



Santé Canada

Pour la période
se terminant
le 31 mars 1997



Présentation améliorée des rapports
au Parlement – Document pilote

Canada

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – 1997

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste auprès des

Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC

Ottawa, Canada K1A 0S9

N^o de catalogue BT31-4/42-1997

ISBN 0-660-60328-4



Avant-propos

Le 24 avril 1997, la Chambre des communes a adopté une proposition afin de répartir le document antérieurement désigné comme la *Partie III du Budget des dépenses principal* pour chaque ministère ou organisme en deux documents, soit le *Rapport sur les plans et les priorités* et le *Rapport ministériel sur le rendement*. Elle a également ordonné aux 78 ministères et organismes de présenter ces rapports dans le cadre d'un projet pilote.

Cette décision découle des travaux entrepris par le Secrétariat du Conseil du Trésor et 16 ministères pilotes pour donner suite aux engagements pris par le gouvernement d'améliorer l'information fournie au Parlement sur la gestion des dépenses et de moderniser la préparation de cette information. Ces démarches visant à mieux cibler les résultats et à rendre plus transparente l'information fournie au Parlement s'insère dans une initiative plus vaste intitulée " Repenser le rôle de l'État ".

Ce *Rapport ministériel sur le rendement* répond aux engagements du gouvernement et tient compte des objectifs fixés par le Parlement d'accroître la responsabilisation touchant les résultats. Il couvre la période se terminant le 31 mars 1997 et compare le rendement aux plans présentés par le ministère dans sa *Partie III du Budget des dépenses principal* de 1996-1997.

Gérer en fonction des résultats et en rendre compte nécessiteront un travail soutenu dans toute l'administration fédérale. S'acquitter des diverses exigences que comporte la gestion axée sur les résultats – préciser les résultats de programme prévus, élaborer des indicateurs pertinents pour démontrer le rendement, perfectionner la capacité de générer de l'information et faire rapport sur les réalisations – constitue une composante de base. Les programmes du gouvernement fonctionnent dans des environnements en évolution constante. Étant donné la vogue des partenariats, la prestation de services confiée à des tiers et d'autres alliances, il faudra relever les défis de savoir à qui imputer les responsabilités dans les rapports sur les résultats. Les rapports de rendement et leur préparation doivent faire l'objet de surveillance afin de garantir qu'ils demeurent crédibles et utiles.

Le présent rapport correspond à une étape supplémentaire de ce processus permanent. Le gouvernement entend perfectionner et mettre au point tant la gestion que la communication des résultats. Le perfectionnement découlera de l'expérience acquise au cours des prochaines années et des précisions que les utilisateurs fourniront au fur et à mesure sur leurs besoins en information. Par exemple, la capacité de communiquer les résultats par rapport aux coûts est limitée pour le moment, bien que cet objectif demeure intact.

Ce rapport peut être consulté par voie électronique sur le site Internet du Secrétariat du Conseil du Trésor à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/tb/fkey.html>

Les observations ou les questions peuvent être adressées au gestionnaire du site Internet du SCT ou à l'organisme suivant :

Revue gouvernementale et services de qualité

Secrétariat du Conseil du Trésor

L'Esplanade Laurier

Ottawa (Ontario) Canada

K1A 0R5

Téléphone : (613) 957-7042 - Télécopieur : (613) 957-7044

Santé Canada

Rapport de rendement pilote

Période se terminant
le 31 mars 1997



A handwritten signature in black ink that reads "Allan Rock".

Allan Rock
Ministre de la Santé

LE PRÉSENT RAPPORT

Santé Canada est fier de présenter au Parlement et à tous les Canadiens le présent rapport sur le rendement du Ministère pour 1996-1997.

Le document a pour but de donner un aperçu général de la façon dont Santé Canada a utilisé les ressources qui lui sont fournies par les contribuables canadiens. Le Ministère, complexe et d'une taille importante, exécute une grande diversité de programmes particuliers. Un rapport sur chacune des réalisations de ces programmes serait long et fastidieux, et risquerait de s'empêtrer dans les détails. Nous avons choisi plutôt d'examiner les réalisations importantes, celles qui, à notre avis, pourraient intéresser les députés et le public. Nous nous sommes efforcés de produire un rapport réaliste et convivial, plutôt que de suivre une structure rigide qui peut convenir à un programme, mais pas à un autre.

À compter de 1998-1999, les programmes de Santé Canada seront gérés par secteur d'activité. Durant l'exercice 1996-1997, le Ministère était encore structuré par activité; c'est pourquoi le présent rapport et sa structure devraient être considérés comme provisoires. Les rapports futurs seront structurés par secteur d'activité.

Si vous cherchez sans succès un sujet ou un programme particulier, ou si vous désirez de plus amples renseignements que ceux fournis dans le présent rapport, nous vous invitons à contacter Santé Canada directement.

Santé Canada

Renseignements généraux

0913A

13^e étage

Édifice Brooke-Claxton

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

(613) 957-2991

Site Web : <http://www.hwc.ca>

TABLE DES MATIÈRES

Le présent rapport

Partie I :	Le message du ministre	1
Partie II:	Aperçu du Ministère	3
	Mandat et rôles	3
	Mission	4
	Priorités stratégiques	4
	Organigramme	5
Partie III:	Réalisations du ministère	7
	A Attentes en matière de rendement	7
	Tableaux des dépenses prévues par rapport aux dépenses réelles	7
	Résumé des attentes en matière de rendement	11
	B Réalisations en matière de rendement	15
	Activité 1 : Innocuité et qualité des aliments et nutrition	15
	Activité 2 : Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	20
	Activité 3 : Qualité et risques environnementaux	25
	Activité 4 : Surveillance de la santé nationale	33
	Activité 5 : Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	40
	Activité 6 : Programmes et services	42

PARTIE I : LE MESSAGE DU MINISTRE

J'ai le plaisir de présenter le Rapport de rendement de Santé Canada pour 1996-1997. Le présent document décrit les objectifs de Santé Canada et ses plus importantes réalisations de l'exercice.

Depuis que j'assume mes nouvelles responsabilités à titre de ministre fédéral de la Santé, je suis impressionné par l'important travail qui s'accomplit dans le cadre des divers programmes ministériels, ainsi que dans les directions et les bureaux régionaux du Ministère. Santé Canada a fait preuve de leadership en relevant une vaste gamme de défis. La loi visant la réduction du tabagisme, les lignes directrices sur l'élaboration d'un nouveau système de gestion de l'approvisionnement en sang, les mesures prises pour régler les questions liées à la santé des femmes, les programmes de soutien au sain développement de l'enfant, les stratégies ayant pour objectif d'améliorer la santé des Autochtones, ainsi que l'achèvement des travaux relatifs au Forum national sur la santé ne sont que quelques-uns des faits marquants de l'exercice.

Dans le cadre de mon nouveau mandat, l'une de mes principales préoccupations est de veiller à ce que toute la population canadienne continue d'avoir accès à des soins de santé de qualité quand elle en a besoin. Le Canada doit poursuivre sa longue tradition qui fait sa fierté : offrir un système de soins de santé universel, intégral et financé par les fonds publics. Je suis convaincu que, malgré les défis auxquels est confronté le régime d'assurance-maladie, nous pouvons, en innovant, moderniser et solidifier notre système de soins de santé tout en restant fidèles aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Je ferai tout ce que je peux pour collaborer avec les provinces, les territoires et les autres intervenants afin qu'au matin du 21^e siècle, nous disposions d'un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens et des Canadiennes et qui leur offre les meilleurs soins possible.

Je suis fier de présenter les réalisations du Ministère et je recevrai avec plaisir les commentaires des personnes intéressées à aider celui-ci à s'acquitter le mieux possible de son mandat.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Allan Rock". The signature is fluid and cursive, with the first name "Allan" and the last name "Rock" clearly distinguishable.

L'honorable Allan Rock, c.p., député
Ministre de la Santé

PARTIE II : APERÇU DU MINISTÈRE

Mandat et rôles

Le mandat législatif de Santé Canada est décrit dans la *Loi sur le ministère de la Santé* et dans quelque 20 autres lois et règlements (voir la Section D de la Partie IV). Le Ministère œuvre de concert avec les provinces afin d'assurer la viabilité à long terme de notre système de santé national, y compris la sauvegarde des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Notre mandat législatif en vertu des autres lois comprend (entre autres responsabilités) :

- ▀ l'innocuité des aliments, de l'eau, des médicaments, des matériels médicaux et des produits de consommation;
- ▀ la vente et la publicité du tabac;
- ▀ le contrôle des stupéfiants, des produits antiparasitaires et des dispositifs émettant des radiations;
- ▀ les dangers liés à l'environnement et au lieu de travail;
- ▀ l'application des mesures de quarantaine.

En outre, Santé Canada est responsable d'une gamme de services bien précis : la prestation de services médicaux aux dignitaires en visite au Canada, la surveillance de la santé et de la sécurité au travail pour les fonctionnaires fédéraux, l'appui des activités de secours en cas de catastrophe ou de situation d'urgence, ainsi que l'évaluation reliée à la santé, et des services de formation à l'intention du personnel aéronautique civil.

Le Ministère assure des services essentiels aux Premières nations et aux Inuit et œuvre de concert avec eux au fur et à mesure qu'ils prennent en charge la prestation de ces services dans leurs collectivités.

La santé ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie. Santé Canada assure un leadership national et un soutien en matière de santé et de mieux-être de la population. Nous offrons des programmes dans des secteurs comme le développement de l'enfant, les facteurs sociaux influant sur la santé, ainsi que la nutrition et la gestion des modes de vie. Nous veillons également à la promotion de la bonne santé en mettant à la disposition des gouvernements, des professionnels de la santé et du public les meilleurs renseignements et les plus récents.

Mission

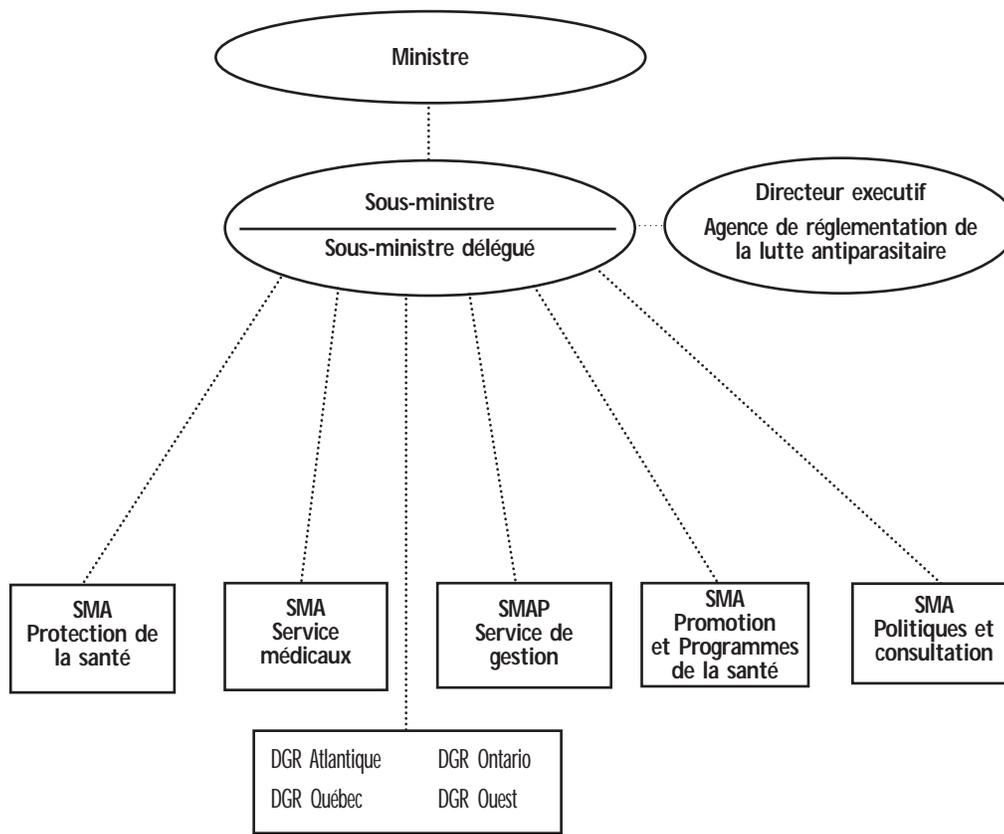
Le Ministère a pour mission ***d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.***

Priorités stratégiques

- ▶ Assurer la viabilité d'un système de santé ayant un caractère national appréciable.
- ▶ Favoriser la prise de décisions stratégiques fondées sur des données probantes à Santé Canada et promouvoir la prise de décisions fondées sur des données probantes au sein du système de santé canadien et parmi la population canadienne.
- ▶ Prévoir et prévenir les risques pour la santé et intervenir au besoin.
- ▶ Promouvoir, auprès de la population, une approche à l'égard de la santé qui tient compte de l'importance des facteurs déterminants de la santé et des liens qui existent entre eux.
- ▶ Aider les collectivités autochtones à atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens.

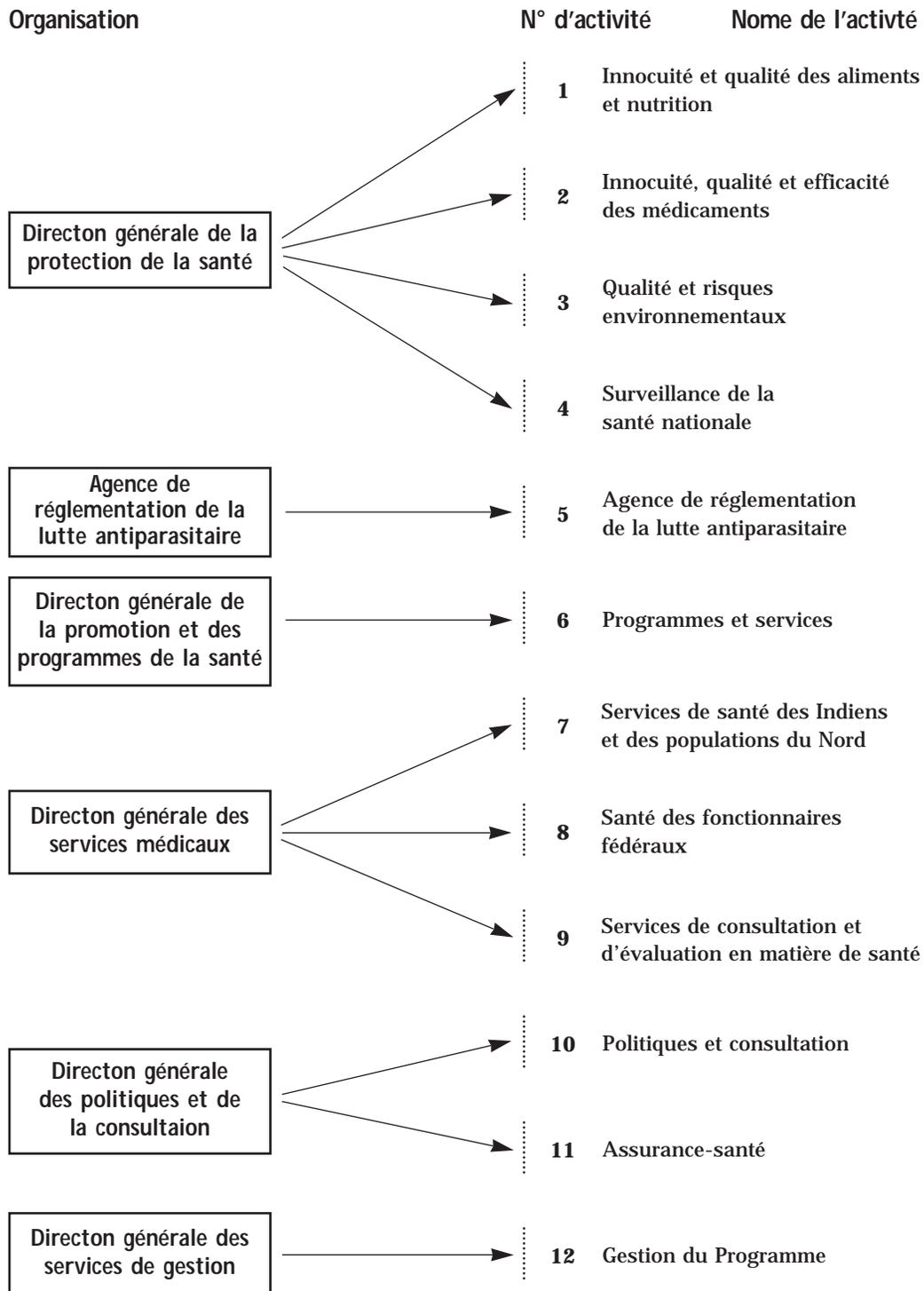
Organigramme

TABLEAU 1 : Structure organisationnelle, avril 1996



SMA Sous-ministre adjoint
SMAP Sous-ministre adjoint principal
DGR Directeur général régional

TABEAU 2 : Relations organisationnelles aux activités courantes



PARTIE III : RÉALISATIONS DU MINISTÈRE

A ATTENTES EN MATIÈRE DE RENDEMENT

Tableaux des dépenses prévues par rapport aux dépenses réelles

TABEAU 3 : Besoins en ressources selon l'organisation et les activités
Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles, 1996-1997, par organisation et activité

(millions de dollars)

Nota: Les parties ombrées indiquent les dépenses ou les recettes réelles en 1996-1997.

Directions générales	Protection de la santé	Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	Promotion et programmes de la santé	Services médicaux	Politiques et consultation	Services de gestion	TOTAUX
Activité							
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	57,9						57,9
	42,5						42,5
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	20,0						20,0
	26,2						26,2
Qualité et risques environnementaux	43,9						43,9
	43,0						43,0
Surveillance de la santé nationale	42,4						42,4
	42,4						42,4
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire		24,9					24,9
		25,6					25,6
Programmes et services			219,0				219,0
			227,7				227,7
Services de santé des Indiens et des populations du Nord				1 046,5			1 046,5
				983,6			983,6
Santé des fonctionnaires fédéraux				24,9			24,9
				22,7			22,7
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé				5,1			5,1
				4,8			4,8
Politique et consultation					19,0		19,0
					34,4		34,4
Assurance-santé ⁽¹⁾					1,7		1,7
					(94,5)		(94,5)
Gestion du Programme	0,0					71,5	71,5
	18,3					135,1	153,4
TOTAUX	164,2	24,9	219,0	1 076,5	20,7	71,5	1 576,8
	172,4	25,6	227,7	1 011,1	(60,1)	135,1	1 511,8
p. 100 du TOTAL	11,4	1,7	15,1	66,9	(4,0)	8,9	100,0

⁽¹⁾ L'activité de l'Assurance-santé comprend un ajustement législatif réel de 96,0 millions de dollars en paiements au titre des Services de santé assurés et des Services de soins de santé complémentaires.

TABLEAU 4 : Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles, 1996-1997, par activité
(continuation à droite)

(millions de dollars)

Nota : Les chiffres ombrés indiquent les dépenses en 1996-1997.

Activités	Équivalents temps plein	Frais de fonctionnement ⁽¹⁾	Dépenses en capital	Subventions et contributions votées
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	762	58,2	1,8	–
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	481	42,7	0,7	–
Qualité et risques environnementaux	782	45,3	2,2	–
Surveillance de la santé nationale	646	50,5	0,5	–
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	532	45,9	2,2	0,1
Programmes et services	516	44,2	1,2	1,3
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	287	41,0	1,4	–
Santé des fonctionnaires fédéraux	327	40,4	1,9	0,1
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	343	23,6	1,5	–
Politique et consultation	326	25,8	0,1	–
Assurance-santé ⁽²⁾	564	53,3	0,3	165,4
Gestion du Programme	561	58,6	0,1	169,0
TOTAUX	1 724	637,5	12,0	413,3
	1 550	567,0	9,4	416,8
	357	23,7	1,2	–
	300	23,0	0,6	–
	77	5,3	0,1	–
	61	5,0	0,1	–
	165	12,8	–	6,2
	188	17,7	0,5	16,2
	23	1,7	–	–
	22	1,5	–	–
	746	61,5	10,4	–
	1 191	101,8	16,0	36,6
TOTAUX	6 362	1 009,8	33,1	585,0
	6 169	978,2	31,1	640,0

Autres recettes et dépenses

Recettes à valoir sur le Trésor

Coût des services fournis par d'autres ministères ⁽³⁾

Coût net du programme

(1) Les dépenses de fonctionnement comprennent les contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés.

(2) L'activité de l'Assurance-santé comprend un ajustement législatif réel de 96,0 millions de dollars en paiements au titre des Services de santé assurés et des Services de soins de santé complémentaires.

(3) Somme estimative.

TABLEAU 4 : Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles, 1996-1997, par activité (continuation)

(millions de dollars)

Nota : Les chiffres ombrés indiquent les dépenses en 1996-1997.

Activités	Sous-total : Dépenses votées brutes	Subventions et contributions législatives	Dépenses brutes totales	Moins : Recettes à valoir sur le crédit	Dépenses nettes totales
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	60,0	—	60,0	2,1	57,9
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	43,4	—	43,4	0,9	42,5
Qualité et risques environnementaux	47,5	—	47,5	27,5	20,0
Surveillance de la santé nationale	51,0	—	51,0	24,8	26,2
Agence de réglementation de lutte antiparasitaire	48,2	—	48,2	4,3	43,9
Programmes et services	46,7	—	46,7	3,7	43,0
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	42,4	—	42,4	—	42,4
Santé des fonctionnaires fédéraux	42,4	—	42,4	—	42,4
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	25,1	—	25,1	0,2	24,9
Politique et consultation	25,9	—	25,9	0,3	25,6
Assurance-santé ⁽²⁾	219,0	—	219,0	—	219,0
Gestion du Programme	227,7	—	227,7	—	227,7
Totaux	1 062,8	—	1 062,8	16,3	1 046,5
	993,2	—	993,2	9,6	983,6
	24,9	—	24,9	—	24,9
	23,6	—	23,6	0,9	22,7
	5,4	—	5,4	0,3	5,1
	5,1	—	5,1	0,3	4,8
	19,0	—	19,0	—	19,0
	34,4	—	34,4	—	34,4
	1,7	—	1,7	—	1,7
	1,5	(96,0)	(94,5)	—	(94,5)
	71,9	0,1	72,0	0,5	71,5
	154,4	—	154,4	1,0	153,4
	1 627,9	0,1	1 628,0	51,2	1 576,8
	1 649,3	(96,0)	1 553,3	41,5	1 511,8
Autres recettes et dépenses					
Recettes à valoir sur le Trésor					(6,7)
					(7,1)
Coût des services fournis par d'autres ministères ⁽³⁾					51,1
					51,1
Coût net du programme					1 621,2
					1 555,8

**TABEAU 5 : Dépenses du Ministère prévues et réelles
par activité**

(millions de dollars)

Activités	Réel 1993-1994	Réel 1994-1995	Réel 1995-1996	Total prévu 1996-1997	Réel 1996-1997
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	63,1	57,8	48,3	57,9	42,5
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	69,5	73,5	61,7	20,0	26,2
Qualité et risques environnementaux	45,5	56,4	49,4	43,9	43,0
Surveillance de la santé nationale	59,5	38,9	35,9	42,4	42,4
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	–	–	21,2	24,9	25,6
Programmes et services	179,5	216,0	237,9	219,0	227,7
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	824,6	917,2	1 015,2	1 046,5	983,6
Santé des fonctionnaires fédéraux	25,8	30,3	22,6	24,9	22,7
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	7,9	6,2	5,0	5,1	4,8
Politique et consultation	18,1	20,4	22,8	19,0	34,4
Assurance-santé ⁽¹⁾	7 233,4	7 567,7	7 242,0	1,7	(94,5)
Gestion du Programme	96,0	130,7	120,2	71,5	153,4
Total	8 622,9	9 115,1	8 882,2	1 576,8	1 511,8

⁽¹⁾ à compter du 1^{er} avril 1996, les paiements de transfert législatifs versés au titre de l'assurance-santé aux provinces et aux territoires sont présentés dans le Budget du ministère des Finances à titre de paiements dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Cependant, Santé Canada apportera des ajustements tant positifs que négatifs relativement aux paiements au titre du FPÉ de 1995-1996 jusqu'à ce qu'ils soient terminés. Pour 1996-1997, un ajustement négatif de 96,0 millions de dollars est signalé.

Le Budget des dépenses principal de Santé Canada était de 1 576,8 millions de dollars en 1996-1997. Au cours de l'année, cette somme a été ajustée pour tenir compte des changements suivants :

- ▶ une réduction de 96,0 millions de dollars en raison d'un ajustement législatif de l'activité de l'Assurance-santé;
- ▶ une augmentation de 24,3 millions de dollars en raison du Budget des dépenses supplémentaire (A);
- ▶ une augmentation de 20,2 millions de dollars en raison du Budget des dépenses supplémentaire (B);
- ▶ une augmentation législative de 1,8 million de dollars dans les coûts du Régime des avantages sociaux des employés;
- ▶ une augmentation de 0,9 million de dollars découlant des recettes de l'écoulement des biens excédentaires de la Couronne;
- ▶ une augmentation de 0,8 million de dollars attribuable aux recettes reçues au cours des années antérieures mais applicables à 1996-1997.

Les 1 528,8 millions de dollars qui restent représentent la somme maximale que Santé Canada aurait pu dépenser au cours de 1996-1997. Cependant, les dépenses réelles s'élevaient à 1 511,8 millions de dollars, soit un taux d'utilisation de 98,8 p. 100, ce qui représente une non-utilisation de fonds de 17,0 millions de dollars (somme non engagée).

Résumé des attentes en matière de rendement

À compter de 1998-1999, les programmes de Santé Canada seront gérés par secteur d'activité. Durant l'exercice de 1996-1997, le Ministère était encore structuré par activité, et la partie III du budget des dépenses de 1996-1997 reflète cette structure. Le présent rapport de rendement est donc structuré par activité, et non par secteur d'activité. Les rapports de rendement futurs (ceux de 1998 et des années subséquentes) refléteront la nouvelle structure par secteur d'activité, incorporant les résultats clés et les indicateurs de rendement qui apparaissent à la partie IV.

Le tableau suivant résume les principales mesures de rendement et les travaux clés effectués pour chaque activité. Vous trouverez plus de détails dans chacune des parties réservées aux activités.

Service fourni aux Canadiens :	Sera démontré par :
<p>Innocuité et qualité des aliments et nutrition : gestion des risques et bienfaits associés aux aliments, et élaboration de conseils à ce sujet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ établir des politiques en matière d'innocuité des aliments et de nutrition, qui répondent aux besoins de tous les Canadiens; ▶ fournir des conseils et agir en chef de file dans le domaine de l'innocuité des aliments; ▶ déterminer les risques ou les bienfaits marqués pour la santé, ainsi que de meilleures méthodes analytiques; ▶ participer aux discussions nationales et internationales sur l'harmonisation; ▶ examiner, aux fins d'approbation, les nouveaux aliments et additifs alimentaires.
<p>Innocuité, qualité et efficacité des médicaments : plans, priorités et mesures en matière de gestion des risques présentés par les produits thérapeutiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ accès rapide à des produits thérapeutiques sûrs, efficaces et de haute qualité; ▶ agir à titre de chef de file national et international, afin d'assurer l'innocuité et l'efficacité des produits thérapeutiques; ▶ gérer, diffuser et échanger des renseignements et des préoccupations avec les intervenants et les clients.
<p>Qualité et risques environnementaux : protection contre les risques causés par les environnements naturel et humain.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ déterminer, évaluer et gérer les risques; ▶ élaborer et diffuser des connaissances et des compétences scientifiques; ▶ gérer les risques provenant de sources comme les dispositifs émettant des radiations, les produits chimiques et les produits de consommation.
<p>Surveillance de la santé nationale : assurer, à l'échelle nationale, un leadership et une coordination au chapitre des activités de détection, d'enquête, de surveillance et de prévention des maladies chez les humains.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mettre en application des programmes nationaux de surveillance et de lutte contre la maladie; ▶ se fonder sur des sources d'information clés (comme les réseaux d'information sur la santé publique) pour prendre des décisions efficaces en ce qui concerne les systèmes de soins de santé; ▶ recueillir, analyser et diffuser des renseignements essentiels sur de tels sujets, comme l'évolution du taux d'infection à VIH.

Service fourni aux Canadiens :	Sera démontré par :
<p>Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire : réduction des risques associés aux produits antiparasitaires, accès adéquat du public à de bons outils de lutte antiparasitaire et à des stratégies de lutte antiparasitaire respectueuses de l'environnement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ apporter des modifications à la <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i>; ▶ rationaliser la réglementation en ce qui concerne les utilisations mineures des agents chimiques traditionnels et leurs solutions de rechange; ▶ accepter une plus grande participation du public au processus réglementaire relatif aux produits antiparasitaires; ▶ établir un processus de recouvrement des coûts liés aux normes de service; ▶ harmoniser les normes et partager les recherches avec d'autres systèmes réglementaires afin d'accélérer le processus réglementaire.
<p>Programmes et services : politiques, programmes, renseignements et stratégies destinés à aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur santé et à éviter des risques pour la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ créer et appuyer des programmes, en collaboration avec les provinces et d'autres intervenants, afin d'améliorer la santé des Canadiens; ▶ mettre l'accent sur la santé et le bien-être des Canadiens à différentes étapes de leur vie; ▶ répondre à des préoccupations particulières en matière de santé, comme le sida et le cancer du sein; ▶ recueillir et diffuser de l'information, et appuyer les programmes de sensibilisation et d'éducation du public.
<p>Services de santé des Indiens et des populations du Nord : aider les Indiens inscrits vivant dans les réserves, les Inuit et les habitants du Yukon à bénéficier d'un état de santé comparable à celui des autres Canadiens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ réduire l'écart entre les indicateurs de santé des Autochtones et ceux des Canadiens non autochtones; ▶ augmenter le transfert des compétences en matière de services de santé aux collectivités et organisations Inuit et des Premières nations.

Service fourni aux Canadiens :	Sera démontré par :
Santé des fonctionnaires fédéraux : services de santé au travail et d'hygiène du milieu destinés aux fonctionnaires fédéraux.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ surveillance de la santé et de la sécurité au travail; ▶ évaluations de la santé des fonctionnaires et des candidats aux postes vacants; ▶ fournir des soins de santé essentiels et d'urgence aux dignitaires en visite au Canada; ▶ établir des normes de service et des indicateurs d'activité en ce qui concerne les services du Programme de la santé des fonctionnaires fédéraux.
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé : aide et avis professionnels dans les domaines de la médecine aéronautique, des services d'urgence, des services de quarantaine et des services de réglementation.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ surveillance de la santé et de la sécurité au travail; ▶ évaluations de la santé des fonctionnaires et des candidats aux postes vacants; ▶ fournir des soins de santé essentiels et d'urgence aux dignitaires en visite au Canada; ▶ établir des normes de service et des indicateurs d'activité en ce qui concerne les services du Programme de la santé des fonctionnaires fédéraux.
Politiques et consultation : conseils et orientation en matière de politiques et de programmes, afin d'assurer la prestation de services de santé appropriés partout au Canada.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ appuyer les recommandations du Forum national sur la santé; ▶ procurer des conseils et un leadership en ce qui concerne les discussions internationales sur la santé; ▶ répondre aux besoins en matière de santé et aux préoccupations des femmes; ▶ prodiguer des conseils sur des questions de santé fédérales-provinciales.
Assurance-santé : accès raisonnable de tous les résidents du Canada à des services assurés de soins de santé payés d'avance et à des services supplémentaires de santé.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ assurer le suivi des régimes d'assurance-maladie provinciaux, afin de veiller à ce qu'ils respectent les conditions de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>; ▶ délivrer des certificats d'autorisation aux régimes qualifiés provinciaux et territoriaux d'assurance-santé; ▶ effectuer les déductions nécessaires aux paiements de transfert en matière de soins de santé effectués aux provinces dont les régimes ne sont pas conformes aux exigences de la Loi.

B RÉALISATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

ACTIVITÉ 1 : Innocuité et qualité des aliments et nutrition

Santé Canada consacre ses efforts à protéger et à améliorer la santé et le bien-être du public canadien. Il définit et gère les risques et les bienfaits que présentent les aliments pour la santé, et fournit des conseils à ce sujet. Il effectue des travaux dans les domaines des additifs alimentaires, des contaminants chimiques et microbiologiques, des éléments nutritifs, (c.-à-d. les aliments produits par la bioingénierie), des constituants et des procédés alimentaires, et des médicaments à usage vétérinaire.

Santé Canada :

- ▶ détermine les risques et les bienfaits que présentent les aliments pour la santé;
- ▶ travaille à améliorer les propriétés nutritives des aliments et des essais alimentaires;
- ▶ établit des politiques en matière d'innocuité des aliments et de nutrition qui répondent aux besoins des Canadiens;
- ▶ participe à des forums nationaux et internationaux;
- ▶ réglemente les aliments nouveaux et les additifs alimentaires;
- ▶ prodigue des conseils et assure un leadership dans le domaine de l'innocuité des aliments au Canada.

Réalisations en 1996-1997

Dans le domaine des risques pour la santé :

- ▶ Santé Canada a entrepris un certain nombre d'initiatives dans le domaine des allergies alimentaires. Le Ministère a établi un groupe de travail chargé d'examiner la procédure d'« alerte à l'allergie » et un comité chargé de déterminer les allergènes communs qui devraient toujours être étiquetés. Les deux groupes ont préparé des rapports et des recommandations. De plus, les chercheurs de Santé Canada ont élaboré une méthode de détection d'infimes quantités de protéines d'arachide. Cette analyse, disponible sur le marché, est utilisée par l'Agence canadienne d'inspection des aliments et l'industrie alimentaire.
- ▶ On a accordé une attention générale à la « maladie du hamburger ». En collaboration avec le ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire et l'Université de Waterloo, Santé Canada a déterminé trois secteurs d'évaluation du risque de contracter *E. coli* 0157:H7 en mangeant des hamburgers : la concentration de bactéries dans les matières fécales des bovins, la température d'entreposage des galettes de bœuf avant la cuisson, et les méthodes de cuisson. Ces résultats devraient influencer sur les méthodes de gestion.

En ce qui concerne les politiques en matière d'innocuité des aliments et de nutrition :

- ▶ La science alimentaire et la biotechnologie entraînent l'introduction de nouveaux types d'aliments et d'aliments traités à l'aide de nouveaux procédés alimentaires. Afin d'assurer l'innocuité de ces aliments et de répondre aux préoccupations du public, Santé Canada a tenu des consultations intensives et élaboré des règlements qui seront promulgués au début de l'exercice 1997-1998. Ces règlements préciseront que le ministère de la Santé devra être avisé à l'avance de la vente d'aliments qui n'ont jamais été vendus au Canada ou dont la composition traditionnelle a été substantiellement modifiée. Ils protégeront les consommateurs, tout en permettant la vente de ces nouveaux produits au Canada.

- ▶ Le Programme des aliments travaille en collaboration avec les ministères de la Santé provinciaux, afin de procéder à des enquêtes sur la consommation d'aliments et les rations de nutriments. Ces enquêtes constituent la première collecte de telles données depuis l'étude menée par Nutrition Canada il y a 25 ans, et permettront la formation d'une base de données nationale. À ce jour, neuf provinces sur dix sont en train d'effectuer ces enquêtes ou les ont terminées. Ces dernières fourniront des informations sur les niveaux de contaminants chimiques ou de nutriments contenus dans les aliments et sur la quantité d'aliments consommés. Ces données permettront à la Direction générale de la protection de la santé d'effectuer des évaluations des risques présentés par les contaminants chimiques ou les nutriments contenus dans les aliments. Elles permettront également d'examiner les recommandations en matière de nutrition et d'établir des politiques relatives aux programmes de formation en nutrition comme le Guide alimentaire canadien.
- ▶ En juin 1996, on a déposé les propositions visant à exiger l'ajout d'acide folique (vitamine B) à la farine et aux pâtes enrichies. Des quantités adéquates d'acide folique durant la grossesse réduisent la fréquence de spina-bifida chez les nouveau-nés. De plus, Santé Canada propose d'harmoniser ses normes relatives à tous les nutriments contenus dans la farine avec celles des États-Unis, afin d'éliminer les obstacles au commerce qu'engendreraient des normes différentes en matière de vitaminisation.
- ▶ La plupart des intoxications alimentaires sont causées par la contamination bactérienne des aliments, particulièrement des aliments crus d'origine animale (œufs, viande). Habituellement, cette contamination est causée par une manipulation inadéquate. La Direction générale de la promotion de la santé/le Comité de liaison des entreprises alimentaires et le Comité fédéral-provincial-territorial sur la salubrité des aliments ont approuvé un programme national de formation en matière d'innocuité des aliments, ce qui représente une étape importante de l'élaboration d'un plan de lutte contre les maladies intestinales causées par les aliments contaminés.

- Les recherches révèlent que les Canadiens consomment plus d'acides gras *trans* que les habitants de tout autre pays du monde. Les acides gras *trans* augmentent la quantité de cholestérol sanguin, important facteur de risque au chapitre des maladies cardiovasculaires, et on les soupçonne d'avoir des effets nuisibles sur la croissance des nourrissons. Les fabricants canadiens de margarine ont pris des mesures pour réduire la quantité d'acides gras *trans* dans leurs produits. Santé Canada a manifesté une volonté de permettre aux fabricants de comestibles d'afficher la quantité d'acides gras *trans* sur les étiquettes des produits alimentaires et dans leurs annonces publicitaires.

Dans le domaine des affaires internationales et de l'harmonisation des normes :

- Le Groupe de travail technique sur les additifs et contaminants alimentaires de l'ACCEU et de l'ALENA poursuit ses travaux sur l'harmonisation des normes (par exemple) relatives aux additifs alimentaires. Le Canada et les États-Unis discutent présentement d'un examen conjoint des pétitions relatives aux additifs alimentaires et des frais d'utilisation exigibles, et de leur approche à l'égard des contaminants alimentaires comme l'aflatoxine.
- Santé Canada a entrepris un examen des politiques actuelles relatives à l'ajout d'oligo-éléments aux aliments, compte tenu des questions de santé, de sécurité et de commerce, des besoins nutritionnels des Canadiens et de la compétitivité de l'industrie.
- Santé Canada a commencé à tenir d'importantes consultations internationales en vue d'une nouvelle rédaction des règlements et des tableaux en matière d'additifs alimentaires. Le Ministère a commencé à travailler à un document résumant les commentaires qu'il a reçus.

Réglementation des aliments, des additifs alimentaires et des médicaments à usage vétérinaire

Santé Canada est chargé d'évaluer et d'établir les normes relatives aux aliments, aux additifs alimentaires et aux médicaments à usage vétérinaire. Dans ce domaine :

- Le Ministère a procédé à près de 200 évaluations d'additifs alimentaires avant leur mise en marché.

- ▶ Il a traité 2 377 présentations volontaires concernant le matériel de conditionnement des aliments et les additifs indirects.
- ▶ Il s'est occupé de plus de 26 000 activités, des demandes de renseignements de la part du public aux points de presse média dans tous les domaines liés aux produits chimiques contenus dans les aliments.
- ▶ Il a effectué 402 nouvelles évaluations de médicaments à usage vétérinaire et 138 examens de médicaments déjà approuvés, répondu à 215 demandes d'identification numérique de la drogue, procédé à 80 examens obligatoires des demandes de certificats d'études expérimentales (destinés à la recherche) et répondu à 1 050 demandes de médicaments d'urgence.
- ▶ Il a traité 32 présentations, ce qui supposait l'examen et l'évaluation de 18 avis d'aliments nouveaux et de 14 présentations concernant l'irradiation des denrées alimentaires, les enzymes génétiquement modifiées, les ingrédients ou les additifs alimentaires et les pesticides.
- ▶ L'objectif en matière de recettes établi par le Ministère pour ces activités était de 2,1 millions de dollars; le Ministère a effectivement recouvré 0,9 million de dollars, ou 42,9 p. 100 de l'objectif.

Agence canadienne d'inspection des aliments

Le budget fédéral de 1996 faisait part de l'intention du gouvernement de créer une seule agence d'inspection des aliments, en consolidant les activités d'Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC), de Santé Canada et du ministère des Pêches et des Océans. La responsabilité de l'inspection des aliments a d'abord été transférée à AAC, puis à cette nouvelle agence indépendante. Santé Canada conserve ses responsabilités relatives aux politiques en matière d'innocuité des aliments, à l'établissement des normes, à l'évaluation des risques, à la recherche en matière d'essais analytiques et à la vérification des activités de l'agence au chapitre de l'innocuité des aliments. Le projet de loi C-60 (*Loi portant création de l'Agence canadienne d'inspection des aliments*) a été promulgué le 20 mars 1997.

ACTIVITÉ 2 : Innocuité, qualité et efficacité des médicaments

L'objectif de l'activité « innocuité, qualité et efficacité des médicaments » est de s'assurer que les médicaments et produits thérapeutiques disponibles au Canada sont sûrs, efficaces et de grande qualité.

Les médicaments et matériels médicaux doivent être approuvés par Santé Canada avant qu'on puisse procéder à leurs essais cliniques et à leur mise en marché. Santé Canada recueille et analyse des rapports sur les effets indésirables ou les problèmes d'un produit tout au long de son cycle de vie. Le Ministère effectue des inspections, des analyses de produit et des enquêtes particulières, afin de veiller à ce que les procédés de fabrication soient conformes aux normes canadiennes. En vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Santé Canada est également responsable de la lutte contre les drogues (y compris les stupéfiants) et de leur restriction, ainsi que de l'analyse, au nom des corps de police, des drogues illégales. Le Ministère contribue à favoriser l'harmonisation et le commerce international. Enfin, il distribue des renseignements à jour aux intervenants et au grand public.

Gestion des risques

Tous les médicaments et les matériels médicaux présentent des risques. Le processus réglementaire vise à tenir compte de ces risques et à les comparer avec les supposés avantages des produits. Le processus permet également d'assurer la production d'une information suffisante pour permettre des décisions rapides et efficaces en matière de réglementation, et une utilisation adéquate des produits. S'il y a lieu, Santé Canada prend des mesures appropriées afin de protéger le public. Parmi les activités liées à la gestion des risques, mentionnons les mesures réglementaires (c.-à-d., les autorisations de mise sur le marché et les inspections) et les renseignements au public, qui permettent de prendre des décisions éclairées.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Un nouveau cadre de réglementation et de nouvelles politiques permettront un minimum de contrôle dans les cas où le risque est faible; la réglementation sera réservée aux situations où il est nécessaire de contrôler les risques. On élabore présentement un nouveau procédé de catégorisation des risques, constitué de quatre niveaux, qui permettra une mise en marché plus rapide des médicaments à certaines conditions.
- ▶ Santé Canada comptera sur ses comités consultatifs d'experts ou CCE (par exemple, les CCE sur les nouvelles substances actives, la réglementation des médicaments en vente libre, les thérapies contre le VIH et la réglementation du sang) et sur le Comité consultatif canadien sur les effets indésirables des médicaments pour tenir compte du plus grand nombre de facteurs possibles durant le processus de prise de décisions.
- ▶ On élabore présentement des normes nationales relatives à la transplantation de tissus et d'organes.

Produits sûrs, efficaces et de grande qualité

Le programme des produits thérapeutiques est un programme qui gère les risques liés aux produits thérapeutiques accessibles aux Canadiens.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Le programme a permis de réduire les délais médians d'examen des présentations de nouvelle substance active de 38,1 mois en 1994 à 18,4 mois en 1996, soit une baisse de 52 p. 100. Durant la même période, il a permis l'augmentation du nombre de présentations traitées, qui est passé de 28 à 34. Grâce au programme, on a également réduit de plus de 16 mois le délai médian d'approbation de toutes les présentations de drogue nouvelle (21,2 mois, comparative-ment à 37,5 mois en 1994). Depuis les dix dernières années, les Canadiens ont maintenant un accès plus rapide que jamais, à un plus grand nombre de nouvelles thérapies.

- ▶ En ce qui concerne les matériels médicaux (qui doivent être approuvés avant leur mise en marché), le programme a permis d'effectuer 81,5 p. 100 des évaluations dans le délai réglementaire de 60 jours civils.
- ▶ Grâce au programme, on a évalué quelque 4 000 rapports sur les effets indésirables des médicaments et 200 rapports sur les problèmes relatifs aux matériels médicaux. Depuis le 1^{er} janvier 1996, les fabricants sont tenus de signaler les effets indésirables.
- ▶ Santé Canada a entrepris un important examen de plus de 1 200 activités relatives aux médicaments qui relèveront du nouveau Règlement sur l'agrément des établissements, afin de déterminer si elles sont conformes aux bonnes pratiques de fabrication.
- ▶ Le programme a permis de traiter 1 000 rapports sur des incidents (effets non indésirables) relatifs à l'utilisation de produits thérapeutiques. Ainsi, on a rappelé 52 produits et publié trois alertes au public afin d'avertir le public à propos des problèmes d'innocuité de certains produits pharmaceutiques.
- ▶ L'objectif en matière de recettes établi par le Ministère pour ces activités était de 27,5 millions de dollars; le Ministère a effectivement recouvré 24,7 millions de dollars, ou 89,9 p. 100 de l'objectif.

Crédibilité et leadership à l'échelle nationale et internationale

Santé Canada est reconnu à l'échelle nationale et internationale comme l'un des organismes de réglementation les plus efficaces au monde en matière de médicaments, de matériels médicaux et autres produits thérapeutiques. Le Ministère travaille en collaboration avec d'autres organismes nationaux de réglementation afin d'améliorer et de faciliter l'harmonisation et le commerce international.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Au printemps de 1997, Santé Canada a négocié, avec l'Union européenne, les ententes de reconnaissance réciproques sur les bonnes pratiques de fabrication, afin de réduire le coût global de la réglementation.
- ▶ En ce qui concerne les normes internationales, Santé Canada a dirigé les efforts internationaux consacrés à la définition de moyens de contrôle appropriés des principes actifs, et à l'élaboration d'une norme internationale relative aux bonnes pratiques de fabrication des matériels médicaux.
- ▶ Les discussions avec Taïwan se poursuivent : on souhaite conclure un protocole d'entente sur les produits traditionnels à base d'herbes médicinales, dont un grand nombre est importé de ce pays.

Gestion, diffusion et échange de l'information

La gestion des risques et des bienfaits dépend d'une information précise et à jour. Le Programme des produits thérapeutiques favorise des communications ouvertes et opportunes entre la direction et le personnel, avec d'autres secteurs de Santé Canada et le gouvernement fédéral, et avec les intervenants et les clients.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Le programme a permis de rédiger deux lettres d'information, deux lettres « Cher docteur » et six avertissements, ainsi que de publier quatre bulletins d'information sur l'innocuité des médicaments à l'intention du public. Ces bulletins sont également publiés sous forme d'encart dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*.
- ▶ Santé Canada a élaboré des annexes aux Lignes directrices sur les bonnes pratiques de fabrication des produits homéopathiques et à base d'herbes médicinales, des produits biologiques et radiopharmaceutiques et des médicaments apparentés aux cosmétiques. Ces documents informent les fabricants à propos des pratiques de fabrication acceptables.

- ▶ Une nouvelle base de données informatisée sur les produits pharmaceutiques facilitera l'accès du public aux renseignements fondamentaux sur tous les médicaments.
- ▶ Le groupe de liaison régional de Santé Canada sur les médecines traditionnelles, établi à Vancouver, procurer une tribune permettant l'échange et l'élaboration des idées. Parmi les succès qu'il a remportés, mentionnons : un nouveau cours donné par l'Université de la Colombie-Britannique à l'intention des fabricants, des agriculteurs et des organismes de réglementation; le retrait volontaire du marché d'une longue liste de produits inacceptables à base d'herbes médicinales; et l'introduction de nouvelles références documentées destinées au processus d'approbation.
- ▶ Santé Canada a tenu 29 réunions avec 16 groupes nationaux d'intervenants, afin de se tenir au courant des nouvelles questions, de procurer une perspective équilibrée, de susciter des préoccupations et de discuter des impacts éventuels de diverses options. De plus, des ateliers de consultation, mettant l'accent sur des projets de documents de discussion, ont donné lieu à des discussions sur les modifications réglementaires proposées.
- ▶ Santé Canada a établi un site Internet pour son Programme de produits thérapeutiques.

ACTIVITÉ 3 : Qualité et risques environnementaux

Santé Canada aide les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé, en déterminant, en évaluant et en gérant les dangers sur les plans de la santé et de la sécurité dans le milieu de vie et l'environnement de travail.

Afin de réaliser cet objectif primordial, Santé Canada élabore et diffuse des connaissances scientifiques sur les risques pour la santé que présentent le milieu naturel et les activités humaines. Le Ministère aide les Canadiens à comprendre la façon dont ils peuvent s'accommoder des risques environnementaux et les réduire au minimum. Il a conçu et maintient une infrastructure de protection de la santé environnementale, notamment des processus servant à coordonner la réaction du gouvernement fédéral aux accidents nucléaires et chimiques touchant le Canada et les Canadiens.

Réalisations en 1996-1997

Qualité de l'air

- ▀ Les études de Santé Canada révèlent une grande corrélation entre la pollution de l'air et les hospitalisations, les maladies cardiorespiratoires et d'autres problèmes de santé. Le Ministère élabore présentement des normes de sécurité relatives aux effluents gazeux (fines particules) et à l'ozone, deux importants polluants de l'air.
- ▀ Santé Canada a fourni le fondement scientifique pour l'examen des normes de sécurité en matière de qualité de l'air.

Eau potable

- ▀ Santé Canada a fourni des renseignements pertinents en ce qui concerne quatre contaminants contenus dans l'eau potable (aluminium, bromate, microcystine-LR et protozoaires). Le Sous-comité fédéral-provincial sur l'eau potable utilisera cette information afin d'établir des limites de sécurité.
- ▀ On a mis à jour le site Web de Santé Canada, afin d'inclure un sommaire des normes actuelles de sécurité en matière d'eau potable, des activités du sous-comité et une liste des publications sur l'eau potable.

- ▶ Les chercheurs de Santé Canada ont détecté la présence d'une bactérie nuisible et de sous-produits de désinfection dans des échantillons d'eau potable provenant de tout le pays.
- ▶ Le *projet de loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable*, présenté à la Chambre des communes le 11 décembre 1996, accordera à Santé Canada le pouvoir de réglementer les équipements utilisés dans la production de l'eau potable, en ayant recours à des normes de santé qui font l'unanimité et à l'accréditation des tierces parties. On devait procéder à la deuxième lecture du projet de loi lorsque le Parlement a été dissous en avril 1997.

Substances toxiques

Santé Canada procède à des évaluations des risques présentés par les substances toxiques et les produits de biotechnologie nouveaux et existants, et procure une orientation au chapitre de la gestion des risques connexes pour la santé des humains.

- ▶ On a substantiellement réduit l'arriéré de 5 000 avis provisoires fournis par l'industrie peu après l'entrée en vigueur du nouveau *Règlement sur les renseignements concernant les substances nouvelles* en application de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*. On a examiné quelque 3 370 avis provisoires au chapitre de leur impact sur la santé. De ce nombre, on en a évalué 2 250 durant l'exercice 1996-1997. De plus, on a évalué 400 nouvelles substances au cours du dernier exercice, et Santé Canada a imposé des conditions concernant trois nouvelles substances.
- ▶ Le 10 décembre 1996, on a déposé, à la Chambre des communes, une nouvelle *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, qui met l'accent sur la lutte contre la pollution et la protection de l'environnement et de la santé des humains. On devait procéder à la deuxième lecture du projet de loi, lorsque le Parlement a été dissous en avril 1997.

- ▮ L'effet des produits chimiques environnementaux sur les hormones des humains est devenu un important sujet de préoccupation internationale. Santé Canada a élaboré un répertoire des recherches qui sont effectuées au Canada en ce qui concerne ces produits chimiques, cerné les différences entre les données et établi des priorités en matière de recherche.

Tabac

Le gouvernement fédéral a fait de la réduction de l'usage du tabac une grande priorité. En 1996-1997, son principal objectif a été d'empêcher la vente des produits du tabac aux jeunes, et de décourager ces derniers de commencer à fumer.

- ▮ On a terminé la deuxième étape d'une enquête nationale sur la vente de produits du tabac aux mineurs, et on en a publié les résultats.
- ▮ Le programme d'application a été vérifié en 1996-1997. On procède toujours à l'examen du rapport, dont la principale conclusion est que le programme fonctionne : de 1995 à 1996, le pourcentage de détaillants qui ne respectaient pas la loi a chuté de 50 p. 100 à 40 p. 100.
- ▮ Le Programme antitabac a permis de faire le suivi des composants toxiques des produits du tabac et de la fumée, afin de fournir des renseignements sur les paquets de cigarettes et de sensibiliser davantage les fumeurs, et d'élaborer des conditions de vérification plus réalistes permettant d'évaluer la fumée du tabac.

Produits de consommation

Les produits de consommation contribuent à 230 000 accidents par année, qui engendrent 2 000 décès, 47 000 maladies et 219 000 blessures. Santé Canada publie des alertes aux consommateurs afin d'avertir le public des dangers potentiels associés à certains produits de consommation.

- ▶ Le Ministère a procédé à une enquête intensive sur les risques pour le public que présentent les quantités de plomb contenues dans les stores en PVC importés, et a largement publicisé les conclusions de cette enquête. On a également publié des avertissements semblables concernant les chandelles d'Halloween décoratives, les briquets et les produits destinés aux enfants.
- ▶ Santé Canada a apporté des modifications au Règlement sur les produits dangereux (revêtements liquides), (produits céramiques émaillés) et (casques de hockey sur glace), afin de réduire les accidents associés aux produits ou d'améliorer la prévention des blessures.
- ▶ Maintenant que des produits des pays en développement font leur entrée dans le marché canadien, le Canada a commencé à élaborer des protocoles d'entente, afin de répondre aux préoccupations que suscitent ces produits en matière de santé et de sécurité. On a entrepris une collaboration officielle avec la Chine en 1996.

Sécurité des travailleurs

Le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) permet de contrôler la vente et l'importation des produits chimiques dans le milieu de travail, et de fournir des renseignements sur les matières dangereuses qui se trouvent dans le lieu de travail. Santé Canada collabore avec le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, afin d'examiner les renseignements en matière de sécurité relatifs à ces produits dangereux. En 1996-1997, on a préparé des profils d'innocuité des produits chimiques; on a rédigé à ce jour quelque 59 résumés de profils toxicologiques.

Rayonnement

Les Services de dosimétrie nationaux fournissent des services de suivi en matière de rayonnement à plus de 100 000 travailleurs de 12 000 organisations de tout le pays, en livrant et en évaluant plus de 500 000 dosimètres (dispositifs qui servent à déterminer la dose de rayonnement reçue par les travailleurs). Des dossiers d'exposition aux rayonnements de plus de 500 000 travailleurs canadiens, dont un grand nombre date de 1951, sont tenus à jour dans le Fichier dosimétrique national. Ces renseignements servent actuellement à plusieurs études épidémiologiques à grande échelle, qui sont effectuées sur des questions comme la fréquence du cancer, les tendances et l'estimation des risques. De plus :

- ▀ Ces services ont établi que le rayonnement électromagnétique (lignes électriques) peut contribuer à la progression d'une tumeur jusqu'à ce qu'elle devienne maligne, et effectué une importante étude sur la mortalité par cancer causée par une exposition aux rayonnements ionisants dans les lieux de travail.
- ▀ Santé Canada a révisé le Code de sécurité 6 (Bureau de la radioprotection et des matériaux médicaux), afin d'établir les normes d'exposition des travailleurs et du public aux champs de radiofréquences émis par les dispositifs électroniques.
- ▀ En collaboration avec les provinces et les territoires, Santé Canada a effectué, à l'aide du protocole de la FDA américaine, une enquête sur les installations de mammographie partout au Canada, afin d'évaluer leur rendement, leur capacité de diagnostiquer les tumeurs et la dose de rayonnement reçue par les patientes. On peut se servir de ces données, tant pour évaluer les installations et équipements mammographiques canadiens que pour les comparer avec ceux des États-Unis.
- ▀ Le Canada a harmonisé le Règlement sur l'équipement à rayons X pour usage diagnostique, qui couvre tout équipement de ce genre, y compris celui qui sert aux mammographies, avec les exigences internationales visant l'amélioration du diagnostic du cancer du sein.

Programme biorégional des effets sur la santé

Les programmes biorégionaux des effets sur la santé de Santé Canada procurent à des régions déterminées du Canada des informations intégrées et pertinentes sur la santé environnementale. Les programmes communiquent de nouvelles informations sur les risques. Ils procurent aux gouvernements, aux particuliers et aux collectivités des conseils, une expertise et un soutien stratégique en matière de santé. Par exemple, ils intègrent les politiques et directives ministérielles dans les plans d'assainissement pour le nettoyage des zones polluées autour des Grands Lacs.

- ▶ Santé Canada a publié les premiers « Guide d'auto-évaluation communautaire » et les premiers « Guides destinés aux professionnels de la santé publique » relatifs aux contaminants environnementaux.
- ▶ Dans le cadre de l'*Entente Saint-Laurent Vision 2000*, Santé Canada a mené à bien une étude au sujet des répercussions sur le système immunitaire du nourrisson d'une exposition prénatale aux composés organochlorés et aux métaux lourds, une étude sur l'évaluation des risques pour la santé associés à la consommation de poisson dans la communauté mohawk de Kahnawake et une évaluation des risques découlant de la pollution de l'air dans la région de Bécancour.
- ▶ Parmi les activités de communication du Ministère, mentionnons une conférence de presse à l'été 1996, le financement de huit projets en milieu communautaire et la publication de quatre rapports techniques de zone d'intervention prioritaire sur la santé humaine.
- ▶ Cinq années de coopération avec les partenaires autochtones, fédéraux et territoriaux et plusieurs universités ont mené à la publication du *Rapport de l'évaluation des contaminants dans l'Arctique canadien*, première évaluation exhaustive des risques pour la santé et l'environnement des gens dans l'Arctique. Plusieurs polluants, dont des contaminants radioactifs, sont présents en concentration élevée (de deux à dix fois la norme canadienne pour les régions du sud) dans les tissus humains, dans certaines parties de la biorégion de l'Arctique. Ces polluants représentent une grave menace pour la santé. Le Ministère a également participé à l'équipe de négociation internationale afin de suspendre l'utilisation de produits chimiques toxiques rémanents qui migrent vers l'Arctique et s'accumulent dans les aliments traditionnels.

Coopération et collaboration intergouvernementales

Santé Canada participe à l'élaboration d'instruments régionaux et mondiaux visant le contrôle des polluants organiques rémanents (POR) et des métaux sous les auspices de la Commission de coopération environnementale de l'ALENA, de la Commission économique pour l'Europe des Nations-Unies, et du Programme pour l'environnement des Nations-Unies. Ces activités, conçues pour réduire ou éliminer le transport sur de longues distances et le dépôt de POR au Canada ont débouché sur des plans d'action intégrés qui sont actuellement appliqués pour quatre contaminants (BPC, mercure, DDT et chlordanes) en Amérique du Nord. Un processus clair et transparent pour le choix des substances visées par les mesures tripartites en Amérique du Nord a été élaboré en 1996-1997, à la suite de consultations avec les parties intéressées.

Santé Canada compte au nombre des organisateurs du Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique (FISC), qui a eu lieu en février 1997. Le Forum fait la promotion d'une coordination de la sécurité chimique aux échelles nationale et internationale. Il reconnaît la nécessité de coordonner la recherche internationale sur les effets qu'ont les substances chimiques sur les hormones humaines.

Recouvrement des coûts

Si les activités gouvernementales procurent des avantages précis à des parties identifiables, la politique gouvernementale doit envisager de recouvrer les coûts de ces activités, plutôt que de les financer entièrement avec les impôts. Conformément à cette politique, Santé Canada a mis en œuvre un service d'examen des étiquettes à coût recouvrable pour les produits chimiques de consommation. Ce service non obligatoire est entrée en vigueur le 1^{er} avril 1996.

L'objectif en matière de recettes établi par le Ministère pour ces activités était de 4,3 millions de dollars; le Ministère a effectivement recouvré 3,7 millions de dollars ou 86,7 p. 100 de l'objectif.

Développement durable

Le Canada s'est engagé à veiller à ce que l'utilisation qu'on fait aujourd'hui des ressources et de l'environnement ne compromette pas indûment les perspectives des générations futures. Santé Canada est responsable de l'évaluation des répercussions que pourraient avoir sur la santé des projets ou des mesures qui font l'objet d'un financement fédéral, se produisent sur le territoire domanial ou exigent un permis fédéral. En plus du travail d'évaluation permanent, Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires pour l'élaboration d'un guide d'évaluation des répercussions sur la santé. Le volume 1, intitulé « Guide du débutant », a été publié en mai 1997. Le volume 2, le guide du praticien, est actuellement en cours de rédaction. À l'échelle internationale, Santé Canada offre, en collaboration avec le Centre de recherches pour le développement international, une formation en évaluation des répercussions sur la santé dans les universités du bassin de l'Amazonie.

ACTIVITÉ 4 : Surveillance de la Santé nationale

La Surveillance de la santé nationale, dont s'occupe le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), assure des services nationaux de détection, d'analyse, de contrôle, de prévention et de gestion des maladies humaines, par le truchement de programmes de surveillance et de contrôle des maladies. Grâce à ce type d'activités, on peut détecter les maladies sans délai et contrôler leur évolution dans le temps. Elles contribuent à la prise et à l'évaluation de mesures de contrôle des maladies, ce qui permet au réseau médico-hospitalier du Canada d'orienter ses ressources limitées de façon efficace.

Les programmes du LLCM, qui obéissent aux schémas changeants de la santé et de la maladie, font appel à des programmes permanents de surveillance, qui vont des hôpitaux communautaires aux réseaux internationaux. Le LLCM est doté d'importants services de recherche en microbiologie et en génétique. Il suit la prévalence et la propagation de maladies à déclaration obligatoire comme le sida et la tuberculose. En matière de surveillance, ce sont les provinces qui fournissent l'infrastructure essentielle, mais seul le LLCM a la possibilité de faire la synthèse de l'information au niveau national et de communiquer l'information nécessaire au contrôle efficace des maladies. Le LLCM a pour but de :

- ▶ détecter de façon opportune les urgences épidémiologiques, de manière que des mesures de contrôle soient prises;
- ▶ contrôler les tendances de la prévalence des maladies au fil du temps;
- ▶ détecter les maladies qui émergent ou refont surface, de manière que des stratégies de prévention et de contrôle soient élaborées, mises en œuvre et évaluées.

Surveillance des maladies

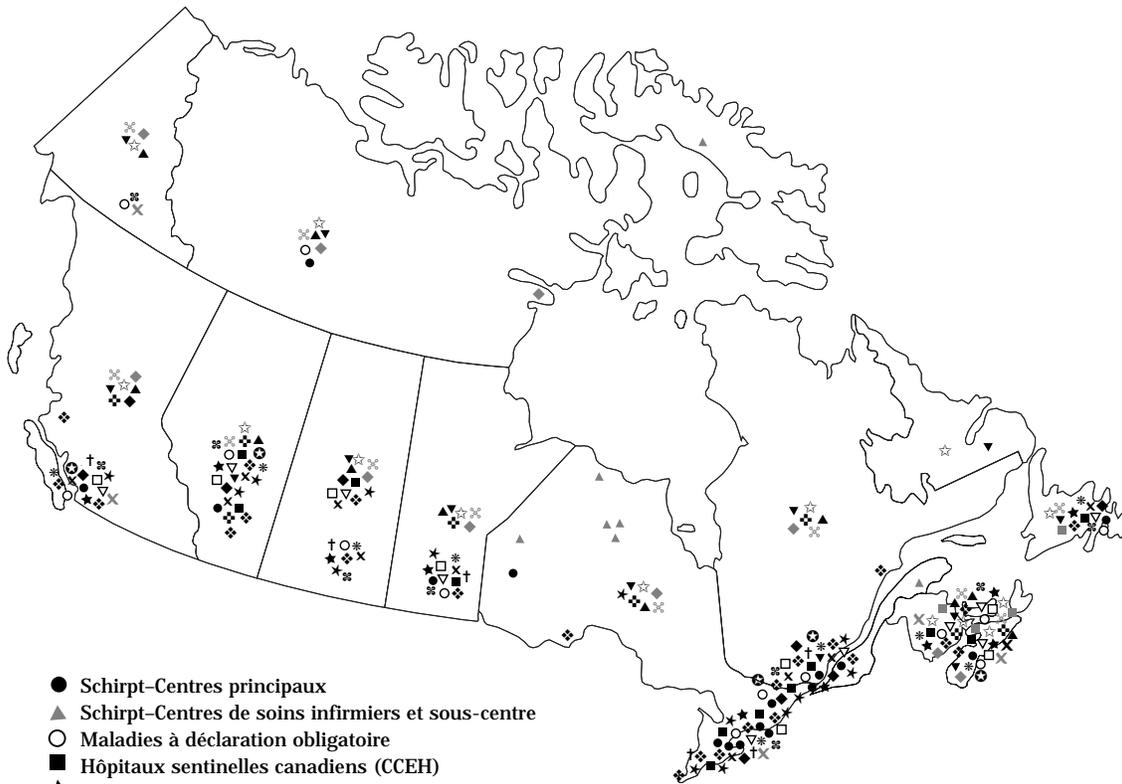
Pour se convaincre de la nécessité de poursuivre sans relâche les efforts au chapitre de la vigilance, de la prévention et du contrôle, on n'a qu'à constater les tendances préoccupantes qui caractérisent un certain nombre de maladies qui menacent la santé des Canadiens. Au Canada, des maladies chroniques comme le cancer et les affections cardiorespiratoires demeurent la principale cause de décès. Étant donné le vieillissement de la population, il est encore plus urgent d'agir dans ces secteurs. La prévalence accrue des infections à VIH dans tous les segments de la population canadienne, l'apparition de bactéries résistantes dans les hôpitaux du pays et l'émergence d'une nouvelle souche d'hépatite sont autant d'éléments qui ont de graves répercussions sur la santé publique.

Réalisations en 1996-1997

- ▀ Les provinces ont consenti des investissements considérables dans l'infrastructure de surveillance, afin de dégager un portrait d'ensemble des risques, des tendances et des schémas observés dans le domaine de la santé aux quatre coins du Canada : ainsi, on a renforcé et élargi des réseaux nationaux de surveillance efficaces. Ni les provinces ni les territoires ne peuvent se doter d'une capacité nationale de surveillance et de contrôle des maladies. Seule la présence de tels réseaux permet la surveillance nationale de maladies à déclaration obligatoire.
- ▀ Malgré des programmes de vaccination des enfants, des maladies pouvant être prévenues par un vaccin représentent toujours une menace pour les Canadiens. Le LLCM a prévu, dans un proche avenir, une forte poussée de rougeole, ce qui a donné lieu à une stratégie d'éradication de la rougeole proactive. La stratégie, qui vise à éradiquer la maladie d'ici 2005, repose sur un programme de vaccination en deux temps ainsi que sur des campagnes massives de rattrapage. Dans le cadre de la stratégie, Santé Canada a fourni aux provinces de l'information sur la santé.

- ▶ En raison de la transformation des données démographiques et environnementales ainsi que de l'aisance avec laquelle on se déplace d'une région du monde à l'autre, de nouvelles maladies transmissibles, comme le virus Ebola, représentent aujourd'hui une grave menace. Par l'entremise du système faxlink et du site Web de Santé Canada, le LLCM fournit aux Canadiens des renseignements sur les voyages et la santé, le Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages émet des lignes directrices concernant la prévention et le traitement des maladies infectieuses que les Canadiens peuvent contracter à l'étranger, tandis que le Programme de médecine des voyages, de concert avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, s'efforce d'évaluer les risques présents dans certains pays. Le LLCM tient également à jour une liste de pays qui imposent des restrictions aux voyageurs infectés par le VIH.
- ▶ Dans le domaine de la sécurité du système d'approvisionnement en sang, on a constitué un comité directeur d'experts des agents pathogènes à diffusion hématogène et organisé, à la fin du mois de mai 1996, un forum afin de fournir à tous les intéressés l'information la plus à jour sur les infections à diffusion hématogène. Pour définir les facteurs de risque associés à l'hépatite C et aux conséquences à long terme de l'hépatite C, on a versé des fonds à des provinces, à des établissements de santé, à des chercheurs et à des organisations non gouvernementales (ONG). On a porté une attention considérable à l'évaluation du risque de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob par les produits sanguins.
- ▶ Santé Canada s'emploie activement à la détection des maladies. Par l'entremise du Bureau de microbiologie et de son réseau de laboratoires externes, on a mis des services de soutien et des connaissances de laboratoire au service du réseau canadien de santé public, afin de détecter et de contrôler l'émergence de maladies et de leurs agents étiologiques (p. ex., la tuberculose, l'hépatite, l'hantavirus et des organismes pharmacorésistants) ainsi que de contrôler les flambées de maladie (p. ex., les maladies entériques).

TABEAU 6 : Réinvestissement dans le système de renseignements sur la Santé publique Réseaux de surveillance 1996



- Schirpt-Centres principaux
- ▲ Schirpt-Centres de soins infirmiers et sous-centre
- Maladies à déclaration obligatoire
- Hôpitaux sentinelles canadiens (CCEH)
- ★ Réseau de laboratoires de santé publique
- Système de surveillance par unité de santé sentinelle
- ▼ Pédiatres
- ▽ Registres de cancer
- ◆ Registres de l'impact
- ⋄ Centres et cliniques d'oncologie pour adultes
- ✕ Centres d'oncologie pour enfants (Réseau canadien de surveillance chez les enfants)
- ☆ Neurologues
- Unités de santé des provinces de l'atlantique (20)
- ⊕ Groupe de travail national sur la lutte contre l'asthme
- ★ Réseau de surveillance élargi du syndrome d'insuffisance coronarienne aiguë
- ⊗ Base de données sur la surveillance du VIH chez les enfants
- ⊗ Système de surveillance et de déclaration des cas de SIDA
- Réseau de recherche sur le VIH chez les autochtones
- ✕ Base de données canadienne sur la surveillance du cancer du sein
- ◆ Réseau de surveillance de la prévalence et de l'incidence des maladies
- ▲ Réseau de surveillance des facteurs de risque
- ⊗ Réseau canadien pour le traitement de l'asthme
- * Système national de déclaration des cas de tuberculose
- ★ Système de surveillance de la gonocoque antibio-résistante
- † Réseau d'épidémiologistes d'intervention

Réseau d'information sur la santé

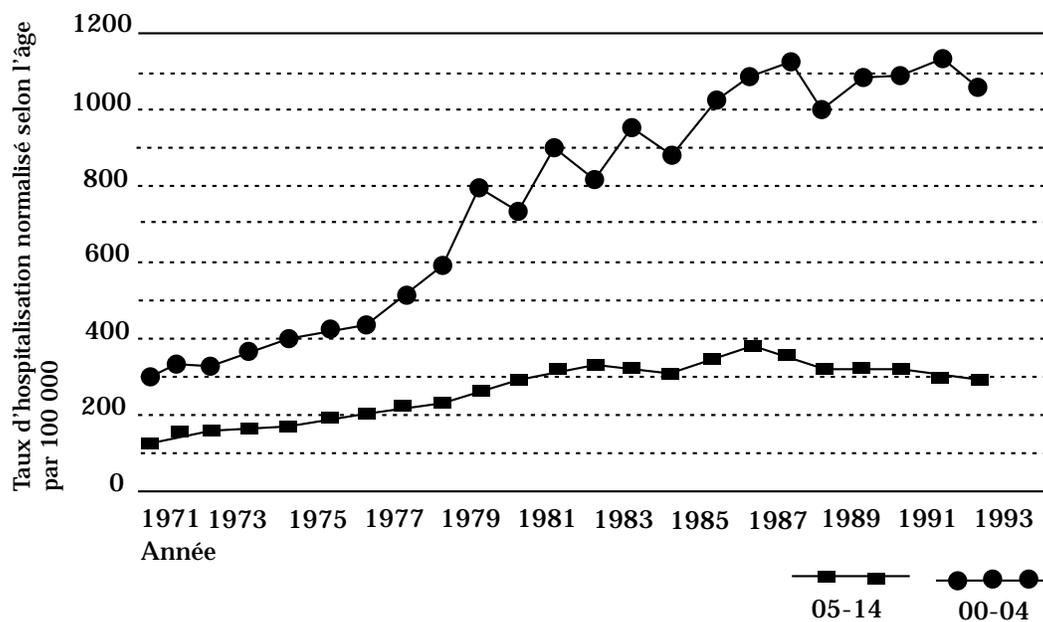
En avril 1995, Santé Canada, qui bénéficiait d'un solide appui de la part des provinces, a décidé de renforcer et d'élargir la capacité et les réseaux nationaux de surveillance, de contrôle et de prévention des maladies (réseau d'information sur la santé publique). Dans le cadre du plan, on entend cibler des « laissés pour compte », du secteur de la santé publique, par exemple les agents pathogènes à diffusion hématogène, la lutte anticancéreuse, la tuberculose, la santé de la reproduction, la santé de l'enfant, les maladies infectieuses, les maladies transmises sexuellement (MTS), les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le diabète et les infections antibiorésistantes. Cet engagement majeur aidera les décideurs du secteur de la santé à adopter des politiques de santé publique éclairées. Grâce à la détection précoce de nouvelles menaces pour la santé et au ciblage efficient des interventions, le réseau d'information sur la santé publique rapporte d'importants dividendes.

Réalisations en 1996-1997

- ▮ On a élargi la collection de données sur la santé de l'enfant. La collection de données antérieure se concentrait sur les maladies des bébés et des jeunes enfants, y compris les malformations congénitales et le syndrome de mort subite du nourrisson (MSN). Élargi, ce champ comprend aujourd'hui les blessures et les morts accidentelles, contrôlées au moyen du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes et de la base de données des coroners. La surveillance et le contrôle des maladies infantiles s'appliquent désormais au diabète, au cancer, aux anomalies cardiaques, aux infections streptococciques de groupe B et à la pneumonie. Chez les enfants de moins de quatre ans, la prévalence de l'asthme a quadruplé (figure 7), ce qui montre bien qu'on doit s'intéresser aux raisons de l'augmentation de même qu'aux éventuelles mesures de prévention et de contrôle. Enfin, Santé Canada a collaboré avec d'autres organismes gouvernementaux, professionnels de la santé, agents de la protection de l'enfance, ONG et chercheurs à la mise au point d'un programme de surveillance de la violence envers les enfants.

- La surveillance intégrée du cancer peut contribuer à définir les besoins, l'ordre de priorités et les lacunes concernant les programmes actuels de prévention et de traitement du cancer. La Coalition canadienne pour la surveillance du cancer (CCSC), qui représente des groupes de défense des intérêts et des organismes qui luttent contre le cancer, des survivants du cancer et des professionnels de la santé, assumera la mise au point et la mise en œuvre de cette surveillance. La coalition vise à améliorer l'échange d'information et la collecte de données. Elle a pour but de réduire le fardeau que représente le cancer pour l'économie et le régime d'assurance-maladie, de même que le stress subi par les patients et les membres de leur famille. De plus, on a constitué un système national de surveillance du cancer lié à l'influence de l'environnement pour contrôler les risques environnementaux éventuels, en particulier la qualité de l'air et de l'eau ainsi que des cancers précis.
- Pour les partenaires et les clients de la santé publique des quatre coins du Canada et de l'étranger, la communication est cruciale. Voilà pourquoi Santé Canada a étendu ses services faxlink à des groupes de clients. Il a également créé un site Web, qui fait partie du réseau canadien de la santé, où on fournit au public des données sur la surveillance, des conclusions de recherche, des résultats d'évaluation, des publications nationales et les résultats d'ateliers et de conférences du LLCM.

**TABEAU 7: L'hospitalisation pour asthme au Canada
âge : 0-14 ans, 1971-1993**



Épidémiologie du VIH

Au Canada, la prévalence des infections à VIH est à son plus haut niveau depuis le milieu des années 1980. On assiste à l'émergence d'un nombre sans cesse grandissant de sous-types du virus, et l'épidémie touche à l'évidence des populations nouvelles et différentes, par exemple les jeunes. Pour suivre efficacement l'évolution de l'épidémie, on a de plus en plus besoin de nouvelles stratégies de surveillance, d'une nouvelle capacité d'enquête ciblée, de nouveaux réseaux et de nouvelles technologies de laboratoire.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ En collaboration avec les provinces, on a publié les résultats de la base de données nationale sur le VIH. La collecte de données est en voie de s'uniformiser, même si elle demeure confidentielle.
- ▶ Le LLCM, qui a suivi la propagation du VIH à de nouvelles populations (les femmes et les Autochtones, par exemple), a contrôlé l'évolution de la nature de l'épidémie, ce qui a permis de planifier les soins et les traitements ainsi que d'adapter les programmes de prévention.
- ▶ Le LLCM continue de diffuser ses résultats par l'entremise de revues, de conférences et de partenaires du secteur de la santé, par exemple la Société canadienne de l'hémophilie. Parmi les conclusions ainsi communiquées, citons le fait que l'âge médian des personnes infectées par le VIH était, en 1990, passé de 32 à 23 ans. Il s'ensuit que les nouvelles infections se produisent chez des personnes âgées de 23 ans ou moins. Sur la foi de cette information extraordinaire, on a ciblé les programmes de prévention sur les jeunes.

ACTIVITÉ 5 : Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire

L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) protège la santé humaine et l'environnement, tout en veillant à ce que l'agriculture, la foresterie, la fabrication et d'autres secteurs commerciaux demeurent concurrentiels. Dans ses décisions réglementaires, l'ARLA tient compte du besoin dont fait l'objet un produit donné et des risques éventuels qui y sont associés. L'organisme est voué à l'intégration des principes du développement durable dans le régime canadien de réglementation de la lutte antiparasitaire.

L'ARLA a été créée en avril 1995 suite aux recommandations de l'Examen du processus d'homologation des pesticides. Dans la réglementation des produits antiparasitaires, l'organisme cherche à établir un équilibre entre, d'une part, les risques éventuels pour la santé humaine et l'environnement et, d'autre part, le besoin réel dont font l'objet les produits concernés.

Réalisations en 1996-1997

- ▀ Les nouvelles modifications de la *Loi sur les produits antiparasitaires* tiennent compte des commentaires du public et du gouvernement. Le nouveau projet de loi introduit les notions de gestion des risques et de développement durable; veille à ce que l'on étudie le cycle de vie des produits antiparasitaires avant de les homologuer; renforce le contrôle des produits antiparasitaires après leur homologation; permet au public de participer au processus; et, enfin, établit des pouvoirs plus rigoureux en matière d'application et d'inspection.
- ▀ Après d'intenses consultations, on a associé le recouvrement des coûts aux normes de service, ce qui permettra à l'ARLA de recouvrer quelque 44 p. 100 (12 millions de dollars) de son budget de fonctionnement de 27,3 millions de dollars. Tout au long de l'année, on évaluera les effets de ces changements sur la disponibilité et le prix des produits. L'organisme établira également de nouvelles normes de rendement concernant les délais d'exécution. À l'avenir, il bénéficiera des connaissances de l'industrie par l'entremise du Comité consultatif de gestion économique. Le comité fournira des conseils quant aux mesures de nature à améliorer l'efficacité et la rentabilité, sans pour autant compromettre la protection de la santé et de l'environnement.

- ▶ La participation du public au régime de réglementation de la lutte antiparasitaire s'est considérablement améliorée. L'ARLA met aujourd'hui ses documents réglementaires à la disposition du public pour une période d'examen de 60 à 90 jours. En plus d'une page d'accueil sur le Web, elle possède deux lignes sans frais où on fournit au public de l'information sur les produits antiparasitaires. L'organisme a de plus consulté ses partenaires sur le recouvrement des coûts et les modifications législatives.
- ▶ L'harmonisation des initiatives internationales contribuera à réduire les doublons des données et des examens de revue. Par l'entremise de groupes de travail de l'ALENA et de l'OCDE, les activités d'harmonisation (p. ex., les exigences liées aux renseignements et les cartes régionales – résidus) se poursuivent. On déploie également des efforts internationaux pour étudier des projets de lutte dirigée contre des parasites tels que la brunissure de la pomme de terre de conservation, le doryphore de la pomme de terre et le pou de poisson dans la salmoniculture.
- ▶ En rationalisant le processus pour les petits utilisateurs, on permettra aux agriculteurs d'accéder à un plus grand nombre de produits antiparasitaires.
- ▶ L'ARLA a également réduit de 60 p. 100 l'arriéré de plus de 900 demandes complexes; ce dernier s'établit aujourd'hui à environ 360, soit le plus bas niveau jamais enregistré.
- ▶ Grâce à une politique de réduction des risques et à une approche décisionnelle axée sur la gestion des risques, on s'assurera que les produits antiparasitaires qui représentent un risque inacceptable pour les personnes ou l'environnement ne soient pas mis en marché. Aux termes de la *Loi sur les produits antiparasitaires* actuelle, les nouveaux produits sont assujettis à un examen détaillé de leur sécurité, de leur valeur et de leur mérite.
- ▶ En février 1997, le Ministère a convenu de rationaliser les pouvoirs de réglementation des produits désinfectants pour surface dure, ce qui permettra de réduire le fardeau réglementaire auxquels sont assujettis les fabricants de tels produits.

ACTIVITÉ 6 : Programmes et services

Bon nombre de programmes de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS) ont trait à la santé et au bien-être à divers stades de la vie, de l'enfance à la vieillesse. D'autres programmes visent des maladies, des préoccupations ou des comportements particuliers (p. ex., le tabagisme), qui ont de graves répercussions sur la santé. Dans le cadre des programmes, on met des services de sensibilisation, des ressources et d'autres formes de soutien à la disposition d'organismes sans but lucratif, de fournisseurs de services, d'organismes bénévoles et d'éducateurs œuvrant dans un large éventail de domaines, du développement de l'enfant aux soins palliatifs.

Programmes destinés aux enfants

Le soutien des soins prénatals comprend l'information sur les facteurs qui influent sur la santé maternelle et périnatale. Le Programme canadien de nutrition prénatale, de concert avec le Programme d'action communautaire pour les enfants (voir ci-dessous), soutient quelque 748 projets dans 500 collectivités du Canada. Ces programmes, destinés aux femmes qui risquent de donner naissance à des bébés en mauvaise santé, ont trait à la nutrition et au supplément alimentaire, au tabagisme, à la toxicomanie, au stress et à la violence conjugale.

Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) est conçu pour aider des groupes communautaires locaux à répondre aux besoins des enfants de 0 à 6 ans qui font face à des risques comme la pauvreté, la malnutrition, la négligence et la violence. Le financement initial de la plupart des projets du PACE a pris fin en 1996-1997. À l'aide d'un cadre national, la DGPPS a évalué ces projets. Ceux qui ont répondu aux objectifs ont été renouvelés pour une période maximale de trois ans.

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA), initiative d'intervention précoce, a pour but de répondre aux besoins des jeunes enfants autochtones vivant dans les centres urbains ou dans les grandes collectivités du Nord. Destiné aux enfants d'âge préscolaire, il a pour but de répondre aux besoins spirituels, affectifs, intellectuels et physiques de l'enfant.

Programme d'action communautaire pour les enfants : répondre aux besoins réels là où vivent les intéressés

Aux quatre coins du Canada, quelque 30 000 parents et enfants profitent, chaque semaine, des projets du PACE. Plus de 75 p. 100 des familles visées par le PACE gagnent moins de 30 000 \$ par année. La langue maternelle de 10 p. 100 de ces familles n'est ni l'anglais ni le français; une autre tranche de 10 p. 100 d'entre elles sont Autochtones (Métis, Inuit ou membres des Premières nations vivant hors des réserves). Les projets du PACE ont créé plus de 1 000 emplois, 200 projets étant dotés par des parents. Chaque semaine, les bénévoles donnent près de 7 500 heures. En six mois, le PACE a recueilli des dons de 3 millions de dollars ainsi que 2 millions de dollars en biens et services.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ À la suite de consultations avec des gérants de projets locaux du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, des comités régionaux et nationaux et des employés de Santé Canada, la DGPPS a mis au point un cadre d'évaluation nationale.
- ▶ Le deuxième atelier national de formation du PAPA, tenu en 1997 et auquel plus de 200 employés et parents associés aux projets du PAPA ont participé, a porté sur des questions telles que l'établissement d'un programme d'études adapté sur le plan culturel et les techniques qui permettent d'obtenir l'adhésion des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents.
- ▶ La plupart des projets visés par le PAPA ont officiellement débuté en 1996-1997, et près de 100 endroits sont tout à fait opérationnels.

La DGPPS vise à améliorer le bien-être des enfants du Canada grâce à :

- ▶ la coordination des programmes faisant partie de l'Initiative pour le développement de l'enfant;
- ▶ l'établissement de buts nationaux aux fins d'un sain développement de l'enfant;
- ▶ l'établissement – au moyen de consultations – d'un cadre d'action unifié et visant à améliorer la santé des enfants et des jeunes au Canada.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ En consultation avec 19 intervenants, on a établi une « Déclaration conjointe sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus », qui vise à aider les professionnels de la santé à traiter et à conseiller les femmes enceintes, leur partenaire et leur famille.
- ▶ Le Programme d'aide postnatale aux parents, conçu pour éduquer les parents de nouveau-nés et les aider – eux ainsi que des membres de la famille – à se sentir compétents pendant les six premiers mois suivant la naissance, a été offert dans plus de 600 hôpitaux et centres de santé communautaire.
- ▶ Un document exhaustif et facile à lire, destiné aux parents d'enfants âgés de 1 à 6 ans, concernant la réduction des risques de blessure, est a été publié;
- ▶ On a diffusé 185 000 calendriers sur la sécurité (Des saisons sûres 1996-1997);
- ▶ On a réalisé une série vidéo intitulée « L'aventure parentale : les zero à six ans », qui vise à accroître les connaissances des parents et la compréhension qu'ils ont de la santé, de la sécurité, du développement et du comportement de leur enfant.

Le Défi canadien vie active (DCVA) est un programme qui comporte quatre volets, chacun destiné à un groupe d'âge différent, chez les enfants et les jeunes. Dans le cadre du programme, on encourage les enfants et les jeunes à intégrer l'activité physique dans leur vie. Presque 80 p. 100 des animateurs communautaires interrogés ont reconnu que cette approche de la vie active a contribué à promouvoir l'activité physique chez les Canadiens.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Dans le cadre du Défi canadien vie active, on a fait la promotion de l'activité physique dans plus de 50 000 bulletins ainsi que dans des journaux communautaires, lus par plus de 5 millions de personnes.
- ▶ Dans un rapport commandé par Santé Canada, on constate que le volet axé sur l'activité physique de la Stratégie nationale pour l'intégration des personnes handicapées, d'une durée de cinq ans, a produit des avantages nets de 90 millions de dollars en 20 ans, ce qui est de loin supérieur au coût du programme.

Programmes destinés aux aînés

Dans le secteur des initiatives destinées aux aînés, la DGPPS peut faire état de ce qui suit :

- ▶ Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont avalisé un cadre national sur le vieillissement ainsi qu'un plan d'action sur l'utilisation des médicaments. On a tenu des tables rondes nationales sur les aînés et l'utilisation des médicaments, la prévention des blessures, le vieillissement et la santé et, enfin, l'Année internationale des personnes âgées.
- ▶ Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) s'est prononcé sur les principes de la réforme des pensions de même que sur la réforme du *Régime de pensions du Canada* (RPC), en plus de publier trois numéros de son bulletin *Expression* et trois feuillets de renseignements statistiques (*Vignettes*) sur le régime canadien de revenu de retraite, les obstacles à l'autonomie et la démence. Il a distribué quelque 85 000 de ses publications et donné suite à environ 8 000 demandes d'information ou de publication.
- ▶ Des projets communautaires destinés aux aînés, notamment Nouveaux Horizons : partenaires des aînés ont, depuis 1994-1995, appuyé 2 562 projets d'une valeur de 63,5 millions de dollars.

- ▶ Le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés a soutenu 31 projets de recherche novateurs voués au renforcement de la recherche nationale sur les déterminants sociaux, économiques et sanitaires du vieillissement et de la santé. Au nombre de ces projets, citons l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada et l'Étude canadienne multicentrique sur l'ostéoporose. En 1996, on a de plus organisé un colloque national sur la politique de transition et la recherche sur le vieillissement.
- ▶ On a consacré trois tables rondes nationales aux aînés et aux médicaments, à la planification en vue de l'Année internationale des personnes âgées et, enfin, à la compréhension des grands déterminants du vieillissement et de la santé.
- ▶ La Division du vieillissement et des aînés a lancé un site Internet portant tout particulièrement sur les aînés de même que sur leur consommation de médicaments et d'alcool (octobre 1996), a conçu deux nouvelles publications, *Chez soi en toute sécurité : Guide de sécurité domestique à l'intention des personnes âgées* et *Répartition géographique de la mortalité au Canada : La mortalité chez les aînés* et, enfin, distribué plus de 100 000 exemplaires du *Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés*.

En ce qui concerne le renouvellement du système de santé, des améliorations ont été apportées dans les deux secteurs suivants :

- ▶ En ce qui concerne les soins à domicile, des normes nationales ont été élaborées, mises à l'essai dans le cadre de projets pilotes et publiées en mai 1997 dans un document intitulé « *Standards for Home Care Organizations – A Client-Centered Approach* ».
- ▶ L'établissement d'un cadre de soutien destiné aux personnes soucieuses de prendre leur santé en main, qui a abouti à la publication de « Prendre en main sa santé : L'apport des infirmières et des médecins. Étude exploratoire ». L'étude améliore les pratiques des professionnels et leur sensibilisation en ce qui concerne les personnes soucieuses de prendre leur santé en main, afin de réduire la demande de services de santé.

Préoccupations particulières en matière de santé publique

L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire est une stratégie nationale de prévention des maladies cardiovasculaires, menée en partenariat avec les gouvernements fédéral et provinciaux et plus de 300 organismes des secteurs public, privé et bénévole. Dans six provinces, des programmes fédéraux-provinciaux de santé cardiovasculaire sont actuellement en cours, et des programmes seront lancés dans les quatre autres en 1997-1998.

Réalisations en 1996-1997

- ▀ La base de données sur la santé cardiovasculaire, offerte sur CD-ROM, a été constituée à partir d'enquêtes provinciales sur la santé, dont les coûts ont été partagés. Il s'agit de la base de données la plus importante et la plus exhaustive du genre au monde.
- ▀ La deuxième enquête sur la santé cardiovasculaire en Nouvelle-Écosse, où on compare (pour la première fois) les tendances relatives aux risques de maladies cardiovasculaires en 1986 et en 1995, montre que les interventions ciblées portant sur le tabagisme et la condition physique ont eu un effet sur la santé cardiaque des habitants de la province. L'obésité, particulièrement chez les jeunes, demeure un problème.
- ▀ On a évalué plus de 300 projets dans le cadre des programmes provinciaux de santé cardiovasculaire. Depuis 1988, on a constitué, dans les provinces, 10 équipes de spécialistes de la santé cardiovasculaire chargées de mener des recherches épidémiologiques et de mettre en place des programmes. Plus de 1 000 organismes et coalitions communautaires des secteurs bénévole, professionnel et privé ont participé à l'initiative, grâce à laquelle on pouvait rejoindre plus de six millions de Canadiens. Pour chaque dollar investi par le gouvernement fédéral, 2 \$ proviennent des provinces, et 1 \$, d'autres sources.
- ▀ Santé Canada a participé à l'organisation de la quatrième Conférence internationale de cardiologie préventive, qui a attiré plus de 2 500 délégués de 90 pays. À l'occasion de la conférence, l'Organisation mondiale de la santé a cité en exemple l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire.

- D La DGPPS a distribué à plus de 50 000 professionnels une monographie intitulée « *Cardiovascular Disease and Obesity in Canada* ». Dans cet ouvrage, on documente le problème et on identifie les principaux groupes cibles, aux fins des interventions et des approches.
- D Dans un documentaire télévisé parrainé par Santé Canada, « *Wisdom of the Heart* », on met en lumière les problèmes liés aux maladies cardiovasculaires qui intéressent les femmes. Le film a été présenté sur les ondes de TVO, de CBC Newsworld, du Women's Television Network et des réseaux de télé éducative du Canada. Le programme, qui s'est vu décerner trois récompenses internationales, a rejoint environ cinq millions de téléspectateurs.

Santé au travail

Le programme donne aux particuliers les connaissances, les compétences et les ressources dont ils ont besoin pour améliorer leur santé et se maintenir en santé de même que pour créer des milieux scolaires et professionnels sûrs, sains et axés sur la coopération.

Réalizations en 1996-1997

Dans le domaine des ressources liées à la santé au travail, la DGPPS a :

- D terminé « *Developing a Comprehensive Health Policy: Why and How: A Guide for the Workplace* »;
- D entrepris l'établissement de ressources visant à inciter les particuliers et les groupes à prendre des mesures et à s'attaquer aux problèmes psychosociaux;
- D planifié une coalition ou un consortium national sur la promotion de la santé au travail;
- D créé, à l'intention des professionnels de la santé des secteurs public et privé, un programme de formation et d'homologation lié au système de santé au travail.

Cancer du col de l'utérus

Le Réseau pour la prévention du cancer du col de l'utérus (RPCCU) est un groupe de travail professionnel constitué en 1995, où sont représentées toutes les provinces et les sociétés professionnelles compétentes. Le réseau s'affaire à l'établissement de programmes provinciaux de dépistage du cancer du col de l'utérus, organisés et de qualité. Six des huit provinces qui, à l'heure actuelle, ne possèdent pas de programmes organisés ont présenté une demande de financement à leur ministère provincial, ou préparent une demande en ce sens.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Consensus national à propos de lignes directrices de programme aux fins du dépistage du cancer du col de l'utérus, et mise au point de telles lignes directrices.
- ▶ Consensus sur les données de base aux fins de l'élaboration du système d'information qui donneront lieu, dans les programmes organisés, à des activités de recrutement, de suivi, d'assurance de la qualité et d'évaluation.
- ▶ Soutien financier du Réseau pour la prévention du cancer du col de l'utérus.

Initiative canadienne sur le cancer du sein

L'Initiative canadienne sur le cancer du sein, partenariat auquel sont associées des survivantes du cancer du sein, des professionnels de la santé, des décideurs, des chercheurs et des groupes de soutien, mettent au point de nouvelles approches visant à améliorer la prévention et le traitement du cancer du sein aussi bien que la qualité de vie des femmes atteintes de cette maladie.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, on a publié le premier rapport de la base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, un guide sur les déterminants de la qualité d'un programme organisé de dépistage et un dépliant sur l'examen des seins. On a également organisé un atelier national sur les programmes organisés de dépistage du cancer du sein.
- ▶ La Stratégie de formation professionnelle a produit un bulletin national, des ateliers annuels visant à améliorer les compétences en communication, *Talking Tools I*, trousse d'atelier interactive conçue pour sensibiliser les médecins à l'importance de la bonne communication avec les patients et à l'amélioration des communications, une audiocassette intitulée « *Enhancing Communication Skills and Your Practice* » et, enfin, un programme d'auto-évaluation à l'intention des médecins.
- ▶ L'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein a accordé à la recherche sur le cancer du sein un financement accru de 75 p. 100 par année, dans le cadre notamment d'initiatives particulières visant les thérapies nouvelles et la recherche sur les services de santé.

Sida

La Phase II de la Stratégie nationale sur le sida est une initiative d'une durée de cinq ans qui a débuté en 1993. Elle a pour but de freiner la propagation du VIH, d'assurer le soin, le traitement et le soutien des personnes atteintes du VIH/sida et de leurs soignants ainsi que les membres de leur famille et de leurs amis et, enfin, de chercher des thérapies, des médicaments et des vaccins efficaces.

La stratégie comprend les éléments suivants :

- ▶ assurer un contrôle épidémiologique, stimuler la collaboration internationale, participer à l'établissement de règlements et aux processus réglementaires, effectuer des recherches ministérielles et extra-muros et mettre au point des ressources;

- ▶ diffuser des connaissances et sensibiliser au VIH/sida, stimuler l'action communautaire, soutenir les ONG et la participation du secteur privé, planifier le processus national de recherche et promouvoir des environnements répondant aux besoins des personnes atteintes du VIH/sida.

À l'occasion de la 11^e Conférence internationale sur le sida, accueillie par le Canada, on a fait état de faits nouveaux dans les domaines de la prévention, de l'éducation, des soins, du traitement et du soutien, en plus d'analyser les coûts sociaux et économiques.

Réalisations en 1996-1997

La DGPPS a appuyé :

- ▶ la mise au point de stratégies de prévention du VIH destinées aux groupes prioritaires, par exemple les adolescents et les utilisateurs de drogues injectables;
- ▶ d'importantes initiatives de recherche sur la prévention, notamment une étude continue portant sur le fardeau économique du VIH/sida au Canada;
- ▶ des ONG et des gouvernements provinciaux et territoriaux, afin de soutenir des projets de démonstration de pointe;
- ▶ des initiatives liées au VIH/sida entreprises par d'autres ministères fédéraux dans leurs champs de responsabilités;
- ▶ quelque 200 initiatives communautaires liées au VIH/sida, visant la prévention et l'éducation, créant des milieux sociaux favorables, réduisant les obstacles auxquels sont confrontées les personnes atteintes du VIH/sida et ciblant les femmes, les jeunes, les toxicomanes, les réfugiés, les collectivités ethno-culturelles des grandes villes, les personnes à risque des régions éloignées du Canada, les populations autochtones, les travailleurs qui assurent des services aux jeunes adultes, les immigrants et les personnes ayant un mode de vie autre;

- ▶ de grandes initiatives visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du VIH/sida, leur partenaire, les membres de leur famille et leurs amis, y compris la formation des soignants et des modèles novateurs de soins du VIH/sida qui soient efficaces et adaptés sur le plan culturel;
- ▶ la recherche sur les questions psychosociales et la qualité de vie;
- ▶ le Réseau d'information sur le traitement VIH/sida et le Réseau canadien pour les essais VIH.

Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT)

Cette stratégie fait appel à des initiatives touchant l'éducation, la législation, la recherche et l'exécution pour prévenir le tabagisme chez les jeunes Canadiens et d'autres importants utilisateurs. On a ainsi beaucoup amélioré la compréhension des facteurs liés à la culture, à la société, au comportement, à l'âge et au sexe associés au tabagisme au Canada.

En coopération avec d'autres ordres de gouvernement et le secteur privé, Santé Canada a soutenu des ressources et des approches nouvelles visant à aider les Canadiens à se débarrasser du tabac. Dans les écoles, les milieux de travail et d'autres institutions publiques, l'usage du tabac est pour l'essentiel interdit. Les Canadiens sont de plus en plus au fait des conséquences du tabagisme sur leur propre santé et celle d'autrui. Afin de fournir aux jeunes des conseils efficaces pour prévenir le tabagisme et se défaire de l'habitude de fumer, on a tablé sur une participation plus active des professionnels de la santé, des parents, des enseignants, des entraîneurs et d'autres animateurs communautaires, à qui on a assuré une formation additionnelle.

Violence familiale

La DGPPS soutient des projets, des programmes et des services communautaires permanents destinés aux familles en proie à la violence familiale de même qu'aux personnes qui travaillent avec elle.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ En 1996-1997, le Centre national de l'information sur la violence dans la famille a fourni de l'information et des documents à 99 240 Canadiens – ce qui représente une augmentation de 13 p. 100 par rapport à 1995-1996 et de près de 200 p. 100 par rapport à 1992-1993.
- ▶ La DGPPS a alloué des ressources pour qu'on s'attaque aux facteurs de risque et aux situations à risque de même qu'aux lacunes définies pendant les consultations menées dans le cadre de l'Initiative de lutte contre la violence familiale (1991-1995). Grâce à une analyse des approches et des modèles soutenue par l'Initiative pour prévenir la violence familiale, on a produit des feuillets d'information et des rapports sur les meilleures pratiques, qui seront distribués par le Centre. L'information porte sur des sujets comme les jeunes délinquants sexuels, la violence dans les fréquentations et la violence psychologique. Le Conseil national de la prévention du crime et l'Association canadienne des radiodiffuseurs ont également produit des feuillets d'information sur le Centre.

Stratégie canadienne antidrogue (SCA)

La SCA coordonne le partage de l'information, dirige un processus d'évaluation exhaustif, assure une visibilité organisationnelle, favorise l'établissement de réseaux entre partenaires et a mis au point un cadre stratégique d'élaboration de programmes et de politiques.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Santé Canada a publié une enquête pancanadienne sur les attitudes et les comportements liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie, afin de contribuer à l'orientation de l'élaboration et de la mise en place de programmes et de politiques.
- ▶ En partenariat avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Santé Canada a mis sur pied le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) afin de fournir des informations locales sur la portée et les conséquences de la toxicomanie, de favoriser l'établissement de réseaux, d'améliorer la collecte de données et d'assurer la mise en place d'un réseau d'alerte rapide en cas d'émergence de nouvelles tendances.

- ▶ Le Partenariat des secteurs de la santé et services de police, qui comprend les gouvernements et les ONG représentant les secteurs de la santé et de l'exécution de la loi, a été constitué pour favoriser une coopération plus large entre ces derniers, aux niveaux national, provincial et local. Des colloques nationaux ont été tenus en mars 1996 et en mai 1997.
- ▶ De concert avec 18 associations nationales représentant les médecins, les infirmières, les sages-femmes de même que les groupes autochtones et multiculturels, Santé Canada a mis au point une « Déclaration conjointe sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus au Canada ».
- ▶ De concert avec la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues, Santé Canada a contribué à la mise au point d'une stratégie antidrogue dans tout l'hémisphère.

Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)

Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) est un programme de financement de recherches extra-muros qui soutient des recherches dans les domaines qui concernent les politiques et les programmes nationaux actuels et en cours d'élaboration. Le PNRDS, de concert avec d'autres organismes fédéraux (p. ex., le Conseil de recherches médicales du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines), s'efforce de combler les lacunes dans le domaine de la recherche et de mettre au point, à l'égard des problèmes de santé, une intervention nationale soutenue dans le domaine de la recherche. Le PNRDS soutient la formation des chercheurs afin d'assurer le maintien et d'améliorer l'infrastructure canadienne de recherche.

Réalisations en 1996-1997

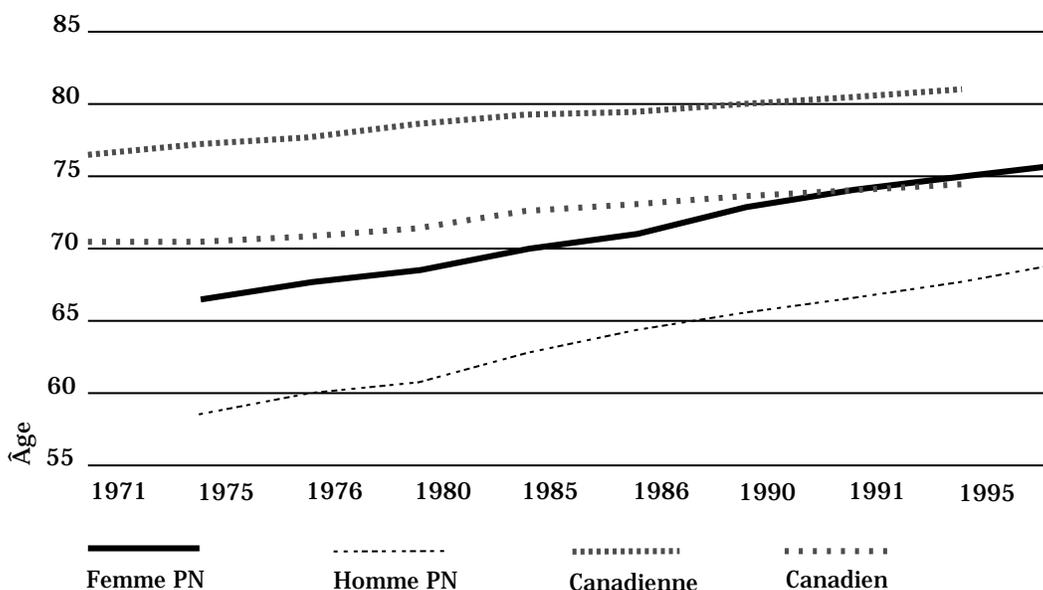
- ▶ Le PNRDS a subventionné plus de 300 projets de recherche et soutenu la formation et le perfectionnement de 175 chercheurs canadiens.
- ▶ Le PNRDS a sollicité des propositions de recherche dans les domaines de la santé de la population, de l'effet des politiques publiques sur la santé, de l'effet des politiques gouvernementales sur la santé, du renouvellement et de la restructuration du système de santé, des recherches sur les nouvelles méthodes et de la recherche sur le transfert et l'apport de connaissances.

ACTIVITÉ 7 : Services de santé des indiens et des populations du nord

Les Services de santé des Indiens et des populations du Nord (SSIPN) offrent des services dans le domaine de la santé aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuit. Ces services comprennent des programmes en santé communautaire et en santé familiale, la prévention et le traitement de la toxicomanie, la prévention des blessures, la prévention des maladies et la lutte contre la maladie, l'hygiène du milieu, la recherche et l'analyse dans le domaine de la santé ainsi que des services de santé non assurés. Santé Canada vise à faire en sorte que les Premières nations et les Inuit du Canada et les habitants du Yukon aient une santé comparable à celle des autres Canadiens vivant dans des conditions analogues.

De plus en plus, Santé Canada cesse d'offrir directement des services de santé pour se concentrer sur le soutien de programmes offerts en milieu communautaire. Les trois quarts du financement des services de santé communautaires sont maintenant directement administrés par les collectivités et organisations des Premières nations et des Inuit. L'autonomie gouvernementale des Autochtones est l'une des plus grandes priorités du gouvernement. Ce principe est appuyé par l'ensemble des programmes et des activités des Services de santé des Indiens et des populations du Nord qui encouragent les Premières nations et les Inuit à gérer eux-mêmes leurs programmes en matière de santé.

**TABLEAU 8 : Espérance de vie à la naissance
Premières nations et population canadienne**



Programmes offerts en milieu communautaire

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) aide les collectivités des Premières nations et des Inuit à établir et à exploiter sur la réserve des programmes de prévention et de traitement visant à combattre l'alcoolisme et les autres toxicomanies. Plus de 500 programmes de prévention ont maintenant été établis, et leur exécution a été confiée à quelque 700 travailleurs. Le PNLAADA coordonne un réseau de 49 centres de traitement comptant environ 700 lits pour malades hospitalisés. Des 53 millions de dollars affectés au budget du PNLAADA, 96 p. 100 sont maintenant administrés par les Premières nations grâce à des ententes de transfert ou de contribution directe.

Réalisations en 1996-1997:

- ▶ En 1996-1997, 9 070 membres de collectivités des Premières nations et des collectivités inuit ont été traités dans les centres du PNLAADA. Pour remédier à des préoccupations concernant l'utilisation à mauvais escient de médicaments, des documents de référence et du matériel d'éducation communautaire ont été créés et offerts par l'entremise des bureaux régionaux.

La composante autochtone de l'Initiative pour le développement de l'enfant (Grandir ensemble), programme offert à l'échelle nationale, aide les communautés des Premières nations et des Inuit à mettre sur pied des programmes de santé mentale et de développement de l'enfant qui sont offerts et administrés en milieu communautaire. De tels programmes contribuent à améliorer les compétences parentales, à prévenir les traumatismes chez les enfants, à mettre sur pied des activités à l'intention des jeunes et des programmes de santé mentale communautaires et, enfin, à tenter de résoudre le problème de l'abus de solvants.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Dans le cadre du programme de traitement et de prévention de l'abus de solvants doté d'un budget de 16 millions de dollars, le projet Grandir ensemble contribue à l'établissement de six nouveaux programmes de traitement exploités par les Autochtones d'un bout à l'autre du pays;
- ▶ de la formation en matière de promotion de la santé et de prévention des blessures a été assurée aux représentants en santé communautaire et aux infirmières, et des documents de référence ont été rédigés de concert avec la province de l'Alberta;

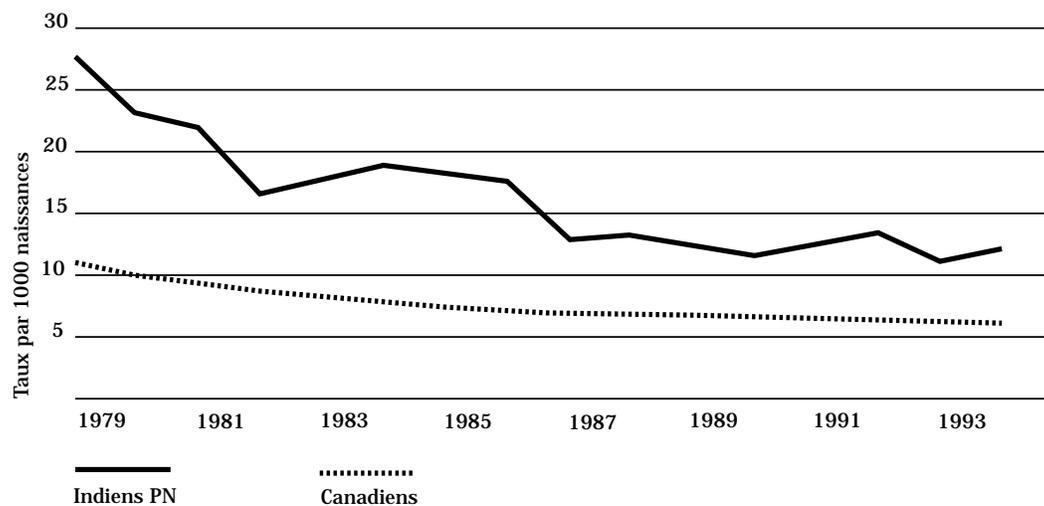
- ▮ un projet pilote sur la surveillance des blessures a été lancé dans trois collectivités des Premières nations de la Saskatchewan.

Le programme *Pour des collectivités en bonne santé*, lancé en 1995-1996, s'attache à la santé mentale, à l'abus de solvants et aux besoins en soins infirmiers à domicile des Premières nations et des Inuit.

Les programmes d'hygiène dentaire et de prévention des maladies dentaires font appel à des travailleurs autochtones dûment formés pour offrir des services d'hygiène dentaire de base dans leurs collectivités. Ces services comprennent les plombages et les extractions ainsi que les soins de prévention habituels.

Le Programme canadien de nutrition prénatal (PCNP) est une initiative pancanadienne visant à améliorer la santé des femmes enceintes et celle des bébés âgés de moins de six mois. En consultation avec les Premières nations et les Inuit, le Ministère a produit une version du document intitulé *Manger sainement pour avoir un bébé en santé* pour chaque groupe culturel. Même si la mortalité des nourrissons chez les Indiens et les Inuit est toujours plus élevée que celle des autres groupes canadiens, le taux a tout de même chuté de façon spectaculaire.

**TABLEAU 9 : Taux de mortalité infantile
Première nations et population canadienne**



La Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) a offert une somme de 6,8 millions de dollars de 1994 à 1997 pour les programmes de lutte contre le tabagisme dans les collectivités des Premières nations et des Inuit. Santé Canada administre la composante autochtone de la Stratégie, en partenariat avec les organismes et associations des Premières nations et des Inuit.

Réalisations en 1996-1997

Les Services de santé des Indiens et des populations du Nord ont :

- ▀ appuyé un programme de lutte contre le tabagisme auprès des femmes autochtones, et organisé des ateliers sur la prévention du tabagisme;
- ▀ participé, par l'entremise de la SRDT, à des enquêtes régionales sur la santé exécutées par les Premières nations, et financé ces enquêtes;
- ▀ mené à bien une enquête sur les jeunes des Premières nations et le tabagisme, en partenariat avec WUNSKA (réseau de travailleurs sociaux autochtones) et la société *CIET (Community Information Epidemiological Technology) International*, réuni des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes des Premières nations (âgés de 10 à 14 ans);
- ▀ entrepris une initiative qui, pour la première fois, combinera les techniques épidémiologiques modernes et les pratiques traditionnelles des Premières nations pour l'exécution de campagnes contre le tabagisme.

Le Programme de carrières dans le domaine de la santé vise particulièrement à aider les collectivités autochtones à se doter des installations voulues pour offrir des soins de santé et à appuyer la formation de professionnels de la santé autochtones. Pour corriger la sous-représentation des Autochtones dans les professions du domaine de la santé, Santé Canada encourage activement les personnes de descendance autochtone à s'inscrire à des programmes d'enseignement postsecondaire menant à des carrières dans le domaine de la santé, notamment en santé environnementale et en administration de la santé. Santé Canada offre actuellement 500 000 \$ en bourses d'études et en bourses dans le cadre du Programme de carrières pour les Indiens et les Inuit dans le domaine de la santé. L'an dernier, le programme a accordé 35 bourses d'études et 53 bourses.

Réalisation en 1996-1997

- ▮ Le Ministère a augmenté de 200 000 \$ le budget des bourses d'études et des bourses et ajouté l'administration de la santé à la liste des disciplines pour lesquelles les bourses sont offertes.

Lutte contre la maladie et prévention

L'incidence de la tuberculose chez les membres des collectivités des Premières nations et des Inuit diminue de façon constante depuis plusieurs décennies, mais elle est encore presque sept fois plus élevée que pour l'ensemble du Canada. L'engagement pris par le Canada dans le cadre de la Stratégie d'élimination de la tuberculose (créée en 1995) est de réduire la prévalence de cette maladie dans les collectivités autochtones des 49 cas par 100 000 personnes qu'elle est aujourd'hui à moins de un cas par 100 000 personnes d'ici l'an 2010. Le programme dispose actuellement d'un budget annuel de 3,8 millions de dollars pour l'identification des personnes atteintes, la recherche des contacts, le traitement et les activités thérapeutiques et préventives.

Le diabète est un risque majeur pour la santé des Autochtones. Santé Canada a contribué au financement de 11 projets de recherche visant à cerner les personnes les plus à risque et à donner des informations publiques au sujet de la nature et du traitement du diabète.

Le VIH et le sida sont une grave préoccupation dans les collectivités autochtones. Santé Canada travaille en étroite collaboration avec les collectivités des Premières nations et des Inuit pour interrompre la propagation de cette maladie. Le financement octroyé aux collectivités des Premières nations et des Inuit pour le sida a commencé par une somme de 300 000 \$ en 1988-1989 et a été portée graduellement à 12 millions de dollars pour 1993-1997.

Réalisations en 1996-1997

Le financement octroyé par Santé Canada a contribué à des activités comme :

- ▮ la Quatrième conférence des Autochtones du Canada sur le VIH, le sida et les questions connexes;
- ▮ la Conférence satellite de la réunion des peuples autochtones dans le cadre de la 11^e Conférence internationale sur le sida;

- ▶ une étude d'évaluation économique des répercussions du VIH et du sida de l'Assemblée des Premières nations (APN);
- ▶ une séance de formation offerte par l'Association des Iroquois et des Indiens unis sur le sida et la tuberculose;
- ▶ des projets de l'Organisation nationale des représentantes et représentants indiens et inuit en santé communautaire et de la *Native Women's Association of Canada*.

Hygiène du milieu et recherche connexe

Les Services de santé des Indiens et des populations du Nord exécutent des programmes exhaustifs d'hygiène du milieu au moyen des activités suivantes dans les réserves : inspection des réseaux d'aqueduc et d'égout, des installations où l'on transforme et où l'on sert des aliments, des installations récréatives et des édifices publics, élimination des déchets, application des normes en matière d'hygiène et de sécurité au travail et lutte contre les contaminants environnementaux. Ses autres activités comprennent la consultation, l'éducation et la promotion de l'hygiène du milieu auprès des collectivités des Premières nations et des Inuit. Ce programme est d'application obligatoire en vertu du Transfert.

SSIPN fait aussi appel aux collectivités des Premières nations et des Inuit pour la poursuite des initiatives prévues dans le Plan d'action sur la santé et l'environnement destinées aux groupes exposés au risque le plus grand de contact avec des contaminants environnementaux.

Santé Canada a engagé un financement permanent pour garantir le maintien des programmes établis dans le cadre de ces initiatives. Parmi ces programmes, notons le Programme de la qualité de l'eau potable pour les Autochtones, le programme Grossesse et développement de l'enfant, le projet EAGLE (sur les effets de la pollution des Grands Lacs sur les Autochtones) et, enfin, le programme Pollution dans le Grand Nord et l'Arctique.

En 1991, Santé Canada a lancé le Programme de la qualité de l'eau potable pour les Autochtones, d'une durée de six ans et doté d'un budget de 25 millions de dollars, pour la surveillance de la qualité de l'eau, la formation, l'éducation et le renforcement des capacités locales. Ce programme s'ajoute aux 250 millions de dollars alloués de 1991 à 1997 par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) pour l'amélioration des installations de traitement des eaux.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ Outre les programmes de surveillance de la qualité de l'eau, les Services de santé des Indiens et des populations du Nord ont évalué et approuvé un test commercial, appelé *Colilert*, maintenant utilisé par plus de 150 collectivités des Premières nations pour la surveillance de la contamination de l'eau potable par des matières fécales. Les Services ont aussi travaillé avec le MAINC et l'APN pour élaborer et lancer en phase pilote le programme de formation *Circuit Rider*, qui vise à former les membres des Premières nations à l'exploitation et à l'entretien d'installations de traitement de l'eau et des eaux usées. Ce programme de formation a été mis en œuvre en Ontario, au Manitoba et en Alberta.

Le projet EAGLE est un partenariat entre l'Assemblée des Premières nations et Santé Canada visant l'étude des effets des contaminants sur les collectivités des Premières nations des Grands Lacs. Le programme examine les habitudes alimentaires, la contamination du poisson et du gibier et la concentration de contaminants dans les tissus de l'organisme humain. Il comprend un sondage sur la santé et un programme socio-culturel.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ En 1996-1997, on a procédé, dans le cadre du projet EAGLE, à une enquête sanitaire à l'échelle du bassin des Grands Lacs, réuni plusieurs centaines d'échantillons de sang et de cheveux et entrepris un vaste programme d'échantillonnage de viande sauvage. Le programme relatif à la consommation de poisson (échantillonnage, établissement de lignes directrices et évaluation des risques) a été mené à bien.

Le Programme pollution dans le Grand Nord et l'Arctique, administré au niveau régional, a aidé les collectivités à corriger certains problèmes ayant trait à la contamination du milieu.

Réalisation en 1996-1997

- Le Programme pollution dans le Grand Nord et l'Arctique a appuyé un grand nombre de projets partout au pays. On y retrouvait des enquêtes initiales sur la santé, divers projets d'évaluation environnementale et des consultations publiques sur divers aspects de l'hygiène du milieu.

Le programme Grossesse et développement de l'enfant est un programme de recherche visant à répondre aux préoccupations croissantes que suscite l'exposition de fœtus et de nouveau-nés à des contaminants.

Réalisation en 1996-1997

- Une étude sur le mercure et le développement de l'enfant a permis la collecte et l'analyse d'informations sur 200 enfants des collectivités des Premières nations du nord-ouest de l'Ontario, où la contamination par le mercure peut être un problème.

Recherche et analyse dans le domaine de la santé

La collecte d'informations aide les organisations autochtones, les travailleurs sur le terrain et les organismes de financement et contribue de façon importante à l'élaboration des politiques et des programmes.

Réalisations en 1996-1997

- Les Services ont créé une base de données sur la santé des Indiens, avec des informations recueillies auprès du MAINC et de Statistique Canada. La base de données contient des informations sur une grande diversité d'indicateurs de la santé.

- ▮ Les Services ont travaillé avec les Premières nations et les Inuit à l'élaboration du Système d'information sur la santé, système d'information exploité en milieu communautaire. La mise en place de ce système a commencé en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique au printemps 1997 et sera étendue au reste du pays.
- ▮ Les Services ont publié *Tendances relatives au taux de mortalité des Premières nations 1979-1993*, qui indique des courbes de mortalité nationales et régionales des membres des Premières nations.
- ▮ Les Services ont également travaillé de concert avec les Premières nations à l'élaboration et à l'exécution d'une enquête statistique sur la santé qui est appropriée sur le plan culturel et marquée par la rigueur scientifique. (Les résultats de l'enquête sont en cours d'analyse.)

Services de santé non assurés

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) procure des prestations sanitaires supplémentaires à environ 640 000 Indiens inscrits et clients inuit et innu reconnus. Ces prestations répondent à des besoins en soins médicaux ou dentaires qui ne sont pas couverts par les services provinciaux ou autres régimes d'assurance-maladie. Les prestations visent l'obtention de médicaments d'ordonnance et de médicaments en vente libre, de services dentaires, de lunettes, de services de transport pour obtenir des services médicaux jugés nécessaires et de services de counselling en santé mentale.

Réalisations en 1996-1997

Le coût de l'administration du programme des SSNA a enregistré une réduction globale en 1996-1997, passant de 505,3 millions de dollars en 1995-1996 à 489,3 millions de dollars, une réduction de 3,2 p. 100. Les mesures suivantes ont permis ce résultat :

- ▶ examen de la fréquence des services dentaires;
- ▶ application de la politique du choix du médicament au meilleur prix;
- ▶ examen d'envergure des articles de la liste des médicaments fournis;
- ▶ négociation d'une baisse des primes avec l'Alberta;
- ▶ renégociation d'ententes avec les fournisseurs au sujet des prix.

Les ressources non engagées des SSNA sont demeurées dans les enveloppes régionales afin d'être affectées à d'autres activités de programme.

Transfert

Dans le passé, Santé Canada était responsable de fournir directement les ressources et services en matière de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuit au sud du 60^e parallèle et aux habitants des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. Avec le transfert des responsabilités en matière de santé, les communautés des Premières nations et des Inuit se sont montrées prêtes et aptes à assumer la gestion de leurs propres programmes de santé. Le transfert, approuvé par le gouvernement en 1988, est maintenant l'assise stratégique des activités des Services de santé des Indiens et des populations du Nord.

L'énoncé de mission de la Direction générale des services médicaux se lit comme suit : « Les peuples des Premières nations et les Inuit exerceront en toute autonomie la prise en charge de leurs programmes et ressources en matière de santé dans un délai à déterminer de concert avec eux. »

De plus en plus, les Premières nations prennent en charge leurs programmes de santé, et des autorités sanitaires régionales des Premières nations sont créées et prennent en charge l'exécution des services aux deuxième (zone) et troisième (région) niveaux de l'organisation ministérielle.

Réalisations en 1996-1997

Jusqu'à présent, Santé Canada a signé 81 accords de transfert et 65 accords intégrés avec des collectivités des Premières nations et des Inuit. Ces accords portent sur 262 (41 p. 100) des 634 Premières nations. De plus :

- ▶ Santé Canada a procédé à un examen à long terme du programme de transfert et s'est engagé dans une initiative conjointe avec le MAINC afin de trouver des façons de simplifier le financement des Premières nations.
- ▶ Conformément à l'orientation stratégique de Santé Canada selon laquelle le Ministère doit se désengager du rôle qu'il joue relativement à l'administration des hôpitaux, l'administration des hôpitaux indiens du gouvernement fédéral sont soit cédés aux collectivités autochtones ou aux administrations de la santé régionales, qui doivent les intégrer dans leur réseau hospitalier local, soit fermés. Le transfert d'hôpitaux est bien avancé à Moose Factory, Fort Qu'Appelle et Sioux Lookout. L'hôpital des Indiens du Sang doit fermer ses portes.
- ▶ Au 31 mars 1997, le Ministère a terminé le transfert des programmes universels de soins de santé au gouvernement du Territoire du Yukon. Conformément à l'entente d'autonomie gouvernementale signée en 1993 avec le Conseil des Premières nations du Yukon, Santé Canada négocie actuellement des accords de transfert pour les programmes de santé en milieu communautaire.

ACTIVITÉ 8 : Santé des fonctionnaires fédéraux

La Direction de la santé des fonctionnaires fédéraux (DSFF) a pour vocation de protéger et de préserver la santé des fonctionnaires fédéraux en milieu de travail. Elle offre un programme constitué de services de santé au travail et d'hygiène du milieu en vertu des pouvoirs délégués par le Conseil du Trésor. Également, coordonne les services de santé destinés aux dignitaires en visite au Canada.

Pour ce qui touche l'hygiène du milieu et la santé au travail des fonctionnaires fédéraux, la stratégie de Santé Canada consiste à fournir des conseils et des services qui permettent de réduire le nombre de blessures, de maladies professionnelles et d'effets attribuables au stress en milieu de travail, c'est-à-dire :

- ▶ conseiller la haute direction au sujet d'initiatives concernant la santé et la sécurité au travail;
- ▶ assurer la surveillance des lieux de travail des fonctionnaires et prendre en charge les enquêtes qui en découlent;
- ▶ évaluer la santé des fonctionnaires, préalablement à l'embauche et en cours d'emploi;
- ▶ s'occuper d'éducation sanitaire et de promotion de la santé, et fournir des conseils (Services d'hygiène du milieu);
- ▶ offrir un service d'aide aux employés et d'adaptation au stress dû à un traumatisme.

Le Programme des services aux dignitaires a pour objectif de fournir les services de santé jugés essentiels aux dignitaires en visite au Canada.

Services de santé au travail

La Division des services de santé au travail fournit des services de santé et de sécurité au travail aux fonctionnaires et aux employés d'industries sous réglementation fédérale. Elle prend aussi en charge la santé des voyageurs et des dignitaires. Les fonctionnaires fédéraux bénéficient des services suivants : évaluation de la santé, aide aux employés, surveillance des lieux de travail et enquêtes afférentes, éducation sanitaire et promotion de la santé, et maîtrise du stress dû à un traumatisme. La Division fournit également des conseils au Conseil du Trésor et aux autres ministères à propos des questions intéressant la santé et la sécurité au travail.

Réalisations en 1996-1997

- ▮ La Division a établi : une tarification horaire de ses services; des normes de service; des indicateurs du rendement; et, une nouvelle structure de gestion davantage axée sur la clientèle.
- ▮ Elle a mis à l'essai un système d'information de gestion sur la santé à l'usage des clients.
- ▮ Elle a étudié la possibilité d'ajouter à ses services la gestion des invalidités et l'évaluation des risques en milieu de travail.

Services aux dignitaires

Selon la Convention de Genève, le pays hôte a pour responsabilité de prévoir et de fournir les soins médicaux et les soins de santé appropriés aux dignitaires durant les visites officielles au Canada. Les responsables des Services de santé au travail et d'hygiène du milieu dressent et coordonnent les plans d'urgence, notamment pour ce qui touche les urgences médicales, déterminent la nature, la portée et la disponibilité des soins médicaux, et fournissent des services d'inspection des aliments.

Réalisation en 1996-1997

- ▮ Outre une cinquantaine de visites de dignitaires étrangers, les responsables en question ont préparé la visite de la Reine prévue pour l'été 1997 et les services aux dignitaires pour le sommet de l'Asia Pacific Economic Community, prévu pour l'automne 1997.

En novembre 1996, le nouvel Organisme des services de santé et d'hygiène du milieu est devenu un organisme de services spécial (OSS) à titre provisoire. Aux Services de santé et d'hygiène du milieu viendront s'ajouter les Services de santé au travail, la Médecine aéronautique civile et les Services de quarantaine. L'organisme ainsi créé s'autofinancera. Les responsables espèrent que l'organisme sera reconnu officiellement comme un OSS en avril 1998. Il s'agirait du premier OSS à Santé Canada.

ACTIVITÉ 9 : Services de consultation et d'évaluation en matière de santé

Les Services de consultation et d'évaluation en matière de santé (SCES) fournissent une expertise et des conseils d'ordre médical au personnel détenteur d'une licence de Transports Canada dans le secteur canadien de l'aviation civile, aussi bien que des services d'urgence, de quarantaine et de réglementation.

L'activité comprend :

- ▶ Évaluer la santé physique de tout le personnel du secteur de l'aviation civile au Canada et promouvoir la sécurité aérienne (Médecine aéronautique civile);
- ▶ Soutenir le réseau de la santé et le réseau des services sociaux au moment de catastrophes survenant en temps de paix (Services d'urgence);
- ▶ Répondre aux exigences de la *Loi sur la quarantaine du Canada* et du *Règlement sanitaire international* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Services de quarantaine et de réglementation).

Médecine aéronautique civile (MAC)

La MAC s'occupe de conférences sur la santé et la sécurité, de colloques et de séances de formation à l'intention du milieu de l'aviation. Elle nomme, forme et contrôle les médecins examinateurs du secteur de l'aviation civile dont les évaluations portant sur l'état de santé de tout le personnel aérien font partie du processus d'attribution et de renouvellement des licences de Transports Canada. La MAC dispense des conseils au Bureau canadien d'enquête sur les accidents de transport et de la sécurité des transports à propos d'enquêtes portant sur les accidents d'aéronefs, et examine les facteurs humains associés aux accidents d'aéronefs. Enfin, la MAC est responsable de la politique et de l'élaboration de normes nouvelles en la matière.

En 1996-1997, la MAC a vu son budget de fonctionnement réduit de 37 p. 100 (1 million de dollars). Une autre réduction de 1 million de dollars est prévue pour 1997-1998. Ces réductions, qui ont pour origine l'Examen des programmes, reposaient sur la supposition selon laquelle il serait possible de recouvrer les droits de licence. Santé Canada prend en charge le programme d'expertise médicale du régime d'attribution de licences de Transports Canada. Transports Canada devait s'occuper de la mise en place de la formule de recouvrement des coûts. Comme cela n'a pas été fait durant l'exercice financier, la MAC et d'autres sections de l'Organisme des services de santé et d'hygiène du milieu ont porté l'intégralité de la réduction de 1 million de dollars à l'interne. Selon un examen opérationnel fait par Transports et Santé, Transports Canada devrait prendre en charge l'intégralité de ce programme.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ De concert avec Transports Canada et le secteur de l'aviation, la MAC a parachevé un examen opérationnel qui a débouché sur un certain nombre de recommandations, par exemple la rationalisation du régime d'attribution des licences et l'utilisation de systèmes automatisés améliorés, une réduction de la taille du programme et le transfert du programme de la MAC à Transports Canada. Ces recommandations ayant été reçues, les deux ministères y donnent actuellement suite.
- ▶ La MAC a réalisé 58 000 expertises médicales, dont 1 200 ont été jugées douteuses et renvoyées pour décision finale à la Commission de révision de la médecine aéronautique civile.

Services d'urgence

Les Services d'urgence travaillent de concert avec tous les paliers de gouvernement en vue de soutenir le réseau de la santé et le réseau des services sociaux au moment de catastrophes survenant en temps de paix, par exemple les inondations et les tremblements de terre. Le programme permet de former le personnel de première ligne des services sociaux et de santé des provinces et des municipalités. Il aide les administrations provinciales et municipales à établir et à garder à jour la planification d'urgence. Notamment, il est responsable du Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire. Il gère une réserve nationale de fournitures médicales et de matériel d'urgence.

Réalisations en 1996-1997

- ▮ Les Services d'urgence ont procédé, de concert avec les provinces, à un examen de la réserve nationale de produits médicaux et pharmaceutiques d'urgence.
- ▮ Ils ont répondu aux objectifs établis pour ce qui touche la vente du matériel d'urgence.
- ▮ Ils ont travaillé avec le Bureau de la radioprotection au Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire, notamment à préparer un essai du plan révisé, qui doit se tenir en avril 1998.

Services de quarantaine et de réglementation

Le programme de quarantaine applique les dispositions de la *Loi sur la quarantaine* du Canada et du *Règlement sanitaire international* de l'OMS. Il consiste notamment en l'inspection des bateaux arrivant au Canada depuis les eaux internationales et en l'application de programmes d'élimination des rats à bord (dératisation). Il prend aussi les mesures nécessaires pour prévenir la propagation de maladies dangereuses, notamment la peste et la maladie à virus Ebola. Le programme sert aussi à protéger la santé des voyageurs, car les responsables veillent à ce que les transporteurs publics, les parcs nationaux et les lieux historiques respectent les normes applicables en ce qui concerne la manutention des aliments, l'eau potable et l'hygiène.

Réalisations en 1996-1997

- ▮ Les responsables des Services de quarantaine et de réglementation ont tenu des discussions avec l'industrie des bateaux de croisière et avec le gouvernement américain en vue d'élaborer un protocole d'inspection commun applicable à cette industrie.
- ▮ Ils ont parachevé le premier programme canado-américain de formation des inspecteurs de première ligne.
- ▮ Ils ont révisé les propositions visant la récupération des coûts des inspections de bateaux de croisière, en consultant l'industrie elle-même.
- ▮ Ils ont récupéré tous les coûts inhérents au programme de dératisation et atteint l'objectif de recouvrement des coûts, fixés à 250 000 \$.

ACTIVITÉ 10 : Politiques et consultation

La Direction générale des politiques et de la consultation (DGPC) conseille et appuie le Ministre, la direction du Ministère et les directions générales opérationnelles pour ce qui touche l'élaboration des politiques, les affaires intergouvernementales, l'examen de la stratégie et la planification stratégique, les communications et la consultation, et les affaires internationales. Il s'agit notamment de réaliser des recherches et analyses, d'élaborer et de proposer des programmes et des politiques de santé, et de fournir des conseils au sujet de questions inhérentes à la politique de santé.

Réalisations en 1996-1997

- ▀ La DGPC a élaboré des dispositions législatives pour interdire les pratiques inacceptables dans le domaine des nouvelles techniques de reproduction et de génie génétique. Le Ministre a présenté l'avant-projet de loi au Parlement en décembre 1996.
- ▀ Pour donner suite au rapport provisoire du juge Krever, la DGPC a terminé la première étape de la conception d'un nouvel organisme de distribution du sang pour le Canada.
- ▀ La DGPC collabore étroitement avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'élaboration d'une politique de santé de l'OMS et à l'élaboration d'une convention-cadre sur le tabac.
- ▀ La DGPC a pris en charge 80 visites de responsables internationaux de la santé qui voulaient connaître le réseau canadien de la santé, notamment plusieurs visites de ministres, et a conclu avec la Chine et la France des accords internationaux de coopération en matière de santé.
- ▀ La DGPC a joué un rôle de premier plan au sein du conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé et de l'Assemblée mondiale de la santé. Les décisions issues des réunions de ces organismes reflètent des priorités canadiennes, par exemple l'amélioration de la surveillance internationale des maladies, la coopération internationale visant à réduire la consommation du tabac et l'amélioration du rendement et de la gestion des organisations internationales du domaine de la santé.

- D Santé Canada a établi un Bureau du réseau d'information sur la santé, où convergent les activités liées à l'autoroute de l'information. L'accès accru aux renseignements sur la santé permettrait d'améliorer la santé des Canadiens, la qualité des soins dispensés et la rentabilité des modes d'exécution.
- D Les cinq premiers centres d'excellence pour la santé des femmes, bénéficiant de fonds fédéraux, ont été annoncés en juin 1996. Ces centres réaliseront des recherches multidisciplinaires sur les problèmes de santé les plus importants des femmes, dans le contexte de la politique générale de la santé. En outre, Santé Canada a servi d'hôte au Forum du Canada et des États-Unis sur la santé des femmes, en août 1996, et a conclu avec les États-Unis une entente concernant la santé des femmes, où il est question notamment du cancer du sein, de la cessation du tabagisme et de réseaux et centres d'information.

En ce qui concerne le Renouveau du système de santé, en octobre 1994, le premier ministre, Jean Chrétien, a lancé le Forum national sur la santé. Avec la présidence du premier ministre, la coprésidence du ministre de la Santé et la participation de 24 membres bénévoles, le Forum a permis de conseiller le gouvernement fédéral au sujet des façons nouvelles d'améliorer notre réseau de la santé aussi bien que la santé de tous les Canadiens. Quatre grands thèmes y ont été abordés : les valeurs, l'équilibre, les déterminants de la santé et les décisions fondées sur les faits.

Le Forum a comporté une consultation nationale consistant en une série de discussions publiques, de conférences, de réunions avec les intervenants et les experts, et de recherches. Le résultat, un rapport en deux tomes publié en février 1997 et intitulé *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, a reçu un accueil favorable. Les recommandations qui s'y trouvent sont articulées autour de trois thèmes :

- D préserver notre réseau de la santé en procédant différemment;
- D transformer nos connaissances sur la santé en gestes concrets;
- D mieux connaître les faits pour mieux fonder nos décisions.

Plusieurs recommandations ont déjà été adoptées dans le budget de 1997 ou doivent figurer dans le livre rouge de 1997. Le Forum a terminé ses travaux un an d'avance tout en respectant son budget initial de 12 millions de dollars.

ACTIVITÉ 11 : Assurance-santé

Cette activité permet de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient un accès raisonnable à des services assurés de soins de santé payés d'avance, ainsi que d'appuyer les services complémentaires de santé.

Santé Canada applique la *Loi canadienne sur la santé*. L'Assurance-santé, quant à elle, se donne les objectifs suivants :

- ▮ établir les critères et les conditions régissant les contributions fédérales aux services de santé assurés et certains services complémentaires de santé pris en charge par les provinces et les territoires;
- ▮ déterminer si les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie concordent bien avec la *Loi*;
- ▮ fournir des conseils et de l'aide aux responsables des programmes et régimes d'assurance-maladie;
- ▮ fournir des conseils au sujet de la politique que doit viser la *Loi canadienne sur la santé* dans le contexte de l'orientation générale du réseau canadien de la santé.

Selon la Loi, le ministre de la Santé est responsable devant le Parlement de s'assurer que les paiements effectués pour les régimes provinciaux d'assurance-maladie répondent aux conditions et aux critères du programme national. Si les programmes provinciaux ou territoriaux ne respectent pas les dispositions de la Loi, les paiements de transfert peuvent être réduits. L'Assurance-santé contrôle ces programmes, détermine s'ils répondent aux conditions et critères énoncés dans la Loi et transmet les autorisations de paiement au ministère des Finances, qui administre les paiements.

Réalisations en 1996-1997

- ▮ L'Assurance-santé a cessé d'imposer des sanctions à l'Alberta en juin 1996 lorsque la province a éliminé le ticket modérateur imposé aux malades demandant des services médicalement nécessaires dans les cliniques privées. Au total, plus de 2 millions de dollars ont été déduits des paiements dus à l'Alberta en 1996-1997 au chapitre du Transfert en matière de santé et de services sociaux.

ACTIVITÉ 12 : Gestion du programme

Les responsables de cette activité fournissent des services de gestion et établissent l'orientation fonctionnelle du Programme en vue d'aider les membres de la direction et les gestionnaires responsables des secteurs d'activité à établir les priorités, à planifier et à réaliser leurs objectifs, et à administrer efficacement les ressources publiques qui leur sont confiées.

Pour exercer ces responsabilités, ils alignent les objectifs du Ministère sur ceux du Ministre et du gouvernement, établissent les objectifs et contrôlent les résultats, et gèrent les ressources attribuées avec efficacité et efficience.

Planification ministérielle et administration financière

La Direction de la planification ministérielle et de l'administration financière est responsable de la mise en œuvre, de l'interprétation et de l'application des lois, des règlements, des politiques et des procédés régissant les ressources financières de Santé Canada. Elle fournit des services comme la planification financière, la comptabilité, l'aide fonctionnelle et consultative concernant les projets de recouvrement des coûts et le soutien des systèmes financiers.

Réalisations en 1996-1997

- ▮ La Direction a choisi pour le Ministère un nouveau système financier qui permet d'améliorer la gestion du matériel et des finances à Santé Canada.
- ▮ Elle a aidé à élaborer et à mettre en œuvre les politiques, les procédures et les systèmes du Ministère concernant le recouvrement des coûts.

Gestion des biens et des installations

Les responsables de cette activité s'appliquent à élaborer et à mettre en place des politiques et des systèmes ministériels d'acquisition et d'utilisation de biens immobiliers, de matériel, d'installations et d'aménagements sécuritaires pour les lieux de travail de Santé Canada. De même, ils conseillent et aident le Comité de la haute direction du Ministère et les gestionnaires des directions générales dans tout dossier concernant les biens corporels et la sécurité du Ministère.

La Direction de la gestion des biens coordonne la construction du Laboratoire de microbiologie du gouvernement fédéral, à Winnipeg. Il s'agit d'un projet conjoint faisant intervenir Santé Canada et Agriculture et Agroalimentaire Canada. L'installation d'avant-garde renfermera le seul laboratoire au Canada ayant la capacité de traiter des biomatériaux extrêmement dangereux, aussi bien qu'une ménagerie et des locaux réservés à la formation et à la recherche.

Services de gestion de l'information

La Direction des services de gestion de l'information fournit au Ministère la série complète de services de gestion de l'information et d'informatique. Cela comprend les services de coordination et les conseils techniques applicables aux questions relevant de la gestion de l'information ou de la technologie de l'information, et l'élaboration et l'application des systèmes automatisés et des applications électroniques en général. Parmi les autres activités, il faut compter la gestion des dossiers, la préparation des formulaires, le courrier et la bibliothèque.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ La Direction des services de gestion de l'information a créé un seul et unique outil informatique pour la gestion du courrier électronique et le travail collectif. Elle a mis à niveau le matériel et installé des logiciels pour améliorer les communications internes et l'accès à Internet. Ce logiciel permet à tous les employés de Santé Canada d'accéder aux bases de données, aux répertoires et au système de courrier électronique communs du Ministère.
- ▶ Elle a commencé à mettre à l'essai le Système automatisé d'initiation des achats et des engagements (SAIAE), ce qui facilitera le travail du personnel chargé du soutien du programme, des finances et des acquisitions, tout en accélérant la négociation des contrats avec les fournisseurs du Ministère et le versement des paiements qui leur sont destinés.

Ressources humaines

La Direction des ressources humaines a pour responsabilité de soutenir la gestion efficace du personnel du Ministère. Elle favorise des pratiques qui ont pour effet de promouvoir l'équité, de reconnaître la compétence et d'encourager les possibilités de perfectionnement et d'épanouissement. Elle met en place des initiatives fédérales comme le plan d'action « La Relève », conçues pour que le Canada se donne une fonction publique moderne et dynamique pour l'avenir.

En 1996-1997, la Direction des ressources humaines a mis en application des mesures visant à améliorer la représentation des employés membres de minorités visibles aussi bien que des membres de groupes désignés, à la suite de la décision rendue le 19 mars 1997 par le Tribunal des droits de la personne.

Examens et vérifications internes

La Direction de la vérification interne réalise des examens indépendants des opérations, des activités, des systèmes et des fonctions du Ministère pour s'assurer qu'ils concourent à la réalisation des programmes du Ministère de manière économique, efficiente et efficace.

Réalisations en 1996-1997

- ▶ La Direction de la vérification interne a amorcé des vérifications dans les domaines clés que constituent le réaménagement des effectifs et la gestion des dossiers.
- ▶ Elle a examiné l'intégrité des systèmes ministériels traitant des frais de déplacement et l'utilisation des cartes d'achat et des services de personnel temporaire.

C EXAMENS CLÉS

En 1996-1997, Santé Canada a réalisé cinq examens clés des programmes et services destinés aux Canadiens. Trois d'entre eux portaient sur une initiative ou une stratégie interministérielle dirigée par Santé Canada. Le grand public peut se procurer sur demande tous les rapports qui en résultent.

Plan d'action pour la santé et l'environnement (évaluation finale, initiative interactivité à Santé Canada)

La création du Plan d'action pour la santé et l'environnement a été annoncée par le ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada (SBSC) en 1992 dans le contexte du Plan vert. Le financement du Plan d'action s'est terminé en 1996-1997. Il comprenait à l'origine 16 initiatives et un budget de 175 millions de dollars devant être administré par six directions générales du Ministère. À la suite de séries de compressions, le budget initial a été réduit à des dépenses réelles de 127 millions de dollars, soit environ 73 p. 100 de l'attribution de départ. Du fait de ces compressions, deux des 16 initiatives annoncées au début n'ont jamais été mises en application, et les activités prévues dans le cadre de nombre des initiatives qui ont survécu ont été soit réduites, soit éliminées tout à fait. Les initiatives visaient à réunir et fournir des renseignements, à établir des normes et des règles ainsi qu'à fournir des conseils au sujet de la gestion des risques que pose l'insalubrité pour les Canadiens.

La dernière évaluation du Plan d'action, terminée en novembre 1996, recensait les réalisations suivantes :

- ▀ une amélioration de la coopération entre les directions générales;
- ▀ une compréhension accrue des rapports qui existent entre l'environnement et la santé;
- ▀ une amélioration de l'infrastructure, des bases de données et des techniques de recherche;
- ▀ une progression de la capacité du Ministère de travailler de concert avec les collectivités dans le dossier de la santé et de l'environnement.

Par ailleurs, le public était peu au courant de l'existence du Plan d'action. La mise en œuvre de l'initiative a souffert de l'absence d'un plan stratégique, d'une responsabilité globale et d'une coordination du plan, sans oublier la réduction des fonds.

Parmi les leçons clés qu'il faudrait tirer, selon les auteurs du rapport d'évaluation, il y a les suivantes :

- ▀ Santé Canada devrait s'assurer que tout plan d'action futur s'accompagne de responsabilités et de structures organisationnelles appropriées, sans compter une communication complète et uniforme des progrès et des résultats;
- ▀ le financement devrait être stabilisé dans le cas des programmes scientifiques, et Santé Canada doit songer à la viabilité à long terme des activités scientifiques mises en branle à l'aide de fonds à court terme;
- ▀ les plans d'action quinquennaux sont de durée trop courte pour que les activités réalisées pour la santé et l'environnement puissent atteindre des résultats concrets.

L'Initiative pour le développement de l'enfant (évaluation interministérielle finale)

Dirigée par Santé Canada, cette initiative faisait appel à cinq autres ministères et organismes fédéraux (Développement des ressources humaines Canada, Patrimoine canadien, Justice Canada, Solliciteur général du Canada et Gendarmerie royale du Canada). Elle devait permettre de s'attaquer aux conditions de vie qui nous donnent des « enfants à risque ». Dotée d'un budget quinquennal initial de 500 millions de dollars, elle a subi une série de modifications qui ont porté le fonds à 479 millions de dollars et se sont terminées en mars 1997. En avril 1996, une évaluation interministérielle a permis d'examiner la pertinence et le succès de l'Initiative, ainsi que les ressources, la rentabilité et les solutions de rechange. Les évaluateurs ont constaté que les objectifs et le mandat de l'Initiative demeurent pertinents. Afin d'éliminer les conditions néfastes pour les enfants, il nous faut toujours une initiative interministérielle concertée. Les données dont disposaient les évaluateurs ne suffisaient pas à présenter des conclusions générales d'ordre macro-sociologique, par exemple en ce qui concerne la promotion de la valeur des enfants pour la société ou encore la sensibilisation du public

concernant les risques auxquels sont exposés les enfants. Les évaluateurs ont tout de même conclu que l'Initiative :

- ▮ a contribué à accroître les connaissances de professionnels au sujet des blessures et des maladies graves qui touchent les enfants;
- ▮ a aidé à protéger les enfants contre les menaces qui pèsent sur eux;
- ▮ a fourni des services d'intervention et de dédommagement aux collectivités dans le cas des jeunes enfants, des nourrissons et des grossesses à risque;
- ▮ a facilité l'établissement de partenariats parmi les palliers de gouvernement et les diverses organisations.

Les données concernant la satisfaction des bénéficiaires de l'Initiative sont rares. Les réalisations notées concernaient davantage les efforts de ministères individuels que les efforts concertés des ministères participants.

Les évaluateurs ont conclu que la façon dont l'initiative a été mise en œuvre à l'échelon interministériel en a limité l'impact potentiel. Les aspects interministériels ont été perçus comme étant déficients et inefficaces. Les évaluateurs ont signalé des préoccupations et des conclusions semblables dans d'autres évaluations d'initiatives interministérielles, et soulignent qu'il faut tirer certaines leçons de cette évaluation afin de mieux relever les défis inhérents à la gestion des initiatives interministérielles.

Stratégie canadienne antidrogue (examen interministériel à mi-période)

La Stratégie canadienne antidrogue, dirigée par Santé Canada, fait appel à neuf autres ministères et organismes fédéraux (le Solliciteur général du Canada, la Gendarmerie royale du Canada, Développement des ressources humaines Canada, le Service correctionnel du Canada, Revenu Canada, Travail Canada, Affaires étrangères et Commerce international Canada, Justice Canada et Patrimoine Canadien). Le budget initial, 270 millions de dollars, a été réduit de plus de 31 millions de dollars sur cinq ans, la dernière compression remontant à mars 1997. La Stratégie a été conçue pour coordonner les divers programmes fédéraux touchant la drogue et l'alcool. Elle visait à améliorer les programmes existants par une meilleure coordination, c'est-à-dire en destinant les programmes à des sous-segments précis de la population et en améliorant les renseignements qui sous-tendent la prise de décisions (politiques et programmes).

L'examen réalisé à mi-période portait sur la gestion et l'administration de la stratégie jusqu'en 1994. Elle a permis de déterminer les points forts et les points faibles de la planification et de la coordination de la stratégie, le ciblage du financement et la collecte ainsi que la gestion des renseignements servant aux mesures de rendement et à l'établissement de priorités. L'évaluation finale de la stratégie, prévue pour 1997-1998, sera en quelque sorte une mise à jour de ces questions liées au processus tout en étant un examen des réalisations attribuables à la stratégie.

Stratégie nationale sur le sida (examen interministériel à mi-période)

Dirigée par Santé Canada, la Stratégie nationale sur le sida fait appel à deux autres organismes fédéraux (le Conseil de recherches médicales et le Service correctionnel du Canada). Dotée d'un budget quinquennal de plus de 200 millions de dollars, la stratégie se terminera en mars 1998. La stratégie visait à coordonner les efforts nationaux déployés pour stopper la propagation du sida, notamment par des activités de prévention et d'éducation, pour prodiguer des soins, des traitements et des mesures d'appui aux personnes touchées par le VIH/sida, et pour chercher à produire des vaccins, des médicaments et des traitements efficaces.

Santé Canada a procédé à un examen à mi-période de la stratégie pour déterminer si elle demeurerait bien orientée et pour apporter des rajustements, au besoin. Le Ministère a ainsi fait le point sur les éléments et procédés essentiels en place, plutôt que d'évaluer les réalisations et les succès enregistrés jusqu'à maintenant. Il a déterminé les points forts et les points faibles de la coordination de la stratégie, de la mise en œuvre des programmes qui en relèvent, de la méthode d'attribution des ressources et de l'information réunie pour évaluer le rendement et le succès de la stratégie. Une évaluation des réalisations attribuables à la stratégie sera faite en 1997-1998.

Transfert des Services de santé des Indiens aux collectivités (Services de santé des Indiens et des populations du Nord)

De concert avec les Premières nations et les Inuit, la Direction générale des services médicaux (DGSM) a terminé en 1996 une évaluation du projet de transfert des ressources et des programmes de santé qui relevaient jadis de la DGSM au profit de collectivités, qui ont affirmé être prêtes à en assumer la responsabilité.

L'évaluation visait d'abord et avant tout à déterminer le succès global du projet de transfert quand il s'agit de faciliter le contrôle qu'exercent les Premières nations sur les services de santé, aussi bien que leurs effets sur la santé des Indiens eux-mêmes. Le transfert favorise un mode d'exécution proprement communautaire.

Le rapport produit laisse voir si les objectifs du transfert ont été atteints et s'il existe des solutions de rechange au processus. Il examinait le transfert des services de santé par rapport à la capacité de gestion des Indiens à l'échelon communautaire, ainsi que leur sensibilisation aux questions relatives à la santé parmi les membres de la collectivité. Le rapport renfermait 25 recommandations qui sont aujourd'hui en cours d'élaboration. De ce fait:

- ▶ le Ministère a alloué 10,7 millions de dollars pour que les collectivités aient un financement de base établi en fonction de la population. Cette augmentation a permis aux collectivités de recruter des infirmières, des commis et des représentants en santé communautaire;
- ▶ la DGSM a préparé un guide à l'intention des directeurs de la santé des Première nations. Le guide renferme des renseignements et des conseils sur certaines questions, notamment le rôle et les pouvoirs des conseils communautaires de la santé, les systèmes d'information de gestion, le personnel et les finances, l'assurance de la qualité et la responsabilisation.

PARTIE IV : RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

A CONTACTS POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS

Santé Canada
Renseignements généraux
0913A
13^e étage
Édifce Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-2991
Site Web d'Internet : <http://www.hwc.ca>

Michèle S. Jean
Sous-ministre
915B
Édifce Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-0213

Alan Nymark
Sous-ministre délégué
0915A
Édifce Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 954-5904

Robert S. Lafleur
Sous-ministre adjoint principal
Direction générale des services
de gestion
0905B
Édifce Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 952-3984

André Juneau
Sous-ministre adjoint
Direction générale des politiques et
de la consultation
0911B
Édifce Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-7701

Paul Cochrane
Sous-ministre adjoint
Direction générale des services médicaux
1921A
Édifce Jeanne Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-7701

Dr. Joseph Z. Losos
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la protection
de la santé
0701A1
Immeuble de la protection de la santé
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-1804

Ian Shugart
Sous-ministre adjoint invité
Direction générale de la protection
de la santé
0701B1
Immeuble de la protection de la santé
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 941-4322

Ian Potter
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la promotion
et des services de la santé
1916A
Édifce Jeanne Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 954-8525

William Pascal
Directeur général régional
Région d'Ontario
Santé Canada
4^{ième} Étage
25, avenue St. Clair est
Toronto (Ontario) M4T 1M2
(416) 954-3593

Lucie Myre
Directrice générale régionale
Région de Québec
Complexe Guy Favreau, Tour Est
Suite 202
200, boul. René Lévesque
Montréal (Québec) H2Z 1X4
(514) 283-2856

Alain Bisson
Avocat général principal
Services juridiques
0902A
Édifce Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-3766

Dr. Claire Franklin
Directeur exécutif
Agence de réglementation de la lutte
antiparasitaire
0605C1
2250, promenade Riverside
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 736-3701

Donald F. Ferguson
Directeur général régional
Région d'atlantique
Édifce Ralston, Suite 754
1557, rue Hollis
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1V6
(902) 426-4097

Garth Corrigall
Directeur général régional
Région de l'ouest
Place Canada, Pièce 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
(403) 495-5172

Gordon Peters
Directeur
Vérification interne
Direction générale des services
de gestion
0914D
Édifce Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-4362

B TABLEAUX FINANCIERS RÉCAPITULATIFS

Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 1996-1997 – Partie II du Budget des dépenses Besoins financiers par autorisation

(millions de dollars)

Crédit	Programme de santé	Budget des dépenses principal 1996-1997	Réel 1996-1997
Crédit 1	Dépenses de fonctionnement	914,7	895,5
Crédit 5	Dépenses en capital	31,0	22,9
Crédit 10	Subventions et contributions	585,0	639,9
Législatif	Ministre de la Santé – Traitement et allocation pour automobile	0,1	0,1
Législatif	Versements à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé	–	(96,0)
Législatif	Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	46,0	47,8
Législatif	Dépenses des recettes découlant de la vente des biens de la Couronne	–	0,7
Législatif	Remboursements de montants portés aux recettes d'exercices précédents	–	0,9
Total pour le ministère		1 576,8	1 511,8

Recettes à valoir sur le Trésor (RVT) par activité

(millions de dollars)

Activités	Réel 1993-1994	Réel 1994-1995	Réel 1995-1996	Total prévu 1996-1997	Réel 1996-1997
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	5,2	6,2	3,6	–	–
Qualité et risques environnementaux	1,3	–	–	–	–
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	32,7	6,7	6,2	6,7	7,1
Total des recettes à valoir sur le Trésor	39,2	12,9	9,8	6,7	7,1

Recettes à valoir sur le crédit par activité

(millions de dollars)

Activités	Réel 1993-1994	Réel 1994-1995	Réel 1995-1996	Total prévu 1996-1997	Réel 1996-1997
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	–	–	0,2	2,1	0,9
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	–	–	10,6	27,5	24,8
Qualité et risques environnementaux	–	2,7	2,7	4,3	3,7
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	–	–	–	0,2	0,3
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	–	15,9	15,0	16,3	9,6
Santé des fonctionnaires fédéraux	–	–	–	–	0,9
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	–	–	0,1	0,3	0,3
Gestion du Programme	–	–	0,6	0,5	1,0
TOTAL des recettes à valoir sur le crédit	–	18,6	29,2	51,2	41,5

Projets d'immobilisations par activité (millions de dollars)

Activités	Réel 1993-1994	Réel 1994-1995	Réel 1995-1996	Total prévu 1996-1997	Réel 1996-1997
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	3,6	3,3	4,1	1,8	0,7
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	3,0	3,1	2,0	2,2	0,5
Qualité et risques environnementaux	4,9	5,0	2,8	2,2	1,2
Surveillance de la santé nationale	1,6	1,8	1,3	1,4	1,9
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	–	–	–	1,5	0,1
Programmes et services	1,2	1,4	1,3	0,3	0,1
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	17,6	15,2	12,3	12,0	9,4
Santé des fonctionnaires fédéraux	0,9	0,8	0,3	1,2	0,6
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Politique et consultation	0,4	0,2	0,2	–	0,5
Assurance-santé	–	–	–	–	–
Gestion du Programme	21,0	53,8	26,5	10,4	16,0
Total des projets d'immobilisations	54,3	84,7	50,9	33,1	31,1

Détail des grands projets d'immobilisations (millions de dollars)

Programmes de santé	Coût total actuellement prévu	Coût réel 1993-1994	Coût réel 1994-1995	Coût réel 1995-1996	Coût total prévu 1996-1997	Coût réel 1996-1997
Laboratoire de microbiologie Winnipeg (AEP)	65,8 ⁽¹⁾	8,3	22,9	14,4	4,8	6,0
Pelican Narrows (AEP)	3,5	0,0	0,2	1,4	0,1	1,9

⁽¹⁾ Des dépenses totalisant \$9,9 millions pour 1988 à 1993 sont incluses dans ce coût total actuellement prévu. Les prévisions pour 1997-98 sont de \$4,3 millions.

Paiements de transfert par activité ⁽¹⁾

(millions de dollars)

Activités	Réel 1993-1994	Réel 1994-1995	Réel 1995-1996	Total prévu 1996-1997	Réel 1996-1997
SUBVENTIONS					
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	–	–	–	–	–
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	–	–	–	–	–
Qualité et risques environnementaux	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Surveillance de la santé nationale	–	–	–	–	–
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	–	–	–	–	–
Programmes et services	13,6	13,0	14,8	16,0	11,6
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
Santé des fonctionnaires fédéraux	–	–	–	–	–
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	–	–	–	–	–
Politique et consultation	1,3	1,9	1,9	2,0	12,9
Assurance-santé	–	–	–	–	–
Gestion du Programme	–	–	–	–	–
TOTAL des subventions	15,1	15,3	17,1	18,4	24,9

⁽¹⁾ exclut les crédits législatifs.

Paiements de transfert par activité ⁽¹⁾

(millions de dollars)

Activités	Réel 1993-1994	Réel 1994-1995	Réel 1995-1996	Total prévu 1996-1997	Réel 1996-1997
CONTRIBUTIONS					
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	0,3	–	–	–	–
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	3,4	0,3	0,5	–	–
Qualité et risques environnementaux	–	0,3	1,6	–	1,2
Surveillance de la santé nationale	–	–	–	–	0,1
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	–	–	–	–	–
Programmes et services	101,9	131,1	145,0	149,4	157,4
Services de santé des Indiens et des populations du Nord	244,0	311,4	398,7	413,0	416,5
Santé des fonctionnaires fédéraux	–	–	–	–	–
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	–	–	–	–	–
Politique et consultation	2,0	1,5	2,1	4,2	3,3
Assurance-santé	–	–	–	–	–
Gestion du Programme	–	–	–	–	36,6
Total des contributions	351,6	444,6	547,9	566,6	615,1
Total des paiements de transfert	366,7	459,9	565,0	585,0	640,0

⁽¹⁾ exclut les crédits législatifs.

C OBJECTIFS ET PRINCIPAUX RÉSULTATS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ – RAPPORT 1997-1998

À compter de 1998-1999, les programmes de Santé Canada seront gérés par secteur d'activité. En 1998 et durant les années ultérieures, le rendement sera présenté par secteur d'activité, compte tenu des objectifs et des principaux résultats dont il est question dans le tableau ci-dessous.

Santé Canada dispose d'un budget de 1,5 milliard de dollars

Pour fournir aux Canadiens :	Sera démontré par :
<p>Soutien et renouvellement du réseau de la santé</p> <p>Un réseau de la santé viable et durable à caractère national.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un accès aux services de santé conformément aux principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> : universalité, transférabilité, accessibilité, gestion publique et intégralité; • des innovations permettant d'améliorer le régime national d'assurance-maladie; • une collaboration nationale sur les dossiers concernant le réseau de la santé.
<p>Gestion des risque pour la santé – surveillance des produits et lutte contre les maladies</p> <p>Une surveillance de la santé qui prévoit, prévient et donne suite aux risques pour la santé provenant des maladies, des aliments, de l'eau, des médicaments, des herbicides et insecticides, des matériels médicaux, des dangers environnementaux, des biens de consommation, et d'autres déterminants socio-économique de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une réduction du nombre de maladies, de blessures et de décès attribuables à des risques connus en matière de santé; • des connaissances scientifiques concernant les risques et les avantages de certaines mesures pour la santé humaine et pour l'environnement; • un grand public renseigné sur les risques et les avantages particuliers de certaines mesures pour sa santé; • des systèmes de surveillance, des lois et des règlements modernes, qui tiennent compte des risques et des avantages de certaines mesures pour la santé humaine et pour l'environnement, sans oublier la mondialisation, l'économie et le développement viable.

Pour fournir aux Canadiens :	Sera démontré par :
<p>Santé des Autochtones Chez les Autochtones, une santé collective qui se compare à celle des autres Canadiens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les Premières nations, une espérance de vie qui correspond à celle des autres Canadiens; • un taux de mortalité infantile qui se compare à celui des autres Canadiens; • un taux de maladies transmissibles, de maladies chroniques, de blessures et de suicide qui ne dépasse pas les taux enregistrés ailleurs au Canada; • des services de santé efficaces et viables gérés par les Autochtones eux-mêmes.
<p>Promotion de la santé de la population Une approche théorique et concrète qui tient compte des déterminants sociaux, comportementaux et économiques de la santé et qui intervient en conséquence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des renseignements sur les déterminants de la santé et sur les mesures à prendre pour garder et améliorer sa santé; • des améliorations de l'état de santé de la population ou de segments visés par la promotion de la santé de la population; • des outils et mécanismes développés en collaboration avec d'autres ministères pour mesurer l'incidence des politiques et des programmes du gouvernement fédéral sur la santé.
<p>Les politiques, la planification et l'information en matière de santé Dans le secteur de la santé, des décisions fondées sur les faits qui permettent de faire valoir la santé comme élément important d'une économie et d'une société fondées sur la connaissance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • un système de prise de décision qui utilise les meilleures connaissances disponibles et renseignements pertinents au sujet de la santé; • un réseau national d'information et de recherche sur la santé dont le fonctionnement est bien assuré.

D MANDAT : LOIS ET RÈGLEMENTS ADMINISTRÉS EN TOUT OU EN PARTIE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

1. *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. (1985), ch. F-27
2. *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, L.R.C. (1985), ch. F-8
3. *Loi sur les brevets*, C.R.C., 1985, ch. P-4
4. *Loi sur le centre canadien de lutte contre les toxicomanies*, L.R.C. (1985), ch. C-13.4
5. *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, S.C., ch. 19
6. *Loi sur la condition physique et le sport amateur*, L.R.C. (1985), ch. F-25
7. *Loi sur le Conseil de recherches médicales*, L.R.C. (1985), ch. M-4
8. *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, L.C. 1985, ch. H-2.7
9. *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, L.R.C. (1985), ch. R-1
10. *Loi sur le fonds de recherche de la Reine Elizabeth II*, S.R.C. 1970, ch. Q-1
11. *Loi sur la gestion des finances publiques*, L.R.C. (1985), ch. F-11
 - Décret autorisant le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à prescrire des droits, TR/88-98
 - Règlement sur les droits des services de dosimétrie, DORS/90-109, DORS/94-279
 - Règlement sur le prix à payer pour vendre une drogue, DORS/95-31
 - Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues, DORS/95-424
 - Règlement sur le prix à payer à l'égard des instruments médicaux, DORS/95-585
 - Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues vétérinaires, DORS/96-143
 - Règlement fixant les prix à payer pour la prestation du service d'évaluation des demandes relatives aux produits antiparasitaires ... DORS/97-173

12. *Loi sur l'indemnisation des dommages causés par les pesticides*, L.R.C. (1985), ch. P-10
13. *Loi médicale du Canada*, S.R.C. (1952), ch. 27
14. *Loi sur les produits antiparasitaires*, L.R.C. (1985), ch. P-9
15. *Loi sur les produits dangereux*, L.R.C. 1985, ch. H-3
16. *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, L.R.C. (1985), ch. 16 (4^e supp.)
17. *Loi sur la quarantaine*, L.R.C. (1985), ch. Q-1
18. *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (185), ch. C-6
19. *Loi sur le ministère de la Santé*, L.C. (1996), ch. 8
20. *Loi sur les stupéfiants*, L.R.C. (1985), ch. N-1
21. *Loi sur le tabac*, S.C. 1997, ch. 13.

E LOIS ET RÈGLEMENTS PAR LESQUELS LE MINISTÈRE EST VISÉ
OU POUR LESQUELS IL PORTE UN INTÉRÊT SPÉCIAL

1. *Code canadien du travail*, S.R.C. 1985, ch. L-2
2. *Loi sur l'aéronautique*, S.R.C., 1985, ch. A-2
3. *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments*, S.C. 1997, ch. 6
4. *Loi relative aux aliments du bétail*, S.C. 1985, ch. F-9
5. *Loi sur le contrôle de l'énergie atomique*, S.R.C. 1985, ch. A-16
6. *Loi sur l'immigration*, S.R.C., ch. I-2
7. *Loi de l'impôt sur le revenu*, S.C. 1970-1971-1972, ch. 63
8. *Loi sur la marine marchande*, S.R.C. 1985, ch. S-9
9. *Loi sur les marques de commerce*, S.R.C. 1985, ch. T-13
10. *Loi nationale sur les transports*, 1987, S.R.C. 1985, ch. 28 (3^e supp.),
Loi sur les chemins de fer, S.R.C. 1985, ch. R-3
11. *Loi sur les parcs nationaux*, S.R.C. 1985, ch. N-14
12. *Loi sur la protection civile*, S.R.C. 1985, ch. 6 (4^e supp.)
13. *Loi sur la radiodiffusion*, S.R.C. 1985, ch. B-9
14. *Loi sur la taxe de vente*, S.R.C. 1985, ch. E-15
15. *Loi d'urgence sur les approvisionnements d'énergie*, S.R.C. 1985,
ch. E-9.

INDEX

- Affections cardiorespiratoires, 34
- Agence canadienne d'inspection des aliments, 19
- Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA), 13, 40-41
 - produits antiparasitaires, 40
- Aînés
 - Programmes destinés aux aînés, 45-46
- Assurance-santé, 14, 73
- Asthme, 37, 38

- Biotechnologie, 16, 26

- Cancer, 29, 34, 37-38
 - Cancer du col de l'utérus, 49
 - Cancer du sein, 29, 49-50
 - Coalition canadienne pour la surveillance du cancer (CCSC), 38

- Entente Saint-Laurent Vision 2000, 30
- Épidémiologie du VIH, 39

- Gestion du programme, 74-76
 - Examens et vérifications internes, 76
 - Gestion des biens et des installations, 74
 - Planification ministérielle et administration financière, 74
 - Ressources humaines, 76
 - Services de gestion de l'information, 75

- Hémophilie, 39

- Innocuité et qualité des aliments et nutrition, 12, 15-19
 - Additifs alimentaires, 18, 19
 - harmonisation des normes, 18
 - Agence canadienne d'inspection des aliments, 19
 - Aliments nouveaux, 19
 - Allergies alimentaires, 16
 - «Maladie du hamburger», 16
 - Programme des aliments, 17

Innocuité, qualité et efficacité des médicaments, 12, 20-24
 Gestion des risques, 20-21
 Normes internationales, 22, 23
 Programme de produits thérapeutiques, 21, 24

Jeunes (les)
 et l'activité physique, 44-45
 et le tabac, 27

Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), 33, 39
Laboratoire de microbiologie, 75

Lois et règlements
 Loi canadienne sur la protection de l'environnement, 26
 Loi canadienne sur la santé, 3, 73
 Loi réglementant certaines drogues et autres substances, 20
 Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments, 19
 Loi sur le ministère de la Santé, 3
 Loi sur les produits antiparasitaires, 40, 41
 Projet de loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable, 26
 Règlement sur l'agrément des établissements, 22

Maladies cardiovasculaires, 18, 47, 48
 Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, 47

Médicaments à l'usage vétérinaire, 18-19
Médicaments et matériels médicaux, 20, 21, 22
Message du ministre, 1

Organisme de services spécial (OSS), 67
Organisme des services de santé et d'hygiène du milieu, 66-67

Politiques et consultation, 14, 71-72
Populations autochtones, 30, 54, 55-65
Populations Inuit, 55-60, 63-65
Premières Nations, 55-65

- Programmes et services, 13, 42-54
 - Aînés, 45-46
 - Cancer du col de l'utérus, 49
 - Initiative canadienne sur le cancer du sein, 49-50
 - Programme destiné aux enfants, 42-45
 - Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), 54
 - Santé au travail, 48
 - Santé publique, 47-48
 - Sida, 50-52
 - Stratégie canadienne antidrogue, 53-54
 - Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), 52
 - Violence familiale, 52-53

- Qualité et risques environnementaux, 12, 25-32
 - Coopération et collaboration intergouvernementales, 31
 - Développement durable, 32
 - Eau potable, 25
 - Produits de consommation, 28
 - Programme biorégional des effets sur la santé, 30
 - Qualité de l'air, 25
 - Rayonnement, 29
 - Sécurité des travailleurs, 28
 - Substances toxiques, 26-27
 - Tabac, 27

- Recouvrement des coûts, 19, 22, 31
- Relations organisationnelles, 6
- Renouvellement du système de santé, 46, 72
- Renseignements sur les voyages et la santé, 35
- Réseaux de surveillance, 36

- Santé Canada
 - Examens clés, 77-81
 - Initiative pour le développement de l'enfant (évaluation interministérielle finale), 78-79
 - Plan d'action pour la santé et l'environnement, 77-78
 - Stratégie canadienne antidrogue (examen interministériel à mi-période), 79-80
 - Stratégie nationale sur le sida (examen interministériel à mi-période), 80
 - Transfert des Services de santé des Indiens aux collectivités (Services de santé des Indiens et des populations du Nord), 80-81
 - Mandat, 3
 - Mission, 4
 - Priorités stratégiques, 4
 - Rôles, 3
 - Secteur d'activité 1997-1998, 89-90
 - Site Web, 82
- Santé des enfants et des nourrissons, 18, 30, 37
 - Programmes destinés aux enfants, 42, 43, 44, 45
 - Défi canadien vie active (DCVA), 44-45
 - Initiative pour le développement de l'enfant, 44, 56, 78-79
 - Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), 43
 - Syndrome de mort subite du nourrisson (MSN), 37
- Santé des femmes
 - Cancer du col de l'utérus, 49
 - Cancer du sein, 29, 49, 50
 - Grossesse, 17
 - Soins prénataux, 42, 57
- Santé des fonctionnaires fédéraux, 14, 66-67
 - Services aux dignitaires, 67
 - Services de santé au travail, 66-67
- Services de consultation et d'évaluation en matière de santé, 14, 68-70
 - Médecine aéronautique civile (MAC), 68-69
 - Services de quarantaine et de réglementation, 70
 - Services d'urgence, 69-70

- Services de santé des Indiens et des populations du Nord, 13, 55-65
 - Hygiène du milieu et recherche connexe, 60-62
 - Lutte contre la maladie et prévention, 59-60
 - Nutrition prénatale, 57
 - Programmes de soins aux enfants, 56, 57
 - Programmes offerts en milieu communautaire, 56-59
 - Recherche et analyse dans le domaine de la santé, 62-63
 - Services de santé non assurés, 63-64
 - Transfert, 64-65
 - Tuberculose, 33, 59, 60
 - VIH, 59-60
- Sida, 33, 50-52, 59, 60
 - Stratégie nationale sur le sida, 50-51
- Surveillance de la santé nationale, 12, 33-39
 - Coalition canadienne pour la surveillance du cancer (CCSC), 38
 - Épidémiologie du VIH, 39
 - Réseau d'information sur la santé, 37-38
 - Surveillance des maladies, 34-35
- Syndrome d'alcoolisme foetal, 54
- Système faxlink, 35, 38

- Tabac, 27, 52, 58
 - Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), 52, 58
- Tuberculose, 33, 59, 60

- Violence familiale, 52-53
 - Centre national de l'information sur la violence dans la famille, 53
- Virus Ebola, 35