (comité directeur) qui ont orienté l'élaboration des critères.
- Mise sur pied d'une table ronde pour le consensus afin de choisir les indicateurs principaux : un atelier pour le comité directeur a été organisé à l'automne 2008. L'objectif de cet atelier était d'obtenir un consensus sur les critères relatifs aux indicateurs et d'élaborer une courte liste des premiers ensembles d'indicateurs.
- Établissement de rapports et commentaires.
- Amélioration et itération.

Les deux dernières étapes de la stratégie sont en cours. En mars et en avril 2009, quatre webinaires ont eu lieu avec les partenaires provinciaux et territoriaux, afin de discuter de la présentation appropriée des données des indicateurs et « de planifier l'exécution et la distribution de l'information ». Les commentaires issus de ces webinaires seront intégrés à la carte de pointage⁷¹.

⁶⁸ Memo to the System Performance Steering Committee submitted by Mary Spayne, Director – System Performance Cancer Control Division, CPAC.

⁶⁹ PCCC. *2008-09 Funding Request*. p. 45

⁷⁰ PCCC. *RFP For System Performance in Cancer Control*, juillet 2008.

⁷¹ Memo to the System Performance Steering Committee submitted by Mary Spayne, Director – System Performance Cancer Control Division, CPAC.

En juin et en juillet 2009, quatre conférences régionales sur les indicateurs du rendement du système seront organisées dans l'ensemble du pays afin de présenter la première carte de pointage pancanadienne.

C.5 Le groupe d'action pour les normes

Le groupe d'action pour les normes, au départ un des huit groupes d'action sous l'égide du conseil de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC), a été créé afin d'assurer « la collecte et l'analyse critique des informations et connaissances pour toutes les étapes du continuum de la lutte contre le cancer, [de partager son] expertise et [de donner] des conseils de gestion dans les secteurs prioritaires spécifiés, [de coordonner et d'orienter] les interventions dans tout le Canada. [Il fournit] des informations à la plateforme de gestion des risques et de connaissances du conseil, [formule] des recommandations concernant l'établissement des priorités à l'intention du conseil, [gère] et [met] en œuvre des activités de lutte contre le cancer dans [ses] domaines d'expertise, en veillant à ce que des mesures soient prises dans tout le continuum des soins »⁷².

Les objectifs opérationnels (2006-2010) du groupe d'action pour les normes, tels que décrits dans la SCLC étaient les suivants⁷³ :

- Établir un mécanisme interprovincial afin de promouvoir et de faciliter l'élaboration, la diffusion, l'adoption et l'évaluation de normes et d'indicateurs de rendement pancanadiens fondés sur les données probantes pour le dépistage, le traitement et les soins;
- Développer un système informatisé commun pour le stockage et la récupération des indicateurs de rendement et des informations sur les normes et les pratiques exemplaires;
- Améliorer l'accès aux normes et aux informations sur les indicateurs de rendement pour les professionnels, les patients et la collectivité dans son ensemble.

Avec la création du Partenariat, les groupes d'action qui existaient sous l'égide de la SCLC ont été intégrés à la structure organisationnelle du Partenariat. La première rencontre du président du conseil d'administration du Partenariat avec les présidents des groupes d'action a eu lieu le 16 février 2007. Les présidents de chaque groupe d'action ont alors discuté de leurs plans de travail, de leurs budgets et de leurs besoins en matière de soutien. Cette discussion a aidé à documenter l'élaboration du plan stratégique du Partenariat et la présentation des exigences en matière de financement pour la première année à Santé Canada⁷⁴.

⁷² *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : un plan canadien de lutte contre le cancer*, juillet 2006

⁷³ *Ibidem*

⁷⁴ PCCC. *Rapport annuel de rendement, Démarrage, 2006-2007*, le 31 mars 2007

Sous la direction du Partenariat, le groupe d'action pour les normes s'est surtout attaché à élaborer des normes et des indicateurs de rendement pour le diagnostic et le traitement du cancer et les soins liés au cancer, et à améliorer l'accès aux renseignements sur les normes et les indicateurs de rendement pour les professionnels, les patients et la collectivité dans son ensemble. En 2007-2008, on a rapporté les progrès suivants⁷⁵ :

- Analyse des lacunes des normes de lutte contre le cancer.
- Un forum national a réalisé des progrès notables en sélectionnant environ 50 principaux indicateurs de prestations de service parmi 650.
- Travaux préliminaires pour créer un centre de ressources en ligne.

Dès mars 2008⁷⁶, on a remarqué que les travaux du groupe d'action pour les normes étaient reliés aux travaux des autres groupes d'action (indicateurs et lignes directrices). À la réunion d'avril⁷⁷ du groupe de travail sur les normes, il y a eu une confusion chez les membres relativement à la définition de « normes » par rapport à celle de « lignes directrices ».

En août 2008, on a modifié l'alignement des groupes d'action aux vice-présidents du Partenariat, et le groupe d'action pour les normes a travaillé étroitement avec le vice-président de la lutte contre le cancer⁷⁸.

Au cours de 2008, des initiatives et des projets particuliers réalisés sous les auspices du groupe d'action pour les normes ont été présentés au Partenariat comme initiatives stratégiques (comme les indicateurs du rendement du système de lutte contre le cancer) en éliminant les exigences du sous-comité des indicateurs du groupe d'action pour les normes. D'autres projets ont également été présentés par d'autres groupes d'action (p. ex. SAGE pour les lignes directrices) et le rôle du groupe d'action pour les normes a été remis en question en tant qu'entité distincte.

Le groupe d'action pour les normes est devenu le groupe de travail pour les normes, et les travaux du groupe d'action ont été intégrés aux projets existants du Partenariat ou des autres groupes d'action (p. ex. lignes directrices).

Il y a toujours un « groupe de travail pour les normes », actuellement financé par le Partenariat et qui doit organiser, en mai 2009, une conférence destinée aux experts en matière de normes de lutte contre le cancer pour identifier des lacunes dans les normes actuelles au Canada. Selon les résultats de la conférence, ce groupe peut également travailler en vue d'élaborer des normes dans un ou deux domaines qui en ont fortement besoin.

⁷⁵ PCCC. *Rapport annuel 2007-2008*.

⁷⁶ Action Council/Program Director's Meeting Minutes, le 26 mars 2008

⁷⁷ Action Council/Program Director's Meeting Minutes, le 28 avril 2008

⁷⁸ Action Council/Program Director's Meeting Minutes, le 22 août 2008

C.6 Le Bureau de gestion de projet (BGP)

Le Bureau de gestion de projets (BGP) est perçu comme un facilitateur général clé qui fournit un soutien et une capacité analytique pour la gestion de projet et les projets des portefeuilles. Ce faisant, le BGP appuie le personnel du Partenariat afin d'assurer l'harmonisation entre les activités liées aux projets et la stratégie du Partenariat, en plus d'assurer leur planification, leur surveillance et l'établissement d'un rapport en fonction des objectifs de la stratégie.

Le BGP fait participer les employés du Partenariat, et appuie ces derniers, tout au long du cycle de vie des projets (planification ou approbation du projet, initialisation, exécution, processus d'approbation des changements et conclusion). Les analystes des finances et de gestion de projets collaborent afin de s'assurer que les projets et le niveau de rendement du portefeuille sont liés à l'atteinte de résultats et sont axés sur des ressources.

Le BGP aide également les portefeuilles et la direction du Partenariat à réaliser les analyses de rentabilité, l'évaluation de la faisabilité et la planification de haut niveau.

L'approche utilisée pour la mise sur pied du BGP était fondée sur les quatre principes d'élaboration suivants :

- Adaptation culturelle : s'assurer que l'approche du BGP « s'adapte » à l'organisation. Un modèle décentralisé a été adopté.
- Accent : concevoir des outils de gestion de projets qui traitent des lacunes en matière de rendement, ou des « points de douleur », et les éléments de succès.
- Gouvernance pour la gestion de projet de l'organisation par :
 - l'étude des rôles, des responsabilités et de la responsabilisation,
 - les relations et les services offerts,
 - les outils et le soutien nécessaire,
 - un modèle de maturité,
 - des mesures appropriées qui s'harmonisent avec le rendement et la gestion du risque à l'ensemble de l'entreprise;
- La communication pour le succès⁷⁹.

Afin d'appuyer son rôle, le BGP a élaboré une trousse complète pour les directeurs de programme, les directeurs et les gestionnaires de façon à faciliter le processus de gestion de projets. La trousse comprend des outils qui s'harmonisent aux étapes de la gestion de projets :

- Planification de projet
- Initialisation de projet
- Exécution de projet
- Conclusion de projet

⁷⁹ PCCC. Bureau de gestion de projet. Présentation Power Point faite devant l'équipe de la haute direction, 8 juillet 2008.

L'annexe A présente différents outils et soutiens pour les projets et les portefeuilles du BGP.

Au cours de sa première année complète de fonctionnement (c.-à-d. 2008-2009), le BGP a organisé ses activités annuelles pour qu'elles s'alignent à l'introduction du cycle de la stratégie, de la planification des travaux et de l'établissement de rapport du Partenariat et qu'elles appuient l'établissement de la capacité associée à ces activités.

Au cours du premier trimestre de 2008, le BGP a mis à jour le modèle trimestriel d'établissement de rapport sur l'état des projets et a élaboré un outil de collecte de données sur l'état des projets. Il rédige un rapport de l'état des projets tous les trois mois pour chaque projet, et l'état du projet est regroupé au niveau du portefeuille en fonction de chaque groupe d'action. Tous les trois mois, il établit un rapport sur le cadre fondamental et le statut stratégique de l'initiative. L'état du rendement est évalué, dans un premier temps, afin de savoir si le projet est sur la bonne voie en matière des travaux et du budget et, dans un deuxième temps, afin de connaître l'étendue des répercussions du projet. Des réunions trimestrielles formelles sur l'état du projet sont organisées afin de faciliter l'établissement de rapport. Le directeur des finances et de l'administration, les directeurs de programmes, les directeurs, les analystes du BGP et des finances, le personnel des communications et la vice-présidente associée y sont présents. Lors de ces réunions, les projets qui sont identifiés comme étant à haut risque ou dans la catégorie « rouge » sont portés à l'attention de l'équipe de la haute direction aux fins d'examen.

Au cours du deuxième trimestre, le BGP a élaboré un processus d'approbation des projets et des changements, de même que des outils de soutien tels que la carte du processus d'approbations et le formulaire de demande de changement. Deux ateliers de formation ont été organisés à l'intention des directeurs de programmes, des directeurs et des gestionnaires en vue de les familiariser avec le processus d'approbation et avec les concepts et les outils principaux de gestion continue de projets. Le BGP a rédigé des documents d'orientation pour la création de glossaire pour chaque cycle de gestion de projets, afin d'assurer l'utilisation d'une langue commune pour la gestion de projets et d'assurer la compréhension dans toute l'organisation.

Au cours de ce même trimestre, il a élaboré un plan de gestion des risques. Il a intégré la planification des risques au processus de planification de projet et aux modèles associés pour 2009-2010, et a fourni une formation afin de permettre aux directeurs de programmes, aux directeurs et aux gestionnaires d'intégrer l'évaluation et l'analyse des risques à la planification de projet. Une formation a également été offerte.

Durant chaque trimestre, on évalue régulièrement le risque pour ce qui est des progrès des travaux et des efforts, de la budgétisation et des objectifs. Ce risque est aligné à la carte de pointage du rendement de l'organisation et de la gestion des risques. Cette carte de pointage, qui en est à l'étape de la version définitive, sert à évaluer le rendement et le risque de l'organisation en fonction des catégories suivantes : gestion des finances et du portefeuille, intervenants, excellence organisationnelle et mécanismes de prestation. À chacun de ces domaines de rendement, on affecte des indicateurs de rendement principaux, des cibles et la responsabilité.

Au cours des troisième et quatrième trimestres, les activités ont été orientées vers la planification de projet et vers la planification pour l'ensemble du Partenariat, et ont appuyé l'élaboration de la demande de financement pour 2009-2010 présentée à Santé Canada. Le BGP a mené à bonne fin des modèles de planification de projets, qui tenaient compte de considérations importantes, comme l'analyse de l'environnement, l'état de préparation, la gestion des risques, la gestion des contraintes, la gestion des ressources et la gestion des communications. En outre, il a offert une formation sur les outils informatiques connexes et liés au budget du projet. Il a également élaboré un modèle pour les rôles et les responsabilités ainsi qu'un modèle de plan de communication.

Afin d'aider le BGP dans son rôle d'évaluation des plans de projets, deux outils ont été élaborés. Tout d'abord, un outil d'évaluation de plan de projet, qui sert à évaluer des projets par un ensemble de questions réparties dans trois catégories (objectifs et portée, risque, et plan de travail). Cet outil guide l'évaluation de projet. Ensuite, un autre outil appuie les projets et l'évaluation des portefeuilles, et comprend un ensemble de questions destinées à l'équipe de la haute direction du Partenariat.

On peut mettre en évidence l'amélioration continue en identifiant et en analysant l'expérience acquise et les meilleures pratiques pour chaque étape du cycle de gestion des projets, et en les utilisant dans l'élaboration et l'amélioration continues des pratiques en matière de gestion de projet.