



# Santé Canada

## Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant  
le 31 mars 1999

Canada

## **Présentation améliorée des rapports au Parlement**

### **Document pilote**

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commenant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le *Rapport sur le rendement* met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 1999

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<sup>o</sup> de catalogue BT31-4/42-1999

ISBN 0-660-61054-X



## Avant-propos

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

Cette décision découle des engagements pris par le gouvernement d'améliorer l'information fournie au Parlement sur la gestion des dépenses. Cette démarche vise à mieux cibler les résultats, à rendre plus transparente l'information fournie et à moderniser la préparation de cette information.

Cette année, le rapport d'automne sur le rendement comprend 82 rapports ministériels sur le rendement ainsi que le rapport du gouvernement intitulé *Une gestion axée sur les résultats* – Volume 1 et 2.

Ce *Rapport ministériel sur le rendement*, qui couvre la période se terminant le 31 mars 1999, porte sur une responsabilisation axée sur les résultats en signalant les réalisations par rapport aux attentes en matière de rendement et aux engagements en matière de résultats énoncés dans le projet pilote de *Rapport sur les plans et priorités* pour 1998-1999. Les principaux engagements en matière de résultats pour l'ensemble des ministères et organismes sont aussi inclus dans *Une gestion axée sur les résultats* - Volume 2.

Il faut, dans le contexte d'une 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 soumettre un rapport équilibré sur les réalisations. Gérer en fonction des résultats et en rendre compte nécessitent un travail soutenu dans toute l'administration fédérale.

Le gouvernement continue de perfectionner et de mettre au point tant la gestion que la communication des résultats. Le perfectionnement découle de l'expérience acquise, les utilisateurs fournissant au fur et à mesure des précisions sur leurs besoins en information. Les rapports sur le rendement et leur utilisation continueront de faire l'objet d'un suivi pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins actuels et en évolution du Parlement.

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:

Secteur de la planification, du rendement et des rapports  
Secrétariat du Conseil du Trésor  
L'Esplanade Laurier  
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0R5  
Téléphone : (613) 957-7042  
Télécopieur : (613) 957-7044



# SANTÉ CANADA

## Rapport ministériel sur le rendement

---

Pour la période se terminant  
le 31 mars 1999

Handwritten signature of Allan Rock in black ink.

Allan Rock  
Ministre de la Santé





# LE PRÉSENT RAPPORT

---

Santé Canada est fier de présenter au Parlement et à tous les Canadiens et Canadiennes le présent rapport sur le rendement du Ministère pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1999.

Le document a pour but de donner un aperçu général de la façon dont Santé Canada a utilisé l'argent des contribuables au profit de tous les Canadiens et Canadiennes. Comme le Ministère est vaste et complexe, rendre compte de chacune des réalisations de chaque programme exigerait plus d'espace que nous n'en avons ici.

Par conséquent, nous avons décidé de nous en tenir aux réalisations qui pourraient intéresser le Parlement et le public.

Les programmes de Santé Canada sont gérés suivant les six secteurs d'activités suivants :

- Gestion des risques en matière de santé
- Promotion de la santé de la population
- Santé des Autochtones
- Soutien et renouvellement du système de santé
- Politiques, planification et information en matière de santé
- Services ministériels

Aucun effort n'a été épargné pour que le présent rapport soit aussi clair et concis que possible. Si vous avez d'autres questions ou désirez des renseignements plus détaillés au sujet d'un programme ou service particulier, veuillez vous adresser à :

Santé Canada  
Renseignements généraux  
0913A, 13<sup>e</sup> étage  
Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-2991  
Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/>

---

# Table des matières

## Section I : Messages

Message du Ministre . . . . .	1
Résumé . . . . .	4

## Section II : Vue d'ensemble du Ministère

Mission . . . . .	12
Mandat, rôles et responsabilités . . . . .	12
Milieu de fonctionnement . . . . .	14
Facteurs de changement . . . . .	14
Développement durable . . . . .	16
Descriptions des secteurs d'activité . . . . .	18
Figure 1 : Structure organisationnelle . . . . .	22
Figure 2 : Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle . . . . .	23

## Section III : Rendement du Ministère

<b>A Attentes en matière de rendement . . . . .</b>	<b>24</b>
<b>B Tableau des principaux engagements en matière de résultats . . . . .</b>	<b>27</b>
<b>C Réalisations en matière de rendement par secteur d'activité . . . . .</b>	<b>30</b>
Secteur d'activité 1 : Gestion des risques en matière de santé (GRS) . . . . .	30
Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments . . . . .	35
Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques . . . . .	38
Secteur de service C : Hygiène du milieu . . . . .	41
Secteur de service D : Prévention et contrôle des maladies . . .	46
Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail . . . . .	50
Secteur de service F : Services d'urgence . . . . .	54
Secteur de service G : Lutte antiparasitaire . . . . .	56
Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang . . . . .	61



Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population (PSP) . . . . .	64
Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones (SA) . . . . .	71
Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS) . . . . .	81
Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS) . . . . .	86
Secteur d'activité 6 : Services ministériels (SM) . . . . .	91

**Section IV : Rapport d'ensemble**

Préparation au passage à l'an 2000 . . . . .	95
Gestion du matériel . . . . .	98
Stratégie de développement durable . . . . .	99
Initiatives réglementaires . . . . .	101

**Section V : Rendement financier**

Aperçu du rendement financier . . . . .	106
Tableaux financiers récapitulatifs . . . . .	107
Tableau 1 : Sommaire des crédits approuvés . . . . .	107
Tableau 2 : Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles . . . . .	108
Tableau 3 : Comparaison dans le temps des dépenses totales prévues et des dépenses réelles . . . . .	109
Tableau 4 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité . . . . .	110
Tableau 5 : Recettes affectées aux dépenses . . . . .	111
Tableau 6 : Recettes affectées au Trésor . . . . .	112
Tableau 7 : Paiements législatifs . . . . .	113
Tableau 8 : Paiements de transfert . . . . .	114
Tableau 9 : Dépenses en capital par secteur d'activité . . . . .	115
Tableau 10 : Passif éventuel . . . . .	116



**Section VI : Autres renseignements pertinents**

Contacts ministériels . . . . .	117
Références . . . . .	119
Liste des lois et des règlements . . . . .	120
Index . . . . .	122







# SECTION I : MESSAGES

---

## MESSAGE DU MINISTRE

---

Les Canadiens et Canadiennes peuvent être fiers à juste titre du haut niveau de santé au Canada – c’est l’un des plus hauts dans le monde, et l’un des facteurs qui font que le Canada se classe premier dans le monde selon l’Indice de développement humain des Nations Unies.

Le gouvernement du Canada reconnaît que les Canadiens et Canadiennes veulent conserver – et même améliorer – leur système de santé enviable, mais sont néanmoins préoccupés par certaines questions de santé fondamentales. Ils prennent conscience de menaces nouvelles, ou qui resurgissent, et veulent savoir à quoi s’en tenir quant à l’avenir du système de santé du Canada.

En 1998-1999, le gouvernement fédéral et Santé Canada en particulier ont continué de répondre à ces besoins. Je suis heureux de présenter le Rapport sur le rendement du Ministère pour Santé Canada, qui décrit les faits saillants de ce travail pendant tout l’exercice.

Pour tous les Canadiens et Canadiennes, les fonds nouveaux pour la santé qui ont été annoncés dans le budget de 1999 ont été un fait marquant de l’année. Avant que le budget ne soit déposé, le Premier Ministre a obtenu de tous ses homologues provinciaux la promesse que les fonds nouveaux acheminés vers les provinces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux seraient exclusivement destinés à la santé. L’augmentation de 11,5 milliards de dollars des transferts aux provinces et aux territoires représente le plus important investissement jamais fait par notre gouvernement. Elle assure aux provinces un financement soutenu, non négligeable, jusqu’en 2003, pour leur permettre de s’attaquer aux priorités qu’elles considèrent comme les plus urgentes. Le financement est une preuve claire et tangible de l’engagement du gouvernement du Canada vis-à-vis des principes de la Loi canadienne sur la santé, qui garantissent que tous les Canadiens et Canadiennes bénéficient d’un accès égal et opportun à des soins de santé de qualité.



Le budget de 1999 a jeté les bases pour la revitalisation de notre système de santé. Il prévoyait en plus 1,4 milliard de dollars pour d'autres investissements dans la santé, notamment dans la recherche en santé, la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Ces nouveaux investissements reposent sur les stratégies et les programmes établis par Santé Canada à force de leadership, de partenariat et d'innovation. Le Ministère a travaillé en étroite collaboration avec ses pendants provinciaux et territoriaux, mais aussi avec les nombreux groupes qui s'intéressent tant aux questions de santé : professionnels, experts, dispensateurs, usagers ou autres.

Un résultat de cette coopération a été un effort soutenu par l'entremise de la Fondation pour l'adaptation des services de santé, de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et d'autres initiatives financées par Santé Canada pour mettre à l'essai et appuyer des innovations qui conduiront à un système de santé plus intégré. La recherche et l'évaluation feront en sorte que les gouvernements et les dispensateurs de soins de santé auront les données pour faire les meilleurs choix possibles quant à la façon de répartir les fonds nouveaux consacrés aux soins de santé. Elles témoignent de notre détermination à prendre des décisions en nous appuyant sur des faits.

Cette détermination était évidente aussi dans l'attention soutenue que nous avons accordée aux questions de santé des populations, comme les défis du VIH/sida ou la bataille contre l'usage du tabac. Elle était également manifeste dans nos efforts pour répondre aux besoins particuliers de groupes tels les enfants et les aînés. Santé Canada a joué un important rôle dans les efforts du gouvernement pour faire en sorte que les enfants, du point de vue de la santé, bénéficient du meilleur départ possible dans la vie. Le Ministère est enfin au centre d'activités destinées à souligner l'Année internationale des personnes âgées pendant tout 1999, car nous faisons aussi notre part pour assurer la santé de cette population.

Le travail de Santé Canada est le reflet des priorités globales du gouvernement à de nombreux égards. Le Ministère a continué d'aller de l'avant afin de s'assurer de gérer les risques pour la santé des Canadiens et Canadiennes de façon efficace et responsable. L'engagement du gouvernement à répondre aux besoins en matière de santé des communautés autochtones est demeuré important, le Ministère travaillant de près avec les Premières nations, les Inuits et les Innus. S'assurer que le Canada est à la fine pointe de l'innovation sur le plan de l'information et des communications a été un facteur déterminant dans nos efforts continus pour bâtir une infrastructure de la santé qui reliera les dispensateurs, les responsables des politiques et les consommateurs dans le secteur de la santé, et qui mettra à la disposition de tous une information utile et efficace.



Les Canadiens et Canadiennes et leur gouvernement attendent la même chose des nouvelles initiatives et du travail continu de Santé Canada – des contributions claires à nos buts communs : une population, des communautés et une nation en meilleure santé. Je suis fier des progrès que nous avons accomplis vers l’atteinte de ces buts en 1998-1999.

A handwritten signature in black ink that reads "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



## Résumé

En 1998-1999, comme par les années précédentes, les questions de santé ont beaucoup retenu l'attention du public au Canada. Cette attention a atteint son paroxysme au moment du budget fédéral de février 1999, dans lequel le gouvernement annonçait le plus important investissement qu'il avait jamais effectué : 11,5 milliards de dollars aux provinces au cours des cinq prochaines années, en plus d'un investissement additionnel de 1,4 milliard de dollars au cours des trois prochaines années dans des domaines comme l'information en matière de santé, la recherche en santé, la santé des Premières nations et des Inuits, la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Cet investissement renforce la déclaration du ministre Rock à la 131<sup>e</sup> assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne :

« En gros, je pense que le défi fondamental qui se pose à nous est de rendre le système davantage responsable et mieux adapté aux besoins des Canadiens et des Canadiennes — en tant que contribuables, en tant que citoyens et en tant que bénéficiaires. »

Et je crois que relever le défi exige une action dirigée sur deux fronts étroitement liés :

- Premièrement, nous devons intégrer la prestation des soins de santé pour répondre aux besoins de tous les gens, et mettre fin à la frustration qu'ils éprouvent parce qu'ils doivent frapper à une porte différente chaque fois qu'ils ont besoin de soins. Bien que nous ayons accompli d'important progrès, nous sommes encore loin d'offrir un parfait continuum de soins efficaces et efficaces, du point de vue tant de l'organisation des services que de leur financement public. Aussi longtemps que ce ne sera pas le cas, nous ne pourrons véritablement parler des soins de santé de qualité.
- Deuxièmement, un système de santé de qualité est un système qui peut être mesuré. Un système où le rendement peut être évalué, où tous les partenaires sont responsables et doivent rendre compte à ceux qui en dépendent. Un système de qualité permettrait aux Canadiens de déterminer si l'argent qu'ils consacrent à la santé est dépensé intelligemment, de juger eux-mêmes si les soins s'améliorent... ou empirent. C'est un système où des informations objectives sont recueillies et partagées afin que tous les partenaires soient tenus responsables de leurs actions, et que les décisions reposent sur des faits, et non sur la fiction. Un système où les attentes du public sont définies publiquement, avec la participation de ce public, et où le rendement est ensuite mesuré par rapport à des normes, et les résultats, publiés pour que tous puissent les connaître.



Au sein du Ministère, le travail s'est poursuivi en 1998-1999 sur ces fronts et de nombreux autres. Les faits saillants par secteur d'activité sont résumés ci-après.

### **Gestion des risques en matière de santé**

Les Canadiens sont exposés à beaucoup moins de risques sur le plan de la santé que les populations de nombreux pays. Cette situation est le résultat en partie de processus visant à assurer la sûreté des aliments, des médicaments, des matériels médicaux, des biens de consommation et de nombreux autres produits, dans la vie de tous les jours et dans le système de santé. Toutefois, les risques changent avec le temps, comme en témoignent les maladies nouvelles ou celles qui font un retour en force. Nos façons de considérer et de gérer ces risques évoluent aussi. Le Ministère a entrepris de modifier ses approches de la gestion des risques pour la santé des Canadiens afin de s'adapter à un monde qui change rapidement. Au cours de l'exercice, le Ministère :

- a examiné et amélioré la réglementation du système canadien d'approvisionnement en sang, en tenant compte des recommandations de la Commission Krever. Il y est parvenu en obtenant plus de fonds pour les inspecteurs et les inspections de la réglementation du sang; en s'assurant de la conformité de la Société canadienne du sang et de son administration centrale aux exigences du passage à l'an 2000; en révisant la politique nationale sur la maladie de Creutzfeldt-Jakob et les dons de sang, et en tenant des consultations à ce sujet; et en établissant un mécanisme de rétroaction sur la réglementation du sang dans le cadre de la nouvelle approche de réglementation fondée sur des normes;
- a conclu une entente avec la Coalition pour la surveillance du cancer sur un ensemble de normes pour la consignation de données sur l'évolution des cancers, et a établi un ensemble d'indicateurs de base pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces normes et ces indicateurs de base sont conçus de manière à faire en sorte que les Canadiennes bénéficient d'une approche répondant aux normes pour ce qui est du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils donneront également la garantie que les données sur le cancer du col de l'utérus sont uniformes d'un océan à l'autre au Canada;
- a fourni des services de dosimétrie en milieu de travail à plus de 12 500 groupes clients représentant plus de 90 000 travailleurs canadiens. Ce travail de surveillance, d'éducation, et de recherche et développement a permis de réduire de 90 % l'exposition aux radiations ionisantes des travailleurs de l'industrie nucléaire;



- a formé le Partenariat canadien pour l'information sur la salubrité des aliments, résultat direct de la constitution par Santé Canada d'une équipe de 48 représentants des consommateurs, de l'industrie, des groupes de promotion de la santé et du gouvernement pour monter et mettre en route une nouvelle campagne nationale de sensibilisation du public à la salubrité des aliments dans les cuisines. La campagne, « À bas les BACTéries<sup>mc</sup> - Protégez vos aliments des bactéries », vise à placer le consommateur sur la dernière ligne de défense contre les bactéries nocives contenues dans les aliments. Son but initial est d'inculquer aux consommateurs quatre principes clés de la salubrité des aliments :

Les maladies microbiennes d'origine alimentaire, communément appelées intoxications alimentaires, représentent la plus importante catégorie de maladies infectieuses nouvelles au Canada. La recherche montre que la mauvaise manipulation des aliments à la maison cause une proportion considérable des maladies d'origine alimentaire. Pourtant les consommateurs souvent ne savent pas ce qu'ils peuvent faire pour se protéger des bactéries pouvant contaminer les aliments ou sont mal renseignés à ce sujet.

- Nettoyez : lavez-vous les mains et nettoyez les surfaces souvent;
- Séparez : pour éviter la contamination croisée;
- Cuisez : faites cuire les aliments à la température requise et refroidissez-les;
- Réfrigérez rapidement.



Cette information est diffusée par les unités de santé publique, dans le cadre de messages d'intérêt public à la radio et à la télévision, et sous forme de dépliants et d'affiches dans les supermarchés, les foires alimentaires et les expositions commerciales, les centres communautaires, les foyers pour personnes âgées et les écoles.

### **Promotion de la santé de la population**

Il est de plus en plus évident que l'état de santé des individus, des familles et des collectivités est grandement influencé par des déterminants sociaux, économiques et comportementaux. Des facteurs comme le niveau de revenu, la scolarité, la nutrition, le tabagisme, l'activité physique et le soutien familial déterminent les dénouements sur le plan de la santé

longtemps avant que les Canadiens ne doivent avoir recours aux services de santé. Par la promotion de la santé de la population, le Ministère et ses nombreux partenaires interviennent pour s'attaquer aux principaux déterminants de la santé – de la première enfance jusqu'au vieil âge – et aider les gens à vivre plus vieux, à être en meilleure santé et à mener une vie plus productive, tout en encourageant une utilisation plus appropriée du système de soins de santé. Au cours de l'exercice, le Ministère :

- a intensifié la sensibilisation afin de réduire les décès attribuables à des maladies non transmissibles comme le cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle et le diabète, par des lignes directrices de pratique clinique, des initiatives de formation des professionnels et des activités d'éducation du public;
- a renforcé la capacité d'action communautaire par rapport aux déterminants de la santé en appuyant environ 350 projets d'une durée limitée soutenus par des organismes bénévoles, sans but lucratif et non gouvernementaux dans le cadre du Fonds pour la santé de la population;
- est intervenu en faveur du développement de la première enfance par des programmes axés sur les besoins en matière de développement social des femmes enceintes et des enfants (0 à 6 ans) qui vivent dans des conditions de risque caractérisées par la pauvreté, la piètre qualité de l'alimentation, la négligence ou les mauvais traitements;
- a intensifié la sensibilisation à l'égard des personnes âgées et du vieillissement au cours de l'Année internationale des personnes âgées par d'importants investissements dans des projets nationaux et régionaux;
- a travaillé avec les provinces et les territoires pour établir des objectifs nationaux en ce qui concerne notamment le coût abordable des services de santé et la réduction des maladies évitables;
- a défini une approche intégrée de prévention et de contrôle du cancer du sein de concert avec les provinces, les territoires, les organismes de lutte contre le cancer, les principaux intéressés et les femmes;
- a publié le *Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine* et a terminé la première année d'une étude de base de cinq ans pour déterminer les niveaux d'activité physique des Canadiens.





## **Santé des Autochtones**

Le gouvernement du Canada est en train de bâtir une nouvelle relation avec les peuples autochtones qui s'étend aux questions de santé. Le transfert aux Premières nations et aux Inuits de l'autorité de gérer et de fournir les services de santé ainsi que la participation à des innovations qui ont pour thème l'amélioration des services sont d'importantes mesures. Elles pourraient se traduire à long terme par l'amélioration de la santé de gens dont la vie est plus courte que celle des autres Canadiens, en général, et qui sont en moins bonne santé qu'eux. Au cours de l'exercice, le Ministère :

- a transféré le volet bourses et bourses d'études du Programme de carrières de la santé pour Indiens et Inuits à la Fondation nationale des réalisations autochtones, et ce pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 1998 au 1<sup>er</sup> septembre 2000. Cette opération s'inscrit dans le droit fil de la ligne de conduite du Ministère, qui consiste à transférer le contrôle et la propriété des programmes et des services de santé aux Premières nations et aux Inuits eux-mêmes;
- a étendu le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones aux enfants des Premières nations et leurs familles dans les réserves. Le financement de l'extension du programme a été fixé à 100 millions de dollars sur une période de quatre ans, et à 25 millions de dollars par année ensuite. Le Ministère collaborera avec les Premières nations pour définir un processus de financement destiné à faire en sorte que le plus grand nombre possible de communautés et d'enfants profitent du programme, sans nuire à son intégrité;
- a annoncé le Projet de recherche national de 2 millions de dollars en télésanté pour les communautés des Premières nations. Ce projet permettra de mettre à l'essai la technologie de la télésanté pour améliorer et étendre la gamme de services de santé mis à la disposition des communautés des Premières nations;
- a entrepris des consultations avec les organisations nationales des Premières nations au sujet de la création de l'Institut de la santé autochtone;
- a annoncé le financement, dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé, de deux projets d'envergure nationale en matière de soins à domicile pour les Premières nations et les Inuits. Le premier projet est mené dans cinq centres des Premières nations, regroupant huit communautés, et vise à créer des modèles de soins à domicile et à mettre à l'essai des options pour mieux intégrer et coordonner les services fournis par les divers paliers de gouvernement. Le second projet se déroule dans une communauté



inuite et trois communautés des Premières nations, et a pour but de déterminer le type et le niveau de l'aide nécessaire dans la communauté et à domicile par rapport au diabète, et de mettre au point des modèles axés sur les soins, le traitement et l'éducation qui amélioreront la qualité de la prise en charge du diabète.

### **Soutien et renouvellement du système de santé**

Le système de santé national du Canada est le programme social auquel la société tient le plus, et l'un de ceux qui font intrinsèquement partie de notre identité en tant que nation. Toutefois, le rythme et l'ampleur des réformes du système de santé pendant toutes les années 90 ont suscité des inquiétudes chez les Canadiens au sujet de l'accessibilité et de la qualité en baisse des soins de santé. Qui plus est, une majorité de Canadiens a dit croire que le système continuerait de se dégrader au cours des cinq prochaines années, et elle a clairement indiqué que les soins de santé devraient être une priorité absolue.

En 1998-1999, le Ministère a défini des options stratégiques en vue d'importants investissements fédéraux qui non seulement aideraient les provinces et les territoires à alléger des pressions immédiates, mais qui permettraient de jeter les bases d'un système durable et moderne à long terme. D'importants progrès ont également été accomplis pour établir une plate-forme et déterminer les principales priorités en ce qui concerne le rôle directeur fédéral et la collaboration avec les provinces, les territoires et les autres partenaires. En particulier, au cours de l'exercice :

- la collaboration avec le ministère des Finances et les autres organismes centraux a débouché sur ce qui devait être connu sous le nom de budget de la santé de 1999. Les investissements annoncés dans le budget incluaient 11,5 milliards de dollars sous forme de transferts aux provinces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Dans une lettre au Premier Ministre, tous ses homologues provinciaux et territoriaux se sont engagés à consacrer ces transferts exclusivement à l'amélioration des soins de santé;
- le budget de 1999 prévoyait également 1,4 milliard de dollars pour des travaux avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires nationaux dans un certain nombre de secteurs, par exemple l'information et la responsabilisation, et la santé rurale et communautaire;
- le 4 février 1999, le Premier ministre et ses homologues des provinces et des territoires (sauf celui du Québec) ont signé l'historique Entente-cadre sur l'union sociale, par laquelle les gouvernements s'engageaient à faire preuve de plus de transparence



et à être davantage comptables à l'égard des électeurs en matière de politiques et de programmes sociaux, et à établir des mécanismes efficaces pour permettre aux Canadiens de participer à la détermination des priorités sociales et à l'obtention de résultats;

- en 1998-1999, le Ministre a annoncé le financement de projets, dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé, qui donneraient suite à quatre priorités dont avaient convenu les ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux de la Santé : soins primaires, soins à domicile, assurance-médicaments, et prestation intégrée des services;
- en septembre 1998, les ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux de la Santé se sont entendus sur des priorités clés choisies auxquelles ils s'attaqueraient ensemble pour renforcer le système de santé et améliorer la santé globale des Canadiens.

### **Politiques, planification et information en matière de santé**

Santé Canada s'est lancé dans une entreprise structurale en établissant la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAG) pour améliorer la production et l'utilisation d'information et de recherches en matière de santé, et renforcer les bases analytiques du Ministère. Ce dernier améliore ainsi sa base pour la prise de décision; l'élaboration d'un cadre stratégique pour la politique, la planification et l'information en matière de santé; l'utilisation imaginative de l'information dans le secteur de la santé; et, de concert avec d'autres partenaires, le rôle consultatif qu'il joue en ce qui a trait à la gestion et à la technologie de l'information. Au cours de l'exercice, le Ministère :

- a publié le rapport du Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé, *Inforoute santé du Canada : Vers une meilleure santé*. Le Conseil a fait 39 recommandations touchant l'information en matière de santé pour le grand public, la télésanté, la garantie d'accès, les mécanismes législatifs devant protéger les renseignements personnels, et une infrastructure de la santé autochtone. Une réponse à ce rapport est attendue à l'automne 1999;
- a financé 36 projets dans le cadre du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé, qui ont pour but d'améliorer la prestation des services de santé et d'augmenter l'accès au système de santé pour tous les Canadiens, où qu'ils vivent au Canada;
- a élaboré la Stratégie pour la santé des femmes, afin de faire en sorte que le système de santé soit mieux adapté aux problèmes et aux besoins des femmes en matière de santé, par exemple en évaluant les politiques et les programmes fédéraux pour en déterminer l'impact potentiel sur la santé des femmes;



- a remis 95 millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé afin qu'il dirige un effort pancanadien intégré, qui s'inscrira dans le Carnet de route de l'information sur la santé, pour améliorer la collecte de données et l'échange d'informations. Des rapports publics seront produits sur la santé des Canadiens, ainsi que sur l'efficacité, l'efficacités et l'adaptation aux besoins du système de santé canadien, ce qui fera des Canadiens des partenaires plus avertis dans ce système;
- a continué d'appuyer les initiatives touchant l'infrastructure de la santé au Canada (Système d'information sur la santé des Premières nations, Système national de surveillance de la santé, et Réseau canadien de la santé), y compris détermination de la portée, structure d'autorité, stratégie de consultation et de partenariat, et autres importants aspects comme la protection des renseignements personnels, la sécurité, la responsabilité et la propriété intellectuelle;
- a lancé la Promotion de la santé en direct, site Web interactif  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/health-promotion-sante/> >  
créé pour mettre l'information la plus à jour à la disposition des professionnels de la santé et du grand public. Cette information porte entre autres la nutrition, l'activité physique, le sida, les maladies du coeur, la réduction du tabagisme, les drogues et la toxicomanie, et les questions touchant les enfants.





## SECTION II : VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE

---

### **Mission**

---

Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

### **Mandat, rôles et responsabilités**

---

Les Canadiens et les Canadiennes attachent énormément d'importance à leur santé et à celle de leurs familles. Une bonne santé constitue un élément fondamental de la qualité de vie des Canadiens et des Canadiennes et des collectivités dans lesquelles ils vivent. Une bonne santé, cependant, constitue plus que la simple absence de maladie. Une vie saine est une vie de bien-être physique, mental et spirituel. Il s'agit d'une ressource pour la vie de tous les jours. Au niveau de la population, une bonne santé contribue de façon incommensurable au bien-être social et à la productivité économique.

Il est maintenant largement reconnu qu'une approche intégrée en matière de santé est essentielle à la santé des individus et des collectivités. Cette approche comprend quatre éléments de base interreliés :

- la protection de la santé qui prévient ou réduit l'incidence de la maladie et des blessures par une action réglementaire directe ou par d'autres mesures en vue de gérer les risques pour la santé sur lesquels les particuliers, à eux seuls, ont peu ou point de contrôle;
- la promotion de la santé qui permet de fournir aux particuliers, aux groupes, aux collectivités et à la population générale l'information et les outils (ou l'accès à ceux-ci) leur permettant de prendre eux-mêmes des mesures pour prévenir la maladie et les blessures;
- le traitement et les soins qui permettent d'éliminer les problèmes de santé ou de prévoir un traitement et des soins curatifs en cas de maladie ou de blessure;



- une infostructure intégrée qui vient appuyer les trois premiers éléments en permettant la production, l'organisation et la diffusion d'information et de connaissances pertinentes pour l'établissement de politiques et de programmes en matière de santé et la prise de décisions d'ordre médical.

S'il est vrai que Santé Canada fait partie intégrante de ces quatre éléments, la prestation des services est une responsabilité complexe recoupant plusieurs secteurs de compétence. Sa réussite repose sur la collaboration et la coordination parmi de nombreux partenaires et intervenants : les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; les organisations des Premières nations et les organisations inuites; le secteur bénévole et le secteur communautaire; les professionnels de la santé; le secteur privé; et, en bout de ligne, chacun des Canadiens et des Canadiennes. La mission de Santé Canada — aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé — constitue l'élément central du rôle fédéral dans le domaine de la santé et de la nature concertée de la prestation des services de santé au Canada.

Le mandat législatif de Santé Canada est énoncé dans la Loi sur le ministère de la Santé et dans quelque 19 autres textes législatifs. Ensemble, ils décrivent le rôle que doit jouer le Ministère pour assurer un leadership, une collaboration et une coordination à l'échelle nationale en ce qui concerne les politiques et les règlements en matière de santé, la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé, l'information et les connaissances sur la santé, et la santé des Premières nations et des Inuits; ainsi que dans la prestation des services de santé. Les responsabilités du Ministère comprennent des secteurs comme ceux qui suivent :

- la sécurité des produits — les aliments, l'eau, les médicaments, les matériels médicaux et les dispositifs émettant des radiations, les produits de lutte antiparasitaire et les produits de consommation;
- le contrôle de la vente et de la publicité des produits du tabac;
- le contrôle de la vente et de l'utilisation de stupéfiants;
- la protection contre les dangers associés à l'environnement et au milieu de travail, y compris la santé et la sécurité au travail des fonctionnaires fédéraux;
- l'appui des activités reliées aux catastrophes et au secours d'urgence;
- l'application des mesures de quarantaine;
- la fourniture de services médicaux aux dignitaires de passage;
- la prestation de services de santé aux Premières nations et aux Inuits;
- la promotion d'habitudes de vie et de comportements sains;
- l'analyse, la production, le partage et l'utilisation d'information et de connaissances sur la santé de façon stratégique.



## **Milieu de fonctionnement**

Selon de nombreuses évaluations, la population canadienne compte déjà parmi les populations les plus en santé au monde, et l'état de santé global s'améliore. Les décès survenant au cours de la première année de vie ont diminué de 82 % depuis les années 50. De nos jours, moins d'adultes meurent de maladies cardio-vasculaires et d'accidents. L'espérance de vie a atteint 81 ans pour les femmes et 75 ans pour les hommes, et les Canadiens et les Canadiennes peuvent espérer vivre 90 % de ce temps sans être atteints de problèmes de santé invalidants.

La restructuration de soins de santé ainsi que les compressions des budgets de la santé au cours des dernières années ont, toutefois, créé un climat d'anxiété pour les Canadiens et les Canadiennes. Nombre d'entre eux n'ont guère confiance que les services seront là quand ils en auront besoin.

C'est donc dire que le rétablissement de la confiance des Canadiens et des Canadiennes dans le système de soins de santé constitue la plus importante question de politique gouvernementale au Canada.

Pour ce faire, il ne suffit pas de dépenser de plus fortes sommes. Il faut arriver à mieux comprendre les forces agissant sur la santé et sur les soins de santé de sorte à pouvoir dépenser judicieusement les ressources, d'une façon qui répondra aux besoins des Canadiens et des Canadiennes, qui rehaussera les valeurs qui ont amené la population canadienne à créer l'assurance-maladie et qui assurera la viabilité future des soins de santé.

## **Facteurs de changement**

À cet égard, trois tendances qui se dessinent au Canada comportent d'importantes incidences pour la santé et pour les soins de santé :

### **1) Les sciences et la technologie de la santé évoluent rapidement.**

La dernière moitié du vingtième siècle a connu une explosion sans précédent de savoir scientifique — et de façons de protéger et d'améliorer la santé humaine. Il existe une multitude de nouveaux matériels pour évaluer la santé, des centaines de nouvelles techniques pour diagnostiquer et traiter les maladies, et des milliers de médicaments nouveaux.

Par le passé, les Canadiens et les Canadiennes ont amélioré leur santé et renforcé la productivité du Canada en investissant dans la recherche sur la santé. L'application de connaissances plus poussées dans des domaines comme l'immunisation, la nutrition et les soins néonataux a permis d'accroître la longévité de façon phénoménale et d'améliorer énormément le bien-être de chacun des Canadiens et des Canadiennes.



À l'avenir, les percées de la biotechnologie et de la recherche se traduiront par des découvertes encore plus spectaculaires : les thérapies géniques, les nouveaux vaccins, et les médicaments qui viennent remplacer la nécessité d'avoir recours à une intervention chirurgicale.

## **2) La société canadienne vieillit.**

La génération des "baby boomers" commence à peine à avoir 50 ans. Les Canadiens et les Canadiennes de plus de 65 ans représentent 12 % de la population d'aujourd'hui. D'ici l'an 2030, ce groupe représentera plus de 22 % de la population. Cette situation suppose des ramifications énormes pour le système de santé.

Au fur et à mesure que les gens vieillissent, ils ont besoin de plus de soins de santé - les 12 % de la population qui ont plus de 65 ans aujourd'hui représentent 39 % des coûts des soins de santé du Canada. Le coût des soins de santé prodigués à la personne moyenne de 70 ans est de six fois plus élevé que le coût des soins assurés à la personne moyenne de 40 ans. Par ailleurs, en raison de l'évolution démographique, il restera relativement moins de Canadiens et de Canadiennes ayant l'âge de travailler pour supporter les coûts accrus.

Il existe de nouvelles options en matière de soins de santé pour les Canadiens et les Canadiennes plus âgés, dont le remplacement d'une articulation et les thérapies géniques, qui peuvent améliorer la qualité de vie. La disponibilité de ces options fera augmenter la demande de services qui n'existaient tout simplement pas auparavant - de même que la demande de preuves, fondées sur de la recherche, que de tels nouveaux traitements sont efficaces.

## **3) Les attentes des Canadiens et des Canadiennes augmentent.**

Dans une société infoculturelle, les Canadiens et les Canadiennes ont accès à un nombre plus important que jamais de renseignements sur la santé et sur les soins de santé - dans les revues, les journaux, les émissions télévisées, et sur l'Internet. Grâce à l'Internet, par exemple, les gens sont de plus en plus en mesure de faire des recherches approfondies sur les questions de santé qui les intéressent, de se fier aux renseignements qu'ils trouvent et de demeurer à l'affût des problèmes de santé et des solutions possibles.

Bien renseignés sur les innovations impressionnantes de la science et de la technologie et bien au courant de la nécessité de pouvoir avoir accès à des services de santé et fur et à mesure qu'ils vieillissent, les Canadiens et les Canadiennes exigent davantage du système de santé. Ils veulent participer encore davantage aux décisions touchant leur santé. Ils veulent être renseignés sur la médecine douce. Ils veulent avoir accès aux meilleures technologies et procédures possibles. Ils veulent des preuves quant à l'efficacité de traitements bien précis. Et ils veulent pouvoir faire des choix quant à leur santé et aux soins de santé.

Les Premières nations et les Inuits exigent aussi de participer davantage aux décisions touchant leur santé. Ils estiment que l'élaboration d'un système de santé des Premières nations et des Inuits qui est viable et bien intégré





constitue un élément clé, l'objectif ultime étant l'autonomie et la prise en charge des programmes de santé et des ressources s'y rattachant par les Premières nations et les Inuits.

## Développement durable

La notion de développement durable évolue : les idées au sujet de ce qui permet aux populations humaines d'être en santé changent. Au cours des deux dernières décennies, on est de plus en plus conscient des déterminants (ou facteurs) interdépendants qui contribuent à la santé des populations. On reconnaît maintenant que ces facteurs incluent le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau de scolarité, l'emploi et les conditions de travail, les milieux physiques et sociaux, les habitudes de santé personnelles et les capacités d'adaptation, le développement sain de l'enfant, la biologie et le patrimoine génétique, les services de santé, le sexe et la culture.

En tant que ministère fédéral, Santé Canada exerce une influence directe sur les conditions sociales et culturelles, économiques et environnementales au Canada par l'exécution de ses politiques, programmes et responsabilités réglementaires. Afin de favoriser l'avènement d'une société en meilleure santé où le bien-être de l'homme et la qualité de l'écosystème sont améliorés, le Ministère s'efforce de considérer et d'intégrer plus pleinement les sphères économiques, sociales et environnementales dans son processus décisionnel.

Le développement durable est un processus pratique qui suppose des responsabilités éthiques et légales qui façonnent la prise de décision dans tout le Ministère. Le développement durable, c'est une question de qualité de vie. Santé Canada est en train de mettre en oeuvre sa Stratégie de développement durable de 1997, préparée en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* (révisée en 1995). En 1998, le Ministère a révisé ses objectifs en réponse à la recommandation du Commissaire à l'environnement et au développement durable, et les a rendus plus quantifiables. Ces objectifs, affichés dans les pages Web du Ministère

< [http://www.hc-sc.gc.ca.susdevdur/health\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca.susdevdur/health_f.htm) > ,

s'articulent autour de quatre thèmes stratégiques :

- **Promouvoir et améliorer la santé de la population** : possibilités de contribuer au développement durable par une approche axée sur la santé des populations et notre intention d'explorer plus à fond les liens entre la santé de la population et le développement durable, ainsi que de favoriser le développement sain des enfants et des jeunes;
- **Déterminer et réduire les risques pour la santé qui sont attribuables à l'environnement** : possibilités de s'attaquer aux risques pour la santé qui sont d'origine environnementale (substances toxiques dans l'environnement, effets sur la santé bio-régionaux, et maladies environnementales) et alimentaire;



- **Renforcer les partenariats sur la santé, l'environnement et le développement durable** : possibilités de collaboration avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les communautés et organismes des Premières Nations et des Inuits, ainsi qu'avec les professionnels de la santé, les groupes de pression en matière de santé, les consommateurs et les chercheurs;
- **Intégrer le concept de développement durable à la prise de décision et aux activités du Ministère** : possibilités pour le Ministère de devenir plus sensible au développement durable en établissant clairement les responsabilités et l'imputabilité en matière de développement durable, et en rendant plus respectueuses pour l'environnement les opérations dans ses laboratoires, établissements de soins de santé, entrepôts et bureaux.

Notre intention à Santé Canada est d'intégrer la philosophie du développement durable dans l'élaboration de toutes les politiques et de tous les programmes, ainsi que dans la planification, la dotation en personnel, la formation, la détermination des risques, les évaluations réglementaires, les activités en partenariat, la consultation publique, etc. Intégrer la philosophie du développement durable dans tous ce que nous faisons exigera l'examen continu des processus et des outils que nous avons et de ceux dont nous avons besoin.



## **Descriptions des secteurs d'activité**

### **Gestion des risques en matière de santé**

#### **Objectif**

Améliorer la surveillance de la santé et la capacité de prévoir et de prévenir les risques que présentent les maladies, les aliments, l'eau, les médicaments, les instruments médicaux, les produits antiparasitaires les dangers présents dans l'environnement, les biens de consommation et les déterminants fondamentaux de la santé (comportement individuel, famille, conditions sociales et économiques), et d'intervenir au besoin.

#### **Contexte**

Le secteur d'activité Gestion des risques en matière de santé (GRS) protège les Canadiens contre les dangers pour la santé et l'environnement. Il permet à Santé Canada de jouer un rôle unique pour assurer la sécurité des Canadiens. Ses activités englobent :

- l'examen des présentations de nouveaux aliments, médicaments et matériels médicaux;
- la surveillance des maladies; la surveillance et le contrôle de produits potentiellement dangereux;
- la surveillance et la prise en charge des risques dans l'environnement et le milieu de travail; l'inspection et l'application de la réglementation des aliments, des médicaments, des matériels médicaux et des autres produits thérapeutiques, des produits de consommation et des produits commerciaux, des cosmétiques, et des dispositifs émettant des radiations; le contrôle et la réglementation de l'étiquetage et de la promotion du tabac, et la production des rapports pertinents;
- la préparation de codes nationaux de radioprotection; les services de quarantaine; la préparation et l'intervention en cas d'urgence;
- la gestion des risques en matière de santé et l'environnement posés par les produits antiparasitaires;
- l'administration du Secrétariat canadien du sang.

La Gestion des risques en matière de santé comprend les secteurs de service suivants :

- Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments
- Réglementation des produits thérapeutiques
- Hygiène du milieu
- Prévention et contrôle des maladies
- Agence d'hygiène et de sécurité au travail



- Services d'urgence
- Lutte antiparasitaire
- Secrétariat canadien du sang

## **Promotion de la santé de la population**

### **Objectif**

Promouvoir la santé de la population en agissant sur les déterminants sociaux et comportementaux de la santé.

### **Contexte**

Santé Canada a adopté une approche axée sur la santé de la population pour préserver et améliorer la santé des Canadiens. Cette approche reconnaît que de nombreux facteurs, en plus du système de santé, influent de façon déterminante sur la santé des individus et des groupes démographiques. Elle encourage la prévention de la maladie et l'action individuelle et sociale, et cible une gamme de facteurs et la façon dont ils interagissent pour déterminer la santé et le bien-être des Canadiens. Le plan d'ensemble de cette approche s'articule autour de trois étapes de la vie : l'enfance et la jeunesse; le début de la vie adulte jusqu'à l'âge mûr, et le vieil âge. Selon cette approche qui englobe tout le cycle de vie, Santé Canada peut agir sur la vaste gamme de déterminants de la santé, ainsi que sur les questions prioritaires auxquelles les Canadiens s'attendent à ce que leur gouvernement s'attaque (p. ex. abus d'alcool et de drogues, VIH/sida, cancer et maladies du coeur).

## **Santé des Autochtones**

### **Objectif**

Aider les Autochtones et leurs communautés à s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne, et garantir la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les membres inscrits des Premières nations et les Inuits.

### **Contexte**

D'importantes inégalités subsistent en matière de santé au sein de la population autochtone. Par exemple, les taux de diabète, de tuberculose, de suicide et de tabagisme y sont beaucoup plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne. Selon des recherches, les enfants chez les Premières nations et les Inuits pourraient être plus à risque pour les maladies infectieuses, sont significativement plus jeunes et sont hospitalisés plus longtemps en moyenne, et risquent plus d'être admis aux soins intensifs que les enfants non autochtones. Le taux de naissance chez les Autochtones est deux fois plus élevé que la moyenne canadienne, et la moyenne d'âge est de 10 ans de moins que dans l'ensemble de la population – ces facteurs sont



censés pousser les coûts à la hausse. Les réformes de la santé en cours dans les provinces, les coûts des soins de santé qui augmentent, les facteurs socio-économiques comme le logement inadéquat et le taux d'emploi peu élevé contribuent tous à rendre encore plus précaire une situation financière déjà difficile. L'autonomie gouvernementale et le transfert des services de santé aux Premières nations et aux communautés inuites devraient paver la voie à une meilleure santé chez les Premières nations et les Inuits.

## **Soutien et renouvellement du système de santé**

---

### **Objectif**

Assurer la durabilité d'un système de santé présentant un caractère national appréciable.

### **Contexte**

La préservation et la modernisation du système de santé canadien dans un contexte en perpétuel changement est la principale préoccupation du secteur d'activité Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS). Bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux soient responsables de la prestation des soins de santé, le gouvernement fédéral doit s'assurer que les services médicaux dans tout le Canada respectent les principes et les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé (LCS)*, et susciter un consensus national sur la manière d'alléger les pressions financières sur les secteurs public et privé, de maintenir l'accès universel aux soins de santé appropriés, et de parvenir à un meilleur équilibre entre les soins de santé, la prévention de la maladie, et la protection et la promotion de la santé.

## **Politiques, planification et information en matière de santé**

---

### **Objectif**

Favoriser à Santé Canada un processus décisionnel stratégique fondé sur des données probantes et promouvoir l'application d'un processus semblable au sein du système de santé canadien et de la population canadienne.

### **Contexte**

Le secteur d'activité Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS) joue quatre rôles clés :

- aide à élaborer des programmes, des politiques et des plans stratégiques nationaux de grande envergure;
- aide à favoriser la vaste gamme de recherches nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé du Canada;
- favorise la création et l'application de technologies et de systèmes d'information innovateurs dans le secteur de la santé;
- rend les décideurs de la politique sanitaire comptables de l'efficacité de leurs décisions visant à favoriser une meilleure santé.



Afin d'atteindre ses objectifs, Santé Canada a créé une nouvelle structure en novembre 1998, soit la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC) afin d'améliorer la production et l'utilisation de l'information et de la recherche en matière de santé, et de renforcer les bases analytiques du Ministère. Par l'entremise de la DGIAC, le Ministère améliore le fondement analytique de la prise de décision; élabore un cadre et des politiques stratégiques à long terme qui déterminent, orientent et réorientent la participation du gouvernement à la politique de recherche en santé et à la recherche sur la politique en matière de santé; favorise l'utilisation imaginative de l'autoroute de l'information dans le secteur de la santé; et, en coopération avec les provinces et les territoires, le secteur privé et des partenaires internationaux, fournit conseils, expertise et assistance sur le plan de la gestion et de la technologie de l'information, de la planification et des opérations.

## **Services ministériels**

### **Objectif**

Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada par la prestation de services administratifs et de conseils ou de directives aux cadres supérieurs, en vue de l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

### **Contexte**

Les Services ministériels fournissent une gamme complète de services administratifs dans tout le Ministère :

- planification financière, systèmes et administration;
- planification des ressources humaines, développement et opérations;
- gestion de l'information, y compris technologie de l'information;
- gestion des biens, y compris acquisition de biens et services;
- santé au travail, sûreté et sécurité;
- correspondance du Ministre et du Sous-ministre.

En plus, les Services ministériels appuient la gestion globale des ressources du Ministère :

- en guidant et en conseillant sur le plan fonctionnel les gestionnaires de programme;
- en intégrant les options, les évaluations, les plans et les rapports en matière de ressources;
- en encourageant des méthodes de contrôle modernes;
- en entreprenant des vérifications internes.



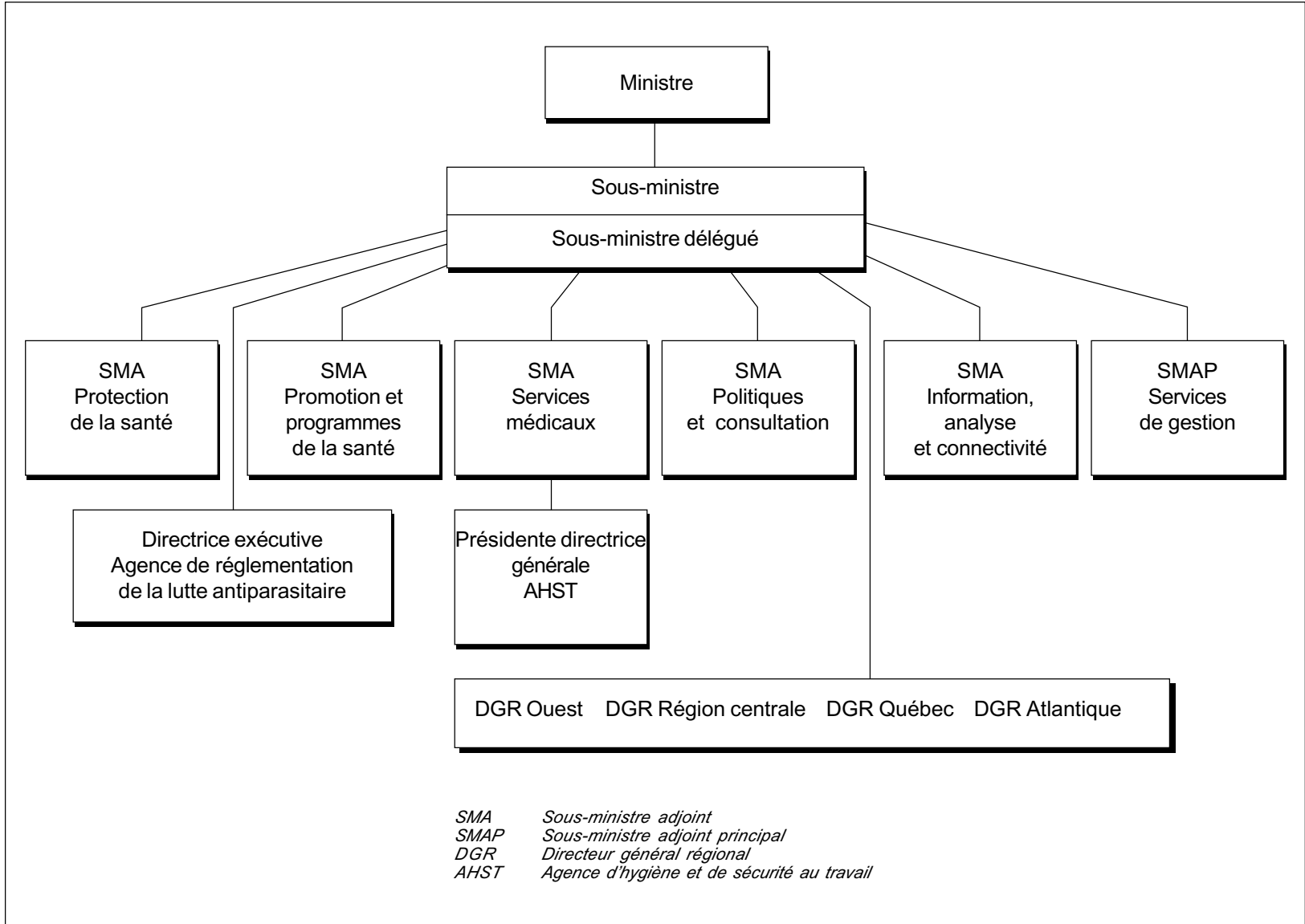
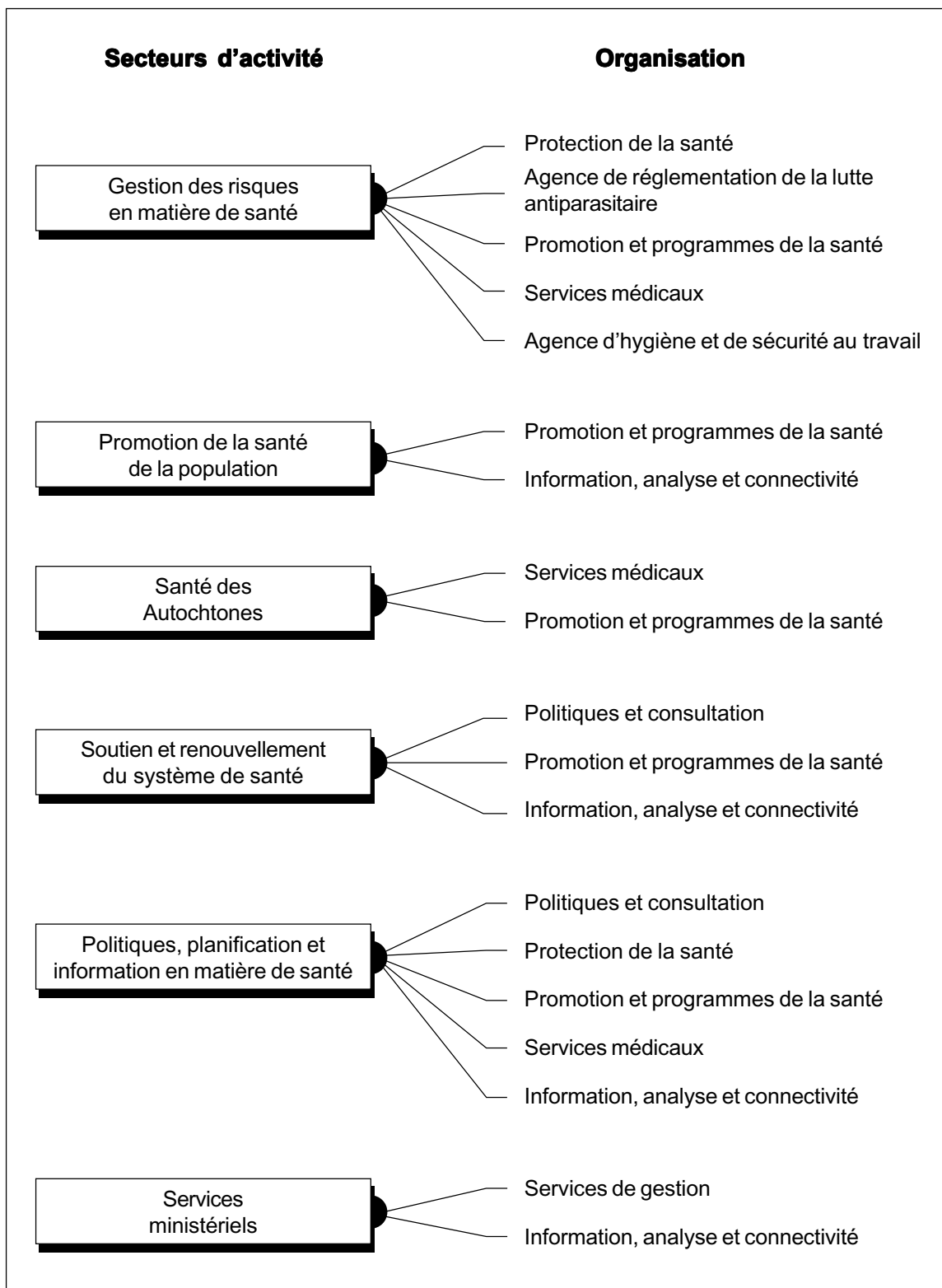


Figure 1 : Structure organisationnelle

**Figure 2 : Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle**







# SECTION III : RENDEMENT DU MINISTÈRE

---

## A. Attentes en matière de rendement

---

Suivent certains des buts du Ministère tirés de la section Secteurs d'activité du Rapport de 1998-1999 sur les plans et priorités :

### Gestion des risques en matière de santé

- améliorer les cadres de gestion des risques et, à cette fin, élaborer des lignes directrices, des politiques et des programmes à jour, prenant en considération les questions et les données récentes et intégrer un processus de prise de décisions auquel le public est associé;
- transformer certains services de Santé Canada en organismes de service spécial (OSS), et établir des partenariats, touchant ou non la réglementation, à l'échelle nationale et internationale, afin d'harmoniser et d'améliorer les opérations;
- moderniser le cadre réglementaire dans le domaine de la gestion des risques;
- améliorer les systèmes de surveillance de la santé;
- améliorer ses propres activités scientifiques de base dans les domaines de la réglementation, de la recherche et de la santé publique, en misant sur la participation du public et le concours de conseillers indépendants.



24

### Promotion de la santé de la population

- élaborer un modèle de la santé de la population et en obtenir l'acceptation au moyen d'activités de recherche, de consultation et de surveillance et prendre des mesures pour améliorer la responsabilité;
- partager les résultats des meilleures pratiques du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), concevoir des modèles/programmes pour aider les parents à s'acquitter de leur rôle de dispensateurs de soins, et tenir des ateliers nationaux de formation pour les travailleurs du PACE;

- appuyer les interventions visant à prévenir et à contrôler les principales maladies non transmissibles et les décès (p. ex. maladie cardio-vasculaire, diabète, certains cancers);
- concevoir et diffuser un cadre d'action sur la prévention des blessures chez les personnes âgées, ainsi que d'autres documents sur le mode de vie sain et la prévention des blessures et des maladies;
- mener des recherches sur les répercussions sur la santé de la violence envers les femmes et diffuser de l'information sur les initiatives fédérales par l'entremise du Centre national d'information sur la violence dans la famille.

### **Santé des Autochtones**

- mettre en place, de concert avec les autres directions générales de Santé Canada, un processus interne de gestion qui guidera et appuiera les négociations relatives à l'autonomie gouvernementale en ce qui concerne les services de santé;
- offrir des conseils et de l'aide aux régions de la DGSM et aux communautés inuites et des Premières nations désireuses de gérer elles-mêmes leurs services de santé;
- transférer les services des deuxième, troisième et quatrième niveaux et l'administration des immobilisations, à un rythme qui sera déterminé par les Premières nations, sous réserve de l'obtention des autorisations requises;
- accélérer l'utilisation des systèmes automatisés afin d'accroître l'efficacité;
- favoriser le recours d'un dispensateur universel pour les demandes à un point de service chargé du règlement en temps réel;
- achever la planification de l'évaluation de santé pour les services hospitaliers et négocier une entente de service avec un nouvel hôpital à Moose Factory.

### **Soutien et renouvellement du système de santé**

- travailler avec les provinces à l'élaboration d'un protocole visant à une interprétation plus ouverte de la *Loi canadienne sur la santé*;
- explorer, en collaboration avec les provinces et les territoires et grâce aux ressources fournies par le Fonds pour l'adaptation des services de santé, les approches innovatrices (y compris l'utilisation de systèmes d'information) visant à réduire les coûts des soins de santé;
- formuler une perspective nationale pour régler les problèmes posés par le renouvellement de l'assurance-maladie, comme les listes d'attente, les directives cliniques et les ressources professionnelles en matière santé.



## **Politiques, planification et information en matière de santé**

- appuyer le financement de recherches ou de projets et d'activités connexes par l'entremise du Fonds pour la recherche en services de santé, le projet d'un institut de la santé de la population ou par le biais du Programme national de recherche et de développement en matière de santé;
- surveiller l'évolution de la santé publique, au moyen des réseaux nationaux de surveillance sur le cancer, les comportements à risque chez les jeunes, la santé périnatale, les mauvais traitements et la négligence envers les enfants, le diabète, l'asthme et les maladies cardio-vasculaires;
- améliorer le processus d'élaboration des politiques et de planification.

## **Services ministériels**

- renforcer l'appui courant apporté à l'effectif du Ministère, notamment le soutien continu aux employés touchés par le changement, les diverses initiatives visant à revitaliser la fonction publique et à garantir la présence constante de personnel qualifié (collectivement appelé « la Relève ») et accroître l'embauche des membres des minorités visibles dans certains groupes professionnels et dans les rangs de la gestion;
- améliorer la capacité du Ministère de gérer ses ressources financières, notamment appliquer, dans l'ensemble de la fonction publique, la Stratégie d'information financière à l'appui des initiatives de recouvrement des coûts et, à cette fin, améliorer ses processus et ses systèmes financiers et résoudre les problèmes posés aux systèmes existants par l'arrivée de l'an 2000;
- utiliser efficacement les technologies de l'information, notamment introduire du matériel, des logiciels et des services de soutien additionnels qui permettront de protéger les communications électroniques, de dispenser de façon efficiente les services ministériels au moyen des réseaux électroniques et d'améliorer la gestion de ses dossiers électroniques et autres;
- veiller à la conformité aux exigences du passage à l'an 2000 de toutes les installations, y compris les laboratoires;
- établir une base de données sur la conformité aux exigences du passage à l'an 2000 des vendeurs d'instruments à la réglementation.



## B. Tableau des principaux engagements en matière de résultats

Pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes :	Qui se manifeste par :	Réalisation signalée dans :
<p><b>Gestion des risques en matière de santé</b></p> <p>Mécanisme de surveillance de la santé permettant de prévoir et de prévenir les risques pour la santé que présentent les maladies, les aliments, l'eau, les médicaments, les produits antiparasitaires, les matériels médicaux, les dangers présents dans l'environnement et au travail, les biens de consommation et d'autres déterminants socio-économiques de la santé, et d'y répondre.</p>	<p>1.1 Réduction des maladies, des traumatismes et des décès attribuables à des risques connus.</p>	<p>p.31 (1.1), p.36 (1.A.1), p.42 (1.C.1), p.46 (1.D.1), p.56 (1.G.1), p.61 (1.H.1)</p>
	<p>1.2 Acquisition d'une meilleure connaissance scientifique des risques et des avantages pour la santé humaine et l'environnement qui tiennent compte des besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de soins de santé.</p>	<p>p.33 (1.5), p.37 (1.A.2), p.39 (1.B.3), p.44 (1.C.4)</p>
	<p>1.3 Une population bien informée des risques et des avantages particuliers pour sa santé.</p>	<p>p.33 (1.4), p.37 (1.A.3), p.42 (1.C.1), p.44 (1.C.3), p.48 (1.D.4)</p>
	<p>1.4 Des politiques, des lois, des règlements et des normes modernes qui permettent de faire face aux risques et aux avantages pour la santé humaine et l'environnement, et prennent en considération la mondialisation, l'économie et le développement durable et qui sont harmonisés, si besoin est, avec les homologues étrangers.</p>	<p>p.32 (1.3), p.36 (1.A.1), p.39 (1.B.2), p.39 (1.B.3), p.42 (1.C.1), p.43 (1.C.2), p.47 (1.D.3), p.57 (1.G.2), p.62 (1.H.2)</p>
	<p>1.5 Des consultations accrues avec le public et les divers intervenants.</p>	<p>p.31 (1.1), p.31 (1.2), p.37 (1.A.2), p.38 (1.B.1), p.43 (1.C.2), p.47 (1.D.2), p.57 (1.G.2)</p>
	<p>1.6 Des programmes qui utilisent la biotechnologie au profit de la santé publique.</p>	



## Tableau des principaux engagements en matière de résultats (suite)

Pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes :	Qui se manifeste par :	Réalisation signalée dans :
<b>Promotion de la santé de la population</b> Approche de la santé qui prend en considération les déterminants sociaux et comportementaux de la santé et agit sur ces déterminants.	2.1 Un état de santé et des services de santé améliorés grâce à l'habilitation du public, à la participation des consommateurs et à des Canadiens et des Canadiennes mieux informés.	p.65 (2.1)
	2.2 Des initiatives ciblées visant à prévenir la maladie et les traumatismes et à s'occuper d'une population vieillissante.	p.68 (2.2)
	2.3 Le développement optimal de tous les enfants.	p.69 (2.3)
	2.4 Un leadership en ce qui concerne la santé de la population et l'obligation de rendre compte au public.	p.69 (2.4)
<b>Santé des Autochtones</b> Des services et des programmes de santé rentables à l'intention des Autochtones, qui visent à réduire les inégalités sur le plan de la santé en regard des autres Canadiens et Canadiennes et qui sont pris en charge par les communautés des Premières nations et des Inuits et à leur propre rythme.	3.1 Une espérance de vie, une incidence de tuberculose et de maladie cardiovasculaire, et des taux de mortalité infantile, de traumatismes et de suicides davantage comparables à ceux de la population canadienne en général.	p.72,73 (figure 3-4), p.73,74 (figure 5-6)
	3.2 Des données liées à l'habilitation et à l'amélioration des capacités des Premières nations.	p.74 (3.1), p.77 (3.2)
<b>Soutien et renouvellement du système de santé</b> Un réseau de santé viable et durable à caractère essentiellement national.	4.1 Accès à des services de santé conformes aux principes énoncés dans la <i>Loi canadienne sur la santé</i> : universalité, transférabilité, accessibilité, gestion publique et intégralité.	p.81 (4.1)
	4.2 Un système de santé renouvelé et modernisé, en collaboration avec les provinces et les territoires.	p.82 (4.2)
	4.3 L'équilibre amélioré entre les soins, le traitement, la prévention et la promotion, et la rentabilité du système de santé.	p.83 (4.3)



## Tableau des principaux engagements en matière de résultats (suite)

---

Pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes :	Qui se manifeste par :	Réalisation signalée dans :
<b>Politiques, planification et information en matière de santé</b> Un processus décisionnel dans le secteur de la santé basé sur une information fiable et à jour.	5.1 Système national de surveillance et de recherche de l'information sur la santé de première qualité, accessible à tous les Canadiens et les Canadiennes.	p.87 (5.1)

---



## C. Réalisations en matière de rendement par secteur d'activité

### Secteur d'activité 1 : Gestion des risques en matière de santé (GRS)

#### Objectif

Améliorer la surveillance de la santé et la capacité de prévoir et de prévenir les risques que présentent les maladies, les aliments, l'eau, les médicaments, les matériels médicaux et les autres produits thérapeutiques, les produits antiparasitaires, les dangers présents dans l'environnement, les biens de consommation et les déterminants fondamentaux de la santé (comportement individuel, famille, conditions sociales et économiques), et d'intervenir au besoin.

#### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	283,1	319,1	314,6
Recettes attendues	(54,3)	(53,1)	(46,8)
Dépenses nettes	228,8	266,0	267,8*

\* Cette somme représente 13,4 % des dépenses réelles du Ministère.



#### Contexte

Le secteur d'activité Gestion des risques en matière de santé (GRS) protège les Canadiens contre les dangers pour la santé et l'environnement. Il permet à Santé Canada de jouer un rôle unique pour assurer la sécurité des Canadiens. Ses activités englobent :

- l'examen des présentations de nouveaux aliments, médicaments et matériels médicaux;
- la surveillance des maladies; la surveillance et le contrôle de produits potentiellement dangereux;
- la surveillance et la prise en charge des risques dans l'environnement et le milieu de travail; l'inspection et l'application de la réglementation des aliments, des médicaments, des matériels médicaux et des autres produits thérapeutiques, des produits de consommation et des produits commerciaux, des cosmétiques, et des

dispositifs émettant des radiations; le contrôle et la réglementation de l'étiquetage et de la promotion du tabac, et la production des rapports pertinents;

- la préparation de codes nationaux de radioprotection; les services de quarantaine; la préparation et l'intervention en cas d'urgence;
- la gestion des risques pour la santé et l'environnement posés par les produits antiparasitaires;
- l'administration du Secrétariat canadien du sang.

La Gestion des risques en matière de santé comprend les secteurs de service suivants :

- Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments
- Réglementation des produits thérapeutiques
- Hygiène du milieu
- Prévention et contrôle des maladies
- Agence d'hygiène et de sécurité au travail
- Services d'urgence
- Lutte antiparasitaire
- Secrétariat canadien du sang

### **Priorité 1.1**

Améliorer le cadre de gestion des risques.

#### **Réalisations**

- révision du cadre préliminaire de gestion des risques de Santé Canada pour faire en sorte que le Ministère puisse atteindre son but premier, protéger la santé des Canadiens, et s'assurer que les risques pour la santé sont minimisés dans toute la mesure du possible. Bien que le cadre précédent se soit révélé utile, il a fallu le réviser pour tenir compte de l'environnement actuel et des nouvelles approches de la gestion des risques. Le cadre révisé reflète la participation du public et d'intervenants particuliers.



### **Priorité 1.2**

Convertir certains secteurs de Santé Canada en organisme de service spécial (OSS), et établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.



## Réalisations

- poursuite du processus de conversion au recouvrement des coûts total à l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST). Une formule pour la répartition des affectations a été mise au point, et un protocole d'entente a été établi pour clarifier les rôles de l'AHST et des autres ministères par rapport à la prestation de services de l'Agence;
- renforcement des partenariats avec d'autres gouvernements, l'industrie, les professions de la santé et les associations de consommateurs afin de conseiller les dirigeants de programme et les scientifiques qui élaborent la politique pour la réglementation de l'approvisionnement en sang, ainsi que pour intensifier l'échange d'information et la collaboration relativement aux interventions sur le marché au sujet de l'innocuité des produits thérapeutiques vendus au Canada;
- le Prix d'excellence de la Fonction publique a été remis à une équipe de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire qui a utilisé le nouveau processus d'examen mixte mis au point dans le cadre de l'ALENA pour terminer l'homologation du premier produit chimique à risque réduit ayant fait l'objet d'un examen mixte, ce qui a permis d'épargner temps et argent, et qui a donné aux producteurs de fruits canadiens et américains un accès égal au fongicide cyprodinil (Vanguard®), produit plus récent et plus sûr à appliquer sur les pommes;
- recherche collective sur la résistance antimicrobienne avec l'Université de Guelph et collaboration avec les *Centres for Disease Control and Prevention* aux États-Unis relativement à des méthodes de prévention des maladies.

### Priorité 1.3

Moderniser le cadre réglementaire pour la gestion des risques.

#### Réalisations

Publication en juillet 1998 d'un document de travail intitulé *Responsabilités partagées, vision partagée - Renouvellement des dispositions législatives fédérales liées à la protection de la santé* pour améliorer et mettre à jour les lois de protection de la santé (à l'exclusion des domaines déjà à l'étude comme les nouvelles techniques de reproduction, les médicaments brevetés et les produits antiparasitaires). Le but de cet exercice était :

- de renouveler les lois, rédigées il y a des décennies, qui régissent les activités de Santé Canada en matière de protection de la santé;
- de tenir compte des changements dans la société, en médecine, dans les sciences et la technologie, et dans les modes de vie qui ont créé de nouveaux risques pour la santé;
- d'éliminer les brèches possibles dans la protection de la santé des Canadiens du fait que les lois ont été modifiées au cas par cas à mesure que des problèmes survenaient;



- de tenir compte dans les nouvelles lois des progrès accomplis dans notre compréhension de la santé, et des meilleures façons de la promouvoir et de la protéger en travaillant avec des partenaires au sein du gouvernement et dans le secteur privé afin de prendre en charge efficacement les risques pour la santé.

#### **Priorité 1.4**

Améliorer les systèmes de surveillance de la santé au Canada.

##### **Réalisations**

- production d'un document de travail, de concert avec une équipe fédérale-provinciale-territoriale de conception de l'intégration de la surveillance, au sujet d'un réseau national de surveillance de la santé pour le Canada. Les rôles et les responsabilités fonctionnels proposés des principaux partenaires dans la surveillance de la santé au Canada ont été dégagés, et des recommandations ont été faites quant aux processus ou aux mécanismes par lesquels les principaux partenaires pourraient établir, examiner et mettre à jour les priorités pour le réseau national de surveillance. Le but est d'accroître la contribution de la surveillance de la santé à la santé future des Canadiens.

#### **Priorité 1.5**

Améliorer les activités scientifiques de base de Santé Canada sur le plan de la réglementation, de la recherche et de la santé publique en tirant parti de l'apport du public et de conseillers indépendants.

##### **Réalisations**

Afin de donner suite à la priorité ci-dessus, le Ministère a établi les deux conseils consultatifs suivants, qui sont chargés de lui fournir des avis sur la marche à suivre pour renouveler les programmes de protection de la santé :

##### **( a ) Le Conseil consultatif des sciences (CCS)**

- s'est penché sur des questions qui constituent des préoccupations clés pour la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) à l'heure actuelle et qui donne lieu à un important débat public. En 1998, le Conseil a envoyé deux lettres de recommandation au Ministre, en plus de ses six rapports. La première lettre portait sur le sort du laboratoire de primates non humains, et la seconde, sur la création du Programme des aliments sains et nutritifs à la DGPS. Le Conseil a également suivi attentivement l'examen du cadre réglementaire pour les produits de santé naturels, et il a donné son avis sur les orientations proposées;
- a examiné la qualité du travail scientifique à la DGPS, dans le cadre général de l'étude d'autres questions relatives à la « plate-forme scientifique », comme l'examen par les pairs et le rôle d'un agent scientifique en chef. Le Conseil a recommandé que les ressources soient suffisantes pour assurer la meilleure qualité du travail et des gens. Le budget de 1999 a mis l'accent sur les soins de santé, et les crédits de la DGPS ont été considérablement augmentés.



### **( b ) Le Comité chargé de l'examen scientifique des laboratoires (CESL)**

- a préparé un examen critique de toutes les activités menées dans les laboratoires de Santé Canada et a déterminé dans quelle mesure elles avaient réellement rapport au mandat du Ministère. Il a procédé à l'examen des activités des laboratoires dans la région de la Capitale nationale et dans les régions, puis a présenté un rapport intitulé *Conserver la confiance des Canadiens* au comité des sciences de Santé Canada pour qu'il puisse commencer à considérer des plans possibles pour l'application de ses recommandations. Le rapport qui a en résulté a été remis aux scientifiques dans tout le Canada pour qu'ils l'examinent et le commentent, a été examiné au cours d'une série d'ateliers en avril et en mai 1998, et au cours de la même période a été présenté au Comité consultatif des sciences. Pendant tout ce processus, le CESL était guidé par un but fondamental : le besoin de rendre les laboratoires plus flexibles, fiables et adaptés au sein de la DGPS;
- a constaté un besoin de redéfinir, de simplifier et d'intégrer les laboratoires de la DGPS, à la fois pour rendre plus efficace l'utilisation des ressources de laboratoire et pour mieux répondre aux besoins des Canadiens.

### **( c ) Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire (CCLA)**

- a été établi en novembre 1998 pour offrir un forum aux intéressés en vue de préparer des avis sur les politiques et les questions relatives au système de réglementation de la lutte antiparasitaire. Le CCLA s'est déjà réuni trois fois pour examiner les nouvelles lois proposées, le programme de réévaluation des pesticides et d'autres questions.

#### **Responsabilité pour les résultats clés**

##### **Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la protection de la santé

##### **Coresponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale des services médicaux

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Directeur exécutif - Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire

Chef de la direction - Agence d'hygiène et de sécurité au travail



## Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments (IQVNA)

### Objectif

Le Programme des aliments a pour fonction de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes en définissant et en gérant les risques et les avantages présentés par les aliments, et en donnant des avis à ce sujet.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	45,2	39,6	41,0
Recettes attendues	(2,2)	(1,3)	(1,0)
Dépenses nettes	43,0	38,3	40,0*

\* Cette somme représente 14,9 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### Contexte

Le Programme des aliments a pour responsabilité première de protéger et d'améliorer la santé de la population canadienne par des politiques et des programmes à fondement scientifique pour des aliments sûrs et nutritifs. Les consommateurs ont besoin d'aliments sûrs et nutritifs, et ils ont besoin aussi d'une information exacte en la matière pour faire des choix éclairés. Il est de plus en plus démontré que les nutriments ont des effets directs sur l'apparition de maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, certains cancers et le diabète. Le manque d'aliments nutritifs est en corrélation avec les difficultés de développement et d'apprentissage chez les enfants.

Le Programme des aliments :

- détermine les avantages et les dangers importants des aliments pour la santé;
- établi des politiques en matière de sûreté des aliments et de nutrition qui répondent aux besoins des Canadiens;
- fait partie d'organisations internationales et nationales de normalisation;
- réglemente les nouveaux aliments et les additifs alimentaires;
- conseille et guide le système canadien de sûreté des aliments.



Les champs d'activité sont entre autres les additifs alimentaires, les contaminants chimiques et microbiologiques, la qualité nutritionnelle, les aliments nouveaux (p. ex. issus du génie génétique), les constituants et les processus de transformation des aliments, et les médicaments vétérinaires.

Pour plus de renseignements, voir le site Web Aliments et nutrition à

< <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/aliment.htm> >.

### **Priorité 1.A.1**

Améliorer le cadre de gestion des risques.

#### **Réalisations**

- collaboration avec le Laboratoire de lutte contre la maladie, le Programme des produits thérapeutiques et la Direction de l'hygiène du milieu au sujet de l'encéphalopathie spongiforme bovine (maladie de la vache folle). Une équipe de la DGPS sur l'encéphalopathie spongiforme transmissible a été formée pour surveiller les activités scientifiques et internationales, et ainsi pouvoir contribuer à l'élaboration de politiques canadiennes. Des politiques et des programmes provisoires ont été établis pour :
  - surveiller ou recenser les cas de la maladie de Creutzfeldt-Jakob classique (MCJ) ou de sa variante au Canada;
  - prendre en charge la MCJ, le sang et l'utilisation thérapeutique de tissus d'origine animale;
  - prévenir l'encéphalopathie spongiforme bovine au Canada;
  - prévenir l'importation de boeuf et de produits du boeuf infectés.
- début de la mise en oeuvre du plan d'action « La nutrition pour une meilleure santé » par des enquêtes sur la nutrition, l'étiquetage nutritionnel et l'enrichissement des aliments;
- élaboration de politiques et de programmes pour assurer la sûreté des aliments crus d'origine animale (p. ex. pour la sûreté microbiologique du fromage fait de lait non pasteurisé). Un comité directeur a été établi pour élaborer des principes généraux applicables aux secteurs pertinents de l'industrie alimentaire. Ces principes ont déjà été appliqués pour réduire le risque que comporte la consommation de fromages à base de lait cru;
- rédaction de lignes directrices pour la manipulation du boeuf haché contaminé par *E. coli* O157:H7 sur la base de critères microbiologiques utilisés pour déterminer les risques acceptables et non acceptables que pose cette viande contaminée par *E. coli* O157:H7;
- achèvement, de concert avec les intéressés, du nouveau cadre de politique du programme pour les aliments. Ce nouveau cadre facilitera l'élaboration uniforme de politiques et la consultation en matière d'aliments pour protéger et améliorer la santé des Canadiens;



- application du nouveau cadre à l'élaboration de normes relatives à la sûreté et à la valeur nutritionnelle des aliments nouveaux. Le nouveau cadre a guidé l'élaboration fructueuse de plusieurs politiques (p. ex. étiquetage nutritionnel, enrichissement des aliments, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs). Ces initiatives arrivent à terme.

### **Priorité 1.A.2**

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

#### **Réalisations**

- recherches sur la résistance antimicrobienne avec le Bureau des dangers microbiens et le Bureau des médicaments vétérinaires de la DGPS et l'Université de Guelph. Ce projet a donné lieu à des activités d'élaboration de politiques, de recherche et de surveillance en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, d'autres maisons d'enseignements et l'industrie. Des consultations ont été entreprises au sujet d'une politique visant à assurer l'utilisation prudente des produits antimicrobiens, et un groupe directeur sur l'utilisation des produits antimicrobiens chez des sujets non humains est en train d'être établi;
- planification de recherches sur la nutrition en partenariat avec des représentants du Manitoba et de la Colombie-Britannique, et mise en route d'enquêtes sur la consommation alimentaire chez les adultes. Un protocole d'enquête sur la nutrition chez les enfants et les jeunes a été adopté pour la collecte de renseignements sur l'alimentation des enfants d'âge scolaire au Québec.

### **Priorité 1.A.3**

Améliorer les systèmes de surveillance de la santé au Canada.

#### **Réalisations**

- recherche visant à caractériser le degré de résistance antimicrobienne chez divers organismes. Des systèmes de surveillance sont en train d'être établis pour déterminer l'utilisation d'antimicrobiens chez le bétail et l'incidence des organismes antimicrobiens dans les aliments et chez les animaux;
- enquête à Whitehorse sur les contaminants possibles dans les aliments locaux. Les résultats de l'enquête indiquent que les concentrations de biphényles polychlorés (BPC) et d'organochlorés dans ces aliments se comparent à celles qui sont mesurées dans les aliments du sud du Canada et ne présentent aucun risque pour les consommateurs. Une évaluation des données sur les métaux et d'autres contaminants sera entreprise une fois que les analyses seront terminées.



## Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques (RPT)

### Objectif

Veiller à ce que les médicaments, les matériels médicaux et les autres produits thérapeutiques vendus aux Canadiens soient sûrs, efficaces et de bonne qualité. Santé Canada agit également à titre de législateur et soutient les activités d'application de la loi dans la lutte contre les drogues illicites.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	49,4	78,1	72,3
Recettes attendues	(32,5)	(34,7)	(31,9)
Dépenses nettes	16,9	43,4	40,4*

\* Cette somme représente 15,1 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### Contexte

Santé Canada homologue les médicaments, les matériels médicaux et les autres produits thérapeutiques en vue d'essais cliniques et d'usages courants, et réglemente les établissements qui fabriquent, importent, distribuent, conditionnent et testent ces produits. Outre qu'il contrôle l'utilisation, enquête sur les problèmes signalés et prend des mesures correctives, le Ministère fonde sur des politiques législatives ses activités et services d'analyse pour aider les organismes policiers à lutter contre les drogues illicites. Enfin, le Ministère définit les cadres réglementaires canadiens pour les produits thérapeutiques et travaille à l'harmonisation des normes et des activités canadiennes avec celles de ses homologues sur la scène internationale.

Pour de plus amples renseignements, voir le site Web du Programme des produits thérapeutiques à

< <http://www.hc-sc.gc.ca./hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/> >.

### Priorité 1.B.1

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

### Réalisations

- préparation et mise en application d'un plan directeur pour la participation du PPT à l'harmonisation internationale des opérations réglementaires par l'établissement d'une stratégie internationale à la grandeur du programme et d'un comité directeur sur l'harmonisation et la coopération internationale;



- établissement au sein du PPT d'un groupe de travail chargé de coordonner l'adoption de normes harmonisées au niveau international;
- établissement d'un comité chargé de coordonner la participation du Bureau des matériels médicaux au groupe d'étude sur l'harmonisation mondiale, dont le Canada est vice-président;
- collaboration avec le Comité directeur panaméricain pour l'harmonisation des médicaments afin de recommander et de superviser les activités et les initiatives d'harmonisation panaméricaines. À l'intérieur de ce forum, le PPT doit jouer un rôle directeur relativement aux questions touchant la classification réglementaire des produits;
- signature d'ententes de reconnaissance mutuelle (ERM) qui sont en train d'être mises en application avec la Communauté européenne et la Suisse. Ces ententes s'appliquent aux médicaments et aux matériels médicaux;
- conception et mise en œuvre d'un cadre de gestion de l'information et de technologie pour le PPT, y compris un cadre harmonisé au niveau international pour les présentations électroniques de l'industrie.

### **Priorité 1.B.2**

Moderniser le cadre réglementaire du système canadien d'approvisionnement en sang, en tenant compte des recommandations de la Commission Krever.

#### **Réalisations**

Examen et amélioration de la réglementation du système canadien d'approvisionnement en sang, en tenant compte des recommandations de la Commission Krever. Les mesures suivantes ont été prises à cette fin :

- transfert de responsabilité de la Croix-Rouge canadienne à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec;
- obtention de fonds additionnels pour la réglementation du sang;
- appui des activités du Conseil national de la sûreté du sang;
- révision de la politique nationale sur la maladie de Creutzfeldt-Jakob et des dons de sang, et consultation pertinente;
- établissement d'un groupe de rétroaction sur la réglementation du sang formé de consommateurs.

### **Priorité 1.B.3**

Moderniser le cadre réglementaire pour les produits de santé naturels (y compris les remèdes à base de plantes médicinales, les aliments fonctionnels et les nutraceutiques); et adopter de nouveaux cadres réglementaires pour les matériels médicaux, l'homologation de produits, et les tissus et organes, y compris les xénogreffes.





## Réalisations

- création et soutien du Groupe consultatif sur les produits de santé naturels, dont le rapport au Comité permanent sur la santé a inspiré les recommandations de ce dernier selon lesquelles l'innocuité, la qualité et l'efficacité des produits de santé naturels devraient être réglementées;
- établissement d'un Bureau des produits de santé naturels au sein de la DGPS, qui doit être fonctionnel d'ici à janvier 2000. Une équipe de transition a été formée pour assurer la mise en application dans les délais prévus des recommandations du Comité permanent;
- promulgation de nouveaux règlements pour les matériels médicaux le 7 mai 1998 après un processus de consultation prolongé auprès des intéressés;
- proposition d'un nouveau système pour la réglementation des produits thérapeutiques (version III du Cadre d'homologation des médicaments), qui a été remise aux intéressés en juin 1998;
- publication de 10 modifications réglementaires du Règlement sur les aliments et drogues dans la *Partie II de la Gazette du Canada*, et de 15 dans la *Partie I*;
- poursuite du travail d'élaboration de politiques relatif à un nouveau cadre réglementaire fondé sur des normes pour assurer la sûreté des tissus et organes à transplanter et des établissements où du sang est conservé (p. ex. banques de sang des hôpitaux). Les principales étapes ont été l'achèvement d'un projet de norme pour les tissus et organes par un groupe d'experts, qui deviendra une norme nationale du Canada, et avancement de la norme pour les établissements qui conservent du sang. Le rapport du Forum national sur la xénotransplantation a été rendu public à des fins de consultation, et une stratégie a été élaborée pour obtenir l'engagement du public;
- établissement d'un cadre pour un programme de recherche sur la marijuana.



## Secteur de service C : Hygiène du milieu (HM)

### Objectif

Contribuer au développement durable, améliorer la sécurité, favoriser un usage sûr des produits et réduire les risques pour la santé en reconnaissant, en évaluant et en gérant les risques et les avantages des environnements naturels et artificiels.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	53,9	53,7	56,7
Recettes attendues	(2,9)	(3,3)	(2,0)
Dépenses nettes	51,0	50,4	54,7*

\* Cette somme représente 20,4 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### Contexte

Le Programme d'hygiène du milieu (PHM) assure le maintien d'une infrastructure de protection de la santé qui englobe la création et l'administration d'ententes et de cadres réglementaires relatifs aux environnements naturels, et à des milieux de vie et de travail sûrs. Il permet de surveiller la conformité aux cadres et d'entreprendre des activités de surveillance pour déterminer, évaluer et prendre en charge les risques pour la santé posés par les environnements naturels et technologiques et l'utilisation des produits de consommation et des produits commerciaux. Il est une source de conseils sur les facteurs environnementaux qui influent sur la santé et la sécurité pour permettre aux Canadiens d'interagir en toute sécurité dans les environnements de travail et de vie. C'est aussi dans le cadre de ce programme que sont élaborées des procédures d'intervention dans les situations dangereuses en matière d'environnement. Le programme est exécuté en vertu des lois suivantes, entre autres : la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi sur le tabac*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*, et la *Loi sur les aliments et drogues*.

Pour plus de renseignements, voir le site Web du PHM à

< <http://www.hc-sc.gc.ca./ehp/dhm/> >.



## Priorité 1.C.1

Améliorer les cadres de gestion des risques en établissant des lignes directrices, des politiques et des programmes à jour qui tiennent compte d'informations et de considérations nouvelles, et en incorporant un processus de prise de décision qui inclut un public informé.

### Réalisations

- évaluation, prise en charge et déclaration de l'exposition des humains et des effets sur la santé des contaminants environnementaux dans le bassin du St-Laurent, la vallée du Fraser, les Grands Lacs et le Nord du Canada. Participation à des efforts aux niveaux fédéral, provincial et international. Ces activités ont permis au Ministère d'être plus en mesure d'évaluer les taux de contamination actuels, d'améliorer les pratiques de gestion des risques, de diriger ses efforts et de déterminer les populations à risque, d'établir et de mettre en application des lignes directrices pour l'exposition chez les humains, et de déterminer les polluants organiques persistants;
- progrès en vue de la réduction de l'incidence des maladies d'origine hydrique et de l'exposition aux contaminants de lixiviation par des activités de recherche dans les domaines des maladies d'origine hydrique et de leur surveillance, des techniques d'analyse et des processus de traitement de l'eau;
- surveillance et étude des effets de la pollution atmosphérique sur les maladies respiratoires, les maladies cardiaques, la santé génésique et les anomalies congénitales dans la collectivité, et préparation d'un examen de leurs répercussions sur la qualité de vie. Le but de ces efforts est d'améliorer l'évaluation des risques dans l'air intérieur et extérieur, de faire en sorte que les activités ministérielles de gestion des risques, pour ce qui est de la qualité de l'air, bénéficient d'un meilleur éclairage, et soient plus efficaces et efficientes, et de déterminer les populations à risque;
- surveillance de la conformité à la *Loi sur les produits dangereux* et aux règlements y afférents par des activités d'application cycliques; enquêtes à la suite de plaintes; participation à l'élaboration du nouveau *Règlement sur les produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs*; initiative stratégique visant à réduire les niveaux de plomb dans les produits destinés aux enfants et norme d'application volontaire pour les meubles; révision du *Règlement sur les cosmétiques* en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*; sensibilisation des fabricants, des importateurs, d'autres organismes gouvernementaux et des laboratoires privés par rapport aux normes pour les

#### Actualité continue - preuves scientifiques

- **produits chimiques** : sont en cause dans 50 000 empoisonnements et 20 décès par année;
- **pollution de l'air intérieur** : exige une attention extrême puisque les polluants libérés à l'intérieur ont 1 000 plus de chances d'atteindre les poumons.



briquets; mise à l'essai de jouets en vinyle pour déterminer la présence de phtalate et sa teneur le cas échéant. Ces travaux ont pour effet de faire porter davantage l'accent sur les secteurs à risque et d'intensifier les efforts réglementaires dans ces secteurs, d'accroître l'efficacité du processus réglementaire, et de réduire le nombre de produits chimiques et de produits dangereux qui sont mis sur le marché;

- surveillance et déclaration des plus hauts taux d'exposition aux polluants organiques persistants et aux métaux toxiques chez les Autochtones du Nord canadien, ainsi que des impacts possibles sur les groupes d'âge, pour justifier le besoin de contrôles. Étude du besoin d'élaborer des plans d'action régionaux nord-américains pour ces contaminants;
- prestation de services de dosimétrie en milieu de travail à plus de 12 500 groupes de clients représentant plus de 90 000 travailleurs canadiens. Accès au registre donné à d'autres organismes de réglementation, dont la Commission de contrôle de l'énergie atomique et les organismes de réglementation provinciaux;
- évaluation des risques pour la santé humaine d'environ un millier de produits chimiques et d'agents biologiques en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE)*; établissement de stratégies de réduction des risques pour des agents choisis; collaboration à la mise en oeuvre de la nouvelle *LPCE*.

### **Priorité 1.C.2**

Moderniser le cadre réglementaire pour la gestion des risques.

#### **Réalisations**

- élaboration en cours de lignes directrices sur la qualité de l'eau, de lois et de règlements sur l'eau potable, les produits liés à l'eau potable et les eaux utilisées à des fins récréatives, et de normes de rendement fondées sur la santé;
- révision des règlements sur les cosmétiques aux termes de la *Loi sur les aliments et drogues*. Lors de leur adoption en l'an 2000, ces règlements modifiés permettent de gérer plus efficacement la sûreté des cosmétiques et de leurs ingrédients;
- proposition de règlements sur le tabac (Déclaration) pour rajouter à la liste des ingrédients et des émissions à déclaration obligatoire, et qui s'appliqueront à toutes les classes de produits du tabac. À cette fin, une Lettre de renseignements de la DGPS a été publiée le 10 juin 1998 pour demander des commentaires sur les propositions réglementaires. Ces commentaires ont été analysés, avec le résultat que la Section de la réglementation du ministère de la Justice est en train de rédiger le texte réglementaire. La publication dans la *Partie I de la Gazette du Canada* est prévue pour l'automne 1999;
- proposition de règlements sur le tabac (Étiquetage) qui feront augmenter le nombre d'ingrédients et d'émissions qui devront être déclarés sur l'emballage afin de sensibiliser davantage les consommateurs à la nature dangereuse des produits du tabac, et qui exigeront l'affichage de graphiques dans les messages sur la santé. En janvier 1999, un document de consultation *Projet de nouvelles*



*exigences d'étiquetage pour les produits du tabac* a été publié et remis à l'industrie et aux parties intéressées pour obtenir leurs commentaires. Des propositions réglementaires sont en train d'être élaborées, et la publication dans la *Partie I de la Gazette du Canada* est prévue pour l'automne 1999;

- proposition de règlements sur le tabac (Promotion) qui peuvent influencer sur la publicité et la promotion de commandite des produits et des accessoires du tabac. Le but est de protéger les Canadiens (en particulier les jeunes) contre les moyens employés pour rendre attrayante l'utilisation du tabac. En janvier 1999, un document de consultation, *Options pour la promotion de la réglementation du tabac*, a été publié et distribué à l'industrie et aux parties intéressées pour obtenir leurs commentaires. Des propositions réglementaires sont en voie d'élaboration et leur publication dans la *Partie I de la Gazette du Canada* est prévue pour 1999-2000.

#### **Rendement du programme - Résultats**

- l'élimination du plomb dans l'essence et les produits de consommation a contribué à une réduction de 95 % du taux de plomb dans le sang des enfants;
- la surveillance, la sensibilisation et la R-D permettent de réduire de 90 % l'exposition des travailleurs de l'industrie nucléaire à des rayonnements ionisants;
- les décès de causes accidentelles chez les enfants sont tombés de 31,5 à 20,6 pour 100 000 de 1981 à 1992.

#### **Priorité 1.C.3**

Améliorer les systèmes de surveillance de la santé par un meilleur accès aux données sur les blessures signalées par les hôpitaux.

#### **Réalisations**

- analyse causale et épidémiologique approfondie des blessures mettant en cause des produits de consommation signalées par les hôpitaux. Nouvel accès à la base de données sur les blessures signalées par les hôpitaux pour l'analyse des causes et des tendances.

#### **Priorité 1.C.4**

Améliorer les activités scientifiques de base du Ministère lui-même en recherche et en santé publique.

#### **Réalisations**

- incorporation de la Politique de gestion des substances toxiques dans les stratégies de gestion d'hygiène du milieu. Cette initiative sous-tend les efforts de recherche stratégique et appliquée dans cinq domaines prioritaires : polluants organiques persistants, métaux dans l'environnement, produits chimiques



perturbateurs du système endocrinien, polluants de l'air urbain, et effets cumulatifs des substances toxiques, en plus d'unir les chercheurs scientifiques canadiens dans le secteur privé, les universités, les organisations et le gouvernement. Les résultats fourniront les données probantes à utiliser dans l'élaboration des politiques visant à réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement que comportent les substances toxiques.



## Secteur de service D : Prévention et contrôle des maladies (PCM)

### Objectif

Permettre au Ministère d'évaluer l'efficacité théorique et réelle de diverses méthodes de prévention, de dépistage et de diagnostic, de traitement et de traitement palliatif d'un large éventail de maladies.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses nettes	39,5	38,8	38,4*

\* Cette somme représente 14,4 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### Contexte

La Stratégie de prévention et de contrôle des maladies du Ministère comprend les activités suivantes :

- surveillance, enquêtes et recherche dirigée pour évaluer les risques d'un large éventail de maladies et de blessures chez les humains;
- détermination des options en fait d'intervention en matière de santé publique par un rôle directeur et une collaboration efficaces avec divers gouvernements et organismes;
- évaluation des interventions pour la prévention et le contrôle des maladies.

Des activités de prévention et de contrôle des maladies sont conçues et réalisées dans un cadre de partenariats stratégiques qui comprend les provinces et les territoires, des organismes non gouvernementaux, des organismes bénévoles dans le domaine de la santé, des organismes internationaux, et d'autres directions générales de Santé Canada comme la DGPS, la DGPPS et la DGSM. Pour plus de renseignements, voir le site Web du Laboratoire de lutte contre la maladie à

< [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/new\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/new_f.html) >.

### Priorité 1.D.1

Améliorer les cadres de gestion des risques en établissant et en mettant à jour des lignes directrices, des politiques et des programmes qui tiennent compte de nouvelles considérations et informations, et en incorporant un processus de prise de décision qui inclut un public informé.



## Réalisations

- meilleur accès sous forme électronique et imprimée à des informations fondées sur des faits en matière de santé publique par suite du renouvellement du site Web du LLCM pour fournir des renseignements additionnels. Des informations continuent d'être communiquées au moyen des *Relevés des maladies transmissibles au Canada* et par la publication de lignes directrices et d'autres informations au sujet des maladies infectieuses, transmissibles et chroniques, sous forme électronique et imprimée. Engagement à fournir des renseignements nouveaux sur la santé tropicale et la quarantaine pour le bénéfice des voyageurs internationaux. Cette information est communiquée par divers moyens, dont la publication de lignes directrices, un service de transmission par télécopie et un site Web

< [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/osh/tmp\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/osh/tmp_f.html) > ,

ainsi que la fourniture, aux professionnels de la santé du Canada, d'une Trousse d'information à l'intention des voyageurs : lignes directrices pour les professionnels de la santé.

## Priorité 1.D.2

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, au niveau national et international qui harmoniseront et amélioreront les opérations.

## Réalisations

- transformation de la stratégie nationale de médecine des migrants en effort collectif avec les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie pour élaborer un modèle décisionnel-analytique d'évaluation des risques pour la santé en vue du dépistage des maladies infectieuses chez les candidats à l'immigration. Jusqu'ici, des travaux ont été entrepris pour déterminer l'effet du dépistage par opposition au non-dépistage du VIH/sida, de la tuberculose et de l'hépatite B chez les immigrants. Le projet se poursuivra jusqu'en 2000. Le travail visant à améliorer l'activité en matière de médecine des voyages progresse, comme l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention et le contrôle de la tuberculose.

## Priorité 1.D.3

Moderniser le cadre réglementaire de gestion des risques.

## Réalisations

- amorce d'une importante initiative législative pour mettre à jour et réviser la *Loi sur la quarantaine* et les règlements y afférents.





## Priorité 1.D.4

Améliorer les systèmes de surveillance de la santé.

### Réalisations

- mise au point finale d'un système intégré efficace de surveillance pour fournir des données de laboratoire et des données épidémiologiques sur l'évolution changeante des infections transmissibles par le sang, dont le VIH/sida. Quatre éclosions de cas d'infection par le VIH ont également fait l'objet d'enquêtes;
- établissement d'un vaste programme de surveillance et de laboratoires pour étudier la résistance antimicrobienne chez les microorganismes en cause dans la tuberculose et les infections nosocomiales. L'objectif est d'étudier, de surveiller et de contrôler l'apparition de microorganismes résistants aux antibiotiques comme le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et les *Enterococci* résistants à la vancomycine;
- conclusion d'une entente avec la Coalition canadienne pour la surveillance du cancer sur un ensemble de normes pour la consignation de données sur l'évolution des cancers et établissement d'un ensemble d'indicateurs de base pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les normes et les indicateurs de base sont conçus de manière à faire en sorte que les Canadiennes bénéficient d'une approche répondant aux normes pour ce qui est du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils donneront également la garantie que les données sur le cancer du col de l'utérus sont uniformes d'un océan à l'autre au Canada.



### Fardeau économique annuel des maladies infectieuses et chroniques

- le fardeau économique de la maladie au Canada est d'environ 160 milliards de dollars;
- les coûts directs du traitement de la maladie s'élèvent à environ 72 milliards de dollars;
- environ 60 % de ces coûts directs peuvent être attribués à 18 catégories de maladies;
- environ 3 milliards de dollars sur les coûts totaux sont attribuables aux maladies infectieuses et parasitaires et aux maladies transmissibles par le sang;
- le reste est attribuable aux traitements et aux coûts indirects pour les maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les blessures.

- établissement d'un plan de recherche pour les pathogènes transmissibles par le sang et d'un système de surveillance et d'enquête global pour le suivi des maladies transmissibles par le sang, par la création d'une structure organisationnelle pour :
  - a) éliminer les pathogènes transmissibles par le sang dans l'approvisionnement en sang canadien;
  - b) réduire l'incidence des infections transmissibles par le sang au sein de la population canadienne;
  - c) déceler les infections transmissibles par le sang nouvelles.



## Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST)

### Objectif

Fournir une vaste gamme de services directs sur la sécurité et la santé au travail et sur la santé publique ainsi que des conseils à tous les ordres de gouvernements, aux organisations à réglementation fédérale et aux organisations non gouvernementales. Continuer à travailler avec d'autres sections de Santé Canada pour protéger la santé de la population canadienne contre l'arrivée de maladies quaranténaires. Protéger la santé des dignitaires en visite au Canada.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	29,9	26,2	24,7
Recettes attendues	(6,2)	(6,2)	(4,1)
Dépenses nettes	23,7	20,0	20,6*

\* Cette somme représente 7,7 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### Contexte

Ce secteur de service incombe principalement à l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST). L'objectif de l'AHST est de fournir une vaste gamme de services et de conseils en matière de santé et de sécurité au travail directement à ses clients du secteur public afin de les aider à protéger et à promouvoir la santé et la sécurité au travail de leurs employés.



Des employés de l'AHST inspectent du matériel de sécurité.



Ces services comprennent des activités d'évaluation et d'examen de santé, d'enquête et de surveillance en hygiène industrielle, de soins infirmiers, d'aide aux employés, ainsi que d'éducation et de formation en matière de santé. L'AHST travaille en partenariat avec ses clients pour surveiller la santé et la sécurité au travail au sein de la fonction publique, des industries réglementées par le gouvernement fédéral et des organismes non gouvernementaux.

Pour ce qui est des services de quarantaine, les activités de l'AHST doivent répondre aux exigences de la *Loi sur la quarantaine*, du Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé, et du Règlement sur l'importation d'agents anthropogènes de la *Loi sur le ministère de la Santé*. En ce qui concerne les services aux dignitaires, les activités de l'AHST s'inscrivent dans le cadre de la Convention de Genève, qui prévoit qu'un pays hôte a le devoir de prodiguer les soins de santé dont peuvent avoir besoin les dignitaires étrangers en visite officielle. L'AHST planifie et coordonne les plans d'urgence médicale, détermine le niveau, la portée et la disponibilité des soins médicaux, et fournit des services d'inspection alimentaire.

Pour plus de renseignements, voir le site Web de l'AHST à :

< <http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsif.htm> >.

### **Priorité 1.E.1**

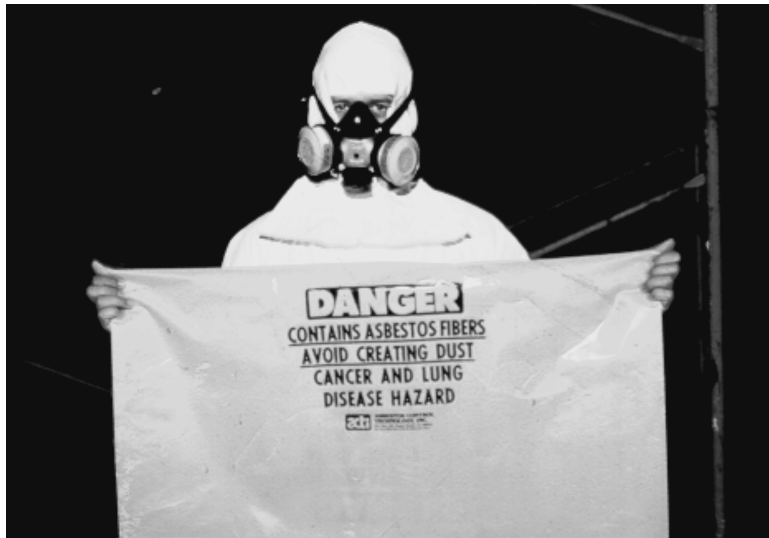
Convertir certains secteurs de Santé Canada en organisme de service spécial (OSS) et établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

#### **Réalisations**

- poursuite des préparatifs en vue de la transformation en OSS et de l'adoption du recouvrement intégral des coûts. À la demande des ministères clients, une période de transition a débuté. La révision de la documentation, y compris du plan d'activités et du cadre, a commencé. Des pourparlers initiaux sont en cours avec le Conseil du Trésor;
- le principe du recouvrement des coûts a été adopté pour le Programme de quarantaine pour l'inspection de la dératisation, ce qui a permis à l'industrie internationale du transport maritime de réaliser des économies considérables. Avant l'adoption du recouvrement des coûts, les inspections étaient réalisées de 8 heures à 16 heures les jours de semaine dans certains ports désignés seulement (les plus grands en général). Elles ont maintenant lieu entre le lever et le coucher du soleil, et ce sept jours par semaine. Les coûts de fonctionnement des navires se situent entre 10 000 \$ et 25 000 \$ par jour, plus 2 000 \$ de frais de mise à quai. Un séjour forcé dans un port la fin de semaine en attente de la délivrance d'un certificat de dératisation peut coûter à un navire 55 000 \$, plus deux jours de manque à gagner. Les frais de dératisation s'élevant à 445 \$ dans les ports désignés, l'économie est considérable. Les agents et les armateurs continuent de signaler l'efficacité de ce service, et ils témoignent de la manière dont le recouvrement des coûts a permis d'améliorer les opérations;



- début du recouvrement des coûts associés à l'exécution du programme d'inspection des navires de croisière le 1er avril 1998. Ces inspections sont réalisées conformément à une entente internationale signée par l'Organisation mondiale de la santé en vue d'assurer la protection des voyageurs ainsi que de tous les citoyens dans les ports d'escale;



Un membre du personnel de l'AHST participe au désamiantage.

- harmonisation avec ceux des États-Unis des services d'inspection et d'intervention relativement aux maladies transmises par les aliments et l'eau. L'AHST a élaboré des normes de service en partenariat avec l'industrie, et s'est engagée auprès de l'industrie à respecter ces normes. Un questionnaire de satisfaction de la clientèle a été préparé afin que la rétroaction soit immédiate après la prestation d'un service d'inspection. De plus, une réunion annuelle est prévue avec l'industrie pour évaluer les efforts de l'AHST et discuter d'un barème de tarifs pour la période suivante;
- prise en charge d'une importante éclosion de toxi-infections alimentaires et rôle opérationnel dans la gestion d'une autre éclosion d'infections respiratoires d'origine terrestre : L'AHST a travaillé en collaboration avec les armateurs. Elle a laissé à l'industrie le soin de préparer les plans de décontamination, les infocapsules, etc., tout en s'assurant que les normes sanitaires étaient respectées et en jouant un rôle consultatif au besoin. Cette solution s'est révélée particulièrement efficace et l'industrie a fait part de sa grande satisfaction. De même, le personnel concerné a reçu un prix du Sous-ministre pour son bon travail à cette occasion;
- coordination, par l'entremise de son bureau régional, des services de gestion du stress post-traumatique fournis par le secteur privé aux équipes de recherche au nom du Bureau de la sécurité des transports, ainsi que des services d'aide aux employés après qu'un avion de la Swiss Air se fut abîmé au large de la Nouvelle-Écosse. Selon les termes du Ministre : « *Après la disparition du vol 111 de la Swiss Air au large de Peggy's Cove, une véritable armée de volontaires, de pêcheurs, de policiers et de militaires, ainsi que de ministères et organismes gouvernementaux sont passés à l'action. Vous avez contribué, de manière vitale, aux mesures qui ont été prises. Vous avez su conseiller et aider ceux qui*



*participaient aux vastes opérations de recherche. Vous étiez là dès les premières heures de la tragédie, et vous étiez toujours présents plusieurs mois après la catastrophe. Et je sais que vous êtes encore nombreux à prodiguer des soins et à offrir un soutien. En tant que ministre de la Santé, je suis très fier de ce que vous avez accompli dans des circonstances aussi difficiles. C'est un honneur pour moi de pouvoir compter sur des professionnels comme vous au sein de mon ministère ».* Pour leurs efforts, ces personnes ont reçu le prix d'excellence du Sous-ministre.



## **Secteur de service F : Services d'urgence (SU)**

### **Objectif**

Seconder les efforts du système des services de santé et des services sociaux dans l'éventualité de catastrophes.

### **Renseignements financiers**

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	2,6	2,8	2,9
Recettes attendues	(0,1)	(0,1)	(0,0)
Dépenses nettes	2,5	2,7	2,9*

\* Cette somme représente 1,1 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### **Contexte**

Santé Canada réalise les activités suivantes à l'appui de ce secteur de service :

- tenue d'une réserve de biens et de matériel nécessaires en cas de catastrophes naturelles, comme des inondations ou des tremblements de terre. Des examens périodiques des besoins en matière de réserves d'urgence sont effectués, et des améliorations sont apportées en conséquence;
- établissement de plans d'urgence par suite de consultations avec les partenaires fédéraux et provinciaux sur les volets « santé » des plans nationaux, et des questions comme les opérations intensives de recherche et de sauvetage urbains;
- appui des systèmes municipaux et provinciaux (santé et services sociaux) lorsque des catastrophes surviennent;
- élaboration d'un programme destiné à aider les secouristes, ainsi que réalisation d'activités de formation et de sensibilisation.

Pour plus de renseignements, voir le site Web des Services d'urgence à :

< [http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index_f.htm) >.

### **Priorité 1.F.1**

Améliorer le cadre de gestion des risques pour le Programme des services d'urgence par des efforts de réorganisation et de restructuration, c'est-à-dire un changement d'orientation puisqu'il ne s'agit plus de répondre à une situation de guerre nucléaire, mais de savoir faire face à des catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme.



## Réalisations

- mise au point d'un nouvel outil d'évaluation des menaces et des risques;
- réalisation d'un examen approfondi du système national d'approvisionnement en fournitures d'urgence et présentation de recommandations pour un processus de rénovation et de restructuration afin de faire en sorte que le système continue de répondre aux besoins des Canadiens touchés par des catastrophes;
- révision et mise à jour de normes et d'outils de formation pour des cours portant sur la planification de services de santé et de services sociaux d'urgence à l'intention de la collectivité. Ces normes nationales ont été transmises aux directeurs provinciaux des services de santé et des services sociaux d'urgence.

## Priorité 1.F.2

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

## Réalisations

- soutien continu des provinces par suite de diverses catastrophes comme des incendies de forêt, des inondations, etc. De même, collaboration avec d'autres directions générales de Santé Canada, notamment le Laboratoire de lutte contre la maladie, et les agents canadiens de l'immigration pour la coordination de la prestation de services d'aide à la famille aux réfugiés du Kosovo;
- examen, de concert avec les systèmes provinciaux (services de santé et services sociaux d'urgence), des priorités pour les réserves de fournitures d'urgence et de leur contenu à la lumière des enseignements tirés de l'inondation du Saguenay en 1996, de l'inondation du Manitoba en 1997, ainsi que des tempêtes de verglas de l'Ontario et du Québec en 1998;
- rédaction de normes en matière de formation; évaluation d'un cours pilote; mise au point d'outils et partage de ceux-ci avec les systèmes provinciaux (services de santé et services sociaux d'urgence); ainsi que détermination des besoins de formation supplémentaires lors de l'examen des réserves.





## Secteur de service G : Lutte antiparasitaire (LA)

### Objectif

Protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant au minimum les risques que comporte l'utilisation de pesticides, tout en permettant l'accès aux outils de lutte antiparasitaire, notamment à ces produits et à des stratégies de lutte antiparasitaire durable.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	24,4	25,7	26,3
Recettes attendues	(10,4)	(7,5)	(7,8)
Dépenses nettes	14,0	18,2	18,5*

\* Cette somme représente 6,9 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### Contexte

Établie en 1995, l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) unifie les ressources et les responsabilités en ce qui a trait à la réglementation fédérale de la lutte antiparasitaire. Le mandat de l'ARLA va au-delà de la protection de la santé et inclut la protection de l'environnement contre les risques posés par les pesticides. L'ARLA administre la *Loi sur les produits antiparasitaires (LPA)*. Ses fonctions comprennent l'évaluation des nouveaux produits, l'évaluation des produits homologués, la vérification de la conformité, et le soutien d'une lutte antiparasitaire durable.

Pour plus de renseignements, voir le site Web de l'ARLA à

< <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/qcont-f.html> >.

### Priorité 1.G.1

Établir un processus de prise de décision pour protéger la santé, la sécurité et l'environnement contre les risques des pesticides par une activité scientifique solide et progressiste, dont des approches innovatrices de lutte antiparasitaire durable.

### Réalisations

- collaboration étroite avec l'*Environmental Protection Agency (EPA)* des États-Unis pour définir et appliquer, tant au Canada qu'aux États-Unis, de nouvelles approches et méthodes de gestion des risques à la lumière des normes



de sécurité fondées sur la santé plus strictes pour les résidus de pesticides dans les aliments qui ont été établies en vertu de la *Food Quality Protection Act* de 1996 aux États-Unis;

- élaboration d'une proposition pour la réévaluation d'ici à la fin de 2005-2006 de tous les pesticides homologués jusqu'au 31 décembre 1994. Cette réévaluation a été rendue nécessaire pour déterminer et reconfirmer l'acceptabilité de plus vieux pesticides à la lumière de la technologie et des normes scientifiques modernes;
- examen spécial du carbofurane. L'homologation des formules granulaires du carbofurane a été suspendue à cause du risque potentiel élevé d'effets nocifs pour les oiseaux chanteurs, les petits mammifères et une grande variété de charognards aviaires dans les Prairies canadiennes;
- introduction d'exigences en fait de bonnes pratiques de laboratoire pour favoriser la qualité et l'acceptabilité internationale des données produites au Canada à l'appui des demandes d'homologation de pesticides;
- comme première étape en vue de la création d'une base de données nationale sur les produits, les ingrédients actifs et les lieux d'utilisation, le Groupe de travail sur la base de données nationale sur les ventes de pesticides, formé de représentants d'organismes de réglementation fédéraux et provinciaux, de l'industrie et d'organismes non gouvernementaux, a procédé à une collecte pilote de données sur les ventes de pesticides organophosphorés et à base de carbamate. Il examine maintenant des modèles de classification des pesticides qui pourraient être utilisés pour des données publiques;
- élaboration du processus administratif des sanctions financières qui est prêt à être mis en application lorsque les règlements seront promulgués;
- réalisation de plus de 2 000 enquêtes, inspections et consultations pour encourager et vérifier la conformité à la LPA. Les activités visant à assurer la conformité sont coordonnées au niveau régional avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec les autres ministères fédéraux. Des ententes ont été signées avec huit provinces pour officialiser l'approche collective des programmes d'application de la réglementation antiparasitaire.



### **Priorité 1.G.2**

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, au niveau national et international, pour harmoniser et améliorer les opérations et répondre aux besoins des Canadiens d'un processus ouvert, transparent et participatif, et d'un accès opportun à des produits antiparasitaires nouveaux et sûrs.

### **Réalisations**

- établissement du Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire (CCLA) comme forum où les intéressés peuvent exprimer des avis sur les politiques et les questions relatives au système fédéral de réglementation de la lutte antiparasitaire. Le Conseil est composé de groupes dans les domaines de l'environnement, de la santé, du travail et de la consommation, d'universitaires, et de fabricants et d'utilisateurs de pesticides;

- préparation de modifications à la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) et aux règlements y afférents pour établir un cadre transparent, ouvert et moderne sur le plan juridique. Les propositions législatives ont été examinées avec le CCLA en novembre 1998, en février 1999 et en mai 1999. Le Conseil recommandera au ministre de la Santé d'aller de l'avant ou non en septembre 1999;
- le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la lutte antiparasitaire et les pesticides a continué à collaborer relativement aux programmes, aux politiques et aux questions touchant la lutte antiparasitaire. Le Comité consultatif de gestion économique (CCGE) des fabricants et des utilisateurs de pesticides a continué à fournir des avis stratégiques sur la rationalisation des opérations et la réduction des coûts;
- réduction de l'arriéré de 1 000 dossiers de pesticides complexes en 1995 à 17 en 1998-1999. D'importantes questions scientifiques doivent être réglées avant que ces 17 dossiers ne soient clos;
- réception d'environ 2 000 nouvelles demandes au sujet de produits antiparasitaires, et prise de décisions réglementaires au sujet d'environ 2 200. Pour l'examen des dossiers complexes d'homologation de nouveaux pesticides ou de nouveaux usages de pesticides homologués, l'ARLA a atteint la norme de rendement plus de 90 % du temps;
- officialisation du programme d'homologation des usages limités à la demande des utilisateurs afin de permettre aux groupes d'utilisateurs d'encourager les fabricants de pesticides à demander l'homologation de produits déjà homologués aux États-Unis ou dans d'autres pays de l'OCDE qui, parce que leurs ventes risquent de rester faibles, pourraient ne pas être homologués. Les deux premiers produits homologués dans le cadre de ce programme sont Retain, agent antiparasitaire servant à retarder la chute des pommes, et Upbeet, premier produit disponible au Canada pour la lutte contre l'abutilon dans les cultures de betterave à sucre. L'étude de la première phéromone pour lutter contre les ravages des insectes dans les cultures de canneberges a été acceptée dans le cadre du programme;
- homologations simultanées par l'ARLA et l'EPA du premier herbicide ayant fait l'objet d'un examen mixte;
- homologation par l'ARLA et l'EPA d'un herbicide pour la lutte contre la folle avoine et la dicotylédone dans les cultures de blé au terme d'un projet pilote international de coopération auquel ont participé le Canada, les États-Unis, l'Australie et l'Union européenne;
- réception de la première demande d'examen mixte par le Canada, les États-Unis et le Mexique selon la formule normalisée récemment établie par l'OCDE.



### Priorité 1.G.3

Gérer efficacement les ressources humaines et financières de l'ARLA.

#### Réalisations

- publication d'une analyse et d'une évaluation comparatives, réalisées par un consultant indépendant, du rendement, des coûts du programme et du recouvrement des coûts de l'ARLA en comparaison avec les programmes réglementaires des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Australie. Bien que l'ARLA prenne plus de temps en moyenne que le Royaume-Uni ou l'Australie pour les dossiers complexes, elle fait mieux que la moyenne des trois autres pays pour les examens mixtes réalisés avec l'EPA américaine. L'étude a révélé que pour les activités d'homologation, l'efficacité relative de l'ARLA (c'est-à-dire rendement pondéré par rapport au coût) est essentiellement comparable à celle de l'organisme américain, et légèrement inférieure à celle des organismes du Royaume-Uni et de l'Australie. L'étude a fait ressortir que le niveau de recouvrement des coûts pratiqué par l'ARLA se compare aux niveaux des autres pays, et que le Canada fait moins belle figure qu'eux pour la réévaluation des plus vieux pesticides;
- mise en route d'un projet pour comparer des processus d'examen utilisant la première demande d'homologation de produit agrochimique dans un format basé sur un logiciel de navigation sur le Web, ainsi que la même demande dans le premier format canadien de dossier assisté par ordinateur et de transmission de données et le format traditionnel sur support papier;
- harmonisation internationale et processus de présentation et d'examen électroniques, ce qui contribuera à l'atteinte du but d'une réduction de 40 % du coût direct de l'examen des demandes d'homologation de nouveaux produits au cours de la période de 1997-1998 à 2002-2003. La réduction cumulative au 31 mars 1999 (fin de la deuxième année) est de 23 %.

#### Développement durable

Formation de partenariats avec les intéressés pour la mise au point de solutions durables en matière de lutte antiparasitaire.

- renforcement des cadres de politique qui favorisent la durabilité par le parachèvement d'une stratégie de mise en oeuvre pour officialiser l'application de la Politique de gestion des substances toxiques en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires*;
- utilisation d'un nouveau processus d'examen mixte dans le cadre de l'ALENA pour terminer l'homologation du premier produit chimique à risque réduit ayant fait l'objet d'un examen mixte, ce qui a permis d'épargner temps et argent. Une homologation simultanée en mai 1998 a donné aux producteurs de fruits canadiens et américains un accès égal au fongicide cyprodinil (Vanguard®), produit plus récent et plus sûr à appliquer sur les pommes. Le Prix d'excellence de la Fonction publique a été remis à l'équipe d'examen mixte pour son travail dans ce dossier;



- examen commun avec les États-Unis de la première phéromone utilisée en foresterie au Canada, et la première aussi qui pourrait être utilisée contre le destructif perce-pousse du pin. Les phéromones sont d'importants outils dans la lutte antiparasitaire intégrée — une approche durable de la lutte antiparasitaire qui combine des moyens biologiques, culturels, physiques et chimiques pour lutter contre les parasites afin de maximiser les avantages de la lutte antiparasitaire et de minimiser les risques pour la santé et l'environnement;
- publication du document *Lutte antiparasitaire intégrée dans le secteur de la transformation des aliments : Adaptation à l'élimination graduelle du bromure de méthyle* au nom du Groupe de travail industrie/gouvernement sur le bromure de méthyle, ce qui complétait un des projets en partenariat de lutte antiparasitaire intégrée de l'ARLA. Ces projets, en cours pour la pomme de terre, le canola, la pomme, la canneberge, l'aquaculture, la tordeuse des bourgeons de l'épinette et les paysages urbains, coordonnent l'élaboration de stratégies nationales volontaires de lutte antiparasitaire intégrée avec une gamme de partenaires, dont les organisations de producteurs, les fabricants, les autres ministères fédéraux, les provinces, les établissements de recherche et d'autres organismes non gouvernementaux;
- participation continue au Comité directeur de l'OCDE pour la réduction des risques afin d'établir des indicateurs de risque pour les pesticides, et achèvement d'étapes initiales critiques en vue de l'établissement d'approches réglementaires pour évaluer le dérèglement endocrinien. Les deux activités amélioreront les processus réglementaires qui sont fondés sur les principes du développement durable.



## Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang (SCS)

### Objectif

Fournir à Santé Canada les moyens lui permettant d'orienter, de planifier et de coordonner le système d'approvisionnement en sang afin que les fonctions du Ministère en matière de réglementation, de surveillance et de régie soient coordonnées dans le meilleur intérêt de toutes les parties qui jouent un rôle clé dans ledit système.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses nettes	38,2	54,2	52,3*

\* Cette somme représente 19,5 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

### Contexte

Le Secrétariat canadien du sang est issu du Secrétariat de l'enquête sur le sang en 1997. Il a reçu le mandat de coordonner et de renforcer les programmes de surveillance et de réglementation du sang de Santé Canada, conformément aux conclusions de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (Commission Krever). Ce mandat suppose, notamment, la planification et la coordination de la mise en oeuvre par Santé Canada des recommandations du juge Krever, ainsi que l'élaboration et la coordination de la planification stratégique de l'initiative fédérale-provinciale-territoriale de régie du sang.

Pour de plus amples renseignements sur la suite donnée par le gouvernement aux recommandations de la Commission Krever, voir le site Web de Santé Canada à

< <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/9889bkf1.htm> >.

### Priorité 1.H.1

Améliorer le cadre de gestion des risques pour le sang et les produits du sang en soutenant le gouvernement fédéral dans son rôle auprès des provinces et des autres partenaires du secteur de la santé relativement à l'Initiative de régie du système d'approvisionnement en sang.

### Réalisations

- appui du gouvernement fédéral dans son rôle auprès des provinces et des autres partenaires du secteur de la santé relativement à l'Initiative de régie du système d'approvisionnement en sang par le financement de la période de transition



pendant le changement de direction à la tête du système canadien d'approvisionnement en sang, la Société canadienne du sang et Héma-Québec succédant à la Société canadienne de la Croix-Rouge;

- élaboration d'une stratégie nationale globale de gestion des risques pour la santé du fait du sang, ainsi que promotion et financement de la recherche sur le sang;
- coordination continue de la collaboration entre les organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, les établissements de santé, les organismes privés et les groupes d'intérêt des consommateurs au Canada dans le cadre d'un système national restructuré d'approvisionnement en sang.

### **Priorité 1.H.2**

Moderniser le cadre de réglementation de la gestion des risques associés à l'approvisionnement en sang pour donner suite aux conclusions de la Commission Krever, et rétablir la confiance dans le système d'approvisionnement en sang au lendemain de l'enquête.

### **Réalisations**

Le Secrétariat est devenu le point de convergence ministériel pour la coordination de la mise en application des recommandations du juge Krever.

Il a donc :

- coordonné l'application des recommandations que le juge Krever a adressées à Santé Canada dans ses rapports provisoire et final; a représenté le gouvernement fédéral au sein d'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui a produit un rapport sur les suites données aux recommandations du juge Krever quant à l'indemnisation des personnes atteintes d'autres maladies que l'hépatite C;
- recherché de nouvelles ressources afin d'améliorer le programme canadien de sécurité de l'approvisionnement en sang; a esquissé la voie à suivre en matière de politiques de réglementation et de surveillance de l'approvisionnement en sang, en consultation avec le PPT et le LLCM;
- mis en place une fonction nationale et un centre de coordination pour la prise en charge des questions de politique opérationnelle en matière de sang, de produits du sang, de tissus et d'organes;
- contribué à l'élaboration d'un programme national de recherche et développement pour les pathogènes transmissibles par le sang;
- participé à l'émergence d'un consensus national et international au sujet du contrôle et de la prévention de la transmission des pathogènes par le sang;
- contribué à la mise en place d'une fonction globale de surveillance et d'enquête (hémovigilance) pour la prise en charge des pathogènes transmissibles par le sang, y compris les prions et le VIH/sida.



### **Priorité 1.H.3**

Améliorer les activités propres de Santé Canada en matière de santé publique en appuyant le Conseil national de la sûreté du sang (CNSS).

#### **Réalisations**

- soutien du CNSS en matière d'administration, de finances, de secrétariat, de logistique et d'appui des politiques. Le Conseil a été créé dans le but de jouer un rôle consultatif auprès du Ministre sur les questions de sécurité du sang, en particulier celles qui touchent la réglementation du sang et la surveillance nationale des maladies;
- soutien au CNSS pour l'organisation de forums nationaux sur des sujets relatifs au sang, comme les Méthodes de réduction du risque de transmission des virus par des composants sanguins, et les Pénuries d'immunoglobulines intraveineuses et autres dérivés plasmatiques.

### **Priorité 1.H.4**

Appuyer le règlement du contentieux en matière de sang en examinant le rapport du groupe de travail sur le dédommagement des victimes de l'hépatite C et en présentant des recommandations au Ministre.

#### **Réalisations**

- au nom de Santé Canada, soutien de Justice Canada, sur le plan documentaire, politique et administratif, pour la négociation et le règlement du contentieux relatif aux maladies transmises par le sang, comme l'hépatite C, le VIH et la maladie de Creutzfeldt-Jakob;
- coordination des réponses aux interrogatoires et communications préalables, aide à la désignation des témoins (experts et déposants), participation aux téléconférences du groupe du contentieux du sang à titre de représentant de Santé Canada, création et mise à jour d'un vaste dépôt de documents, de fichiers et de dossiers ministériels sur la Commission Krever, contribution aux enquêtes encore en cours de la GRC et prise en charge d'autres questions relatives au sang.





## Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population (PSP)

### Objectif

Promouvoir la santé de la population en agissant sur les déterminants sociaux et comportementaux de la santé.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses nettes	207,8	202,8	201,6*

\* Cette somme représente 10,1 % des dépenses réelles du Ministère.

### Contexte

Santé Canada a adopté une approche axée sur la santé de la population pour préserver et améliorer la santé des Canadiens. Cette approche reconnaît que de nombreux facteurs, en plus du système de santé, influent de façon déterminante sur la santé des individus et des groupes démographiques. Elle encourage la prévention de la maladie et l'action individuelle et sociale, et cible une gamme de facteurs et la façon dont ils interagissent pour déterminer la santé et le bien-être des Canadiens. Le plan d'ensemble de cette approche s'articule autour de trois étapes de la vie : l'enfance et la jeunesse; le début de la vie adulte jusqu'à l'âge mûr, et le vieil âge. Selon cette approche qui englobe tout le cycle de vie, Santé Canada peut agir sur la vaste gamme de déterminants de la santé, ainsi que sur les questions prioritaires auxquelles les Canadiens s'attendent à ce que leur gouvernement s'attaque (p. ex. abus d'alcool et de drogues, VIH/sida, cancer et maladies du coeur). On trouvera plus de détails au site Web de la promotion de la santé, à l'adresse

#### Les déterminants de la santé sont les suivants :

- développement sain de l'enfant
- services de santé
- habitudes de santé personnelles et capacités d'adaptation
- réseaux de soutien social
- biologie et bagage génétique
- scolarité
- emploi et conditions de travail
- milieux physiques et sociaux
- revenu et situation sociale
- sexe
- culture

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/psd/> > ,

ou par le truchement de *Rendez-vous santé*, le magazine mensuel de promotion de la santé

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/rendez-vous/> > .

## **Priorité 2.1**

Amélioration de la santé et des soins de santé par l'habilitation du public, la participation des consommateurs, et une meilleure information des Canadiens.

### **Réalisations**

- élaboration du *Plan d'action pour la promotion au Canada d'une approche axée sur la santé de la population* pour guider l'action et le rôle directeur du Ministère dans six domaines stratégiques :
  - développement continu du cadre théorique;
  - stimulation de l'application au processus des politiques publiques;
  - amélioration de la disponibilité de données probantes (données, information, connaissances);
  - amélioration de la compréhension par le marketing et l'éducation;
  - mise en oeuvre des initiatives de santé de la population pour la mobilisation;
  - création d'une infrastructure organisationnelle pour supporter l'approche par l'institutionnalisation.
- conception de cadres et de lignes directrices pour aider les planificateurs du gouvernement et les intéressés à élaborer et à revoir les politiques et les programmes à l'aide d'une approche axée sur la santé de la population;
- achèvement, de concert avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement, de la première phase d'une étude en comprenant trois sur les incidences du logement sur la santé. Les résultats de l'étude permettront au Ministère de favoriser la compréhension au sein d'autres ministères fédéraux des conséquences de leurs politiques et de leurs programmes sur la santé, et de déterminer comment les conclusions de l'étude peuvent être appliquées à l'analyse des conséquences sur la santé;
- achèvement, de concert avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et un réseau pancanadien de chercheurs en santé, de la phase de démonstration et l'Initiative canadienne pour la santé de la population, et obtention des ressources à cette fin;
- participation accrue à la recherche internationale sur les déterminants de la santé par la création et l'appui de projets de recherche et de documents analytiques avec des partenaires nationaux et internationaux; contribution à l'adoption de concepts de la santé des populations par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé; compilation des



enseignements tirés quant à la manière dont les idées en matière de santé des populations peuvent être développées et mises en application dans le cadre de la restructuration des systèmes de santé;

- direction, avec le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, de la préparation du *Deuxième Rapport sur la santé de la population canadienne*. Ce rapport fournit des informations de base pour mesurer les progrès dans l'amélioration de l'état de santé des Canadiens, et constitue un important document de référence pour les décideurs, les praticiens, les chercheurs et le public qui veulent comprendre les défis sur le plan de la santé et s'y attaquer;
- avec les provinces et les territoires, détermination de buts nationaux, comme des services de santé abordables et la réduction des maladies évitables. Ces buts permettront aux responsables des politiques dans tout le pays de surveiller la santé des Canadiens;
- renforcement de la capacité d'action communautaire par rapport à des déterminants ou à l'ensemble des déterminants de la santé en appuyant des projets d'une durée limitée financés par des organismes non gouvernementaux, sans but lucratif et bénévoles grâce au Fonds pour la santé de la population. En 1998-1999, le Fonds a financé environ 350 projets communautaires. Les résultats de l'évaluation de ces projets ne sont pas attendus avant 2002;
- lancement la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les principales réalisations en 1998-1999 ont été entre autres :
  - l'établissement d'un cadre de rapport de rendement qui sert de base pour les rapports annuels au Conseil du Trésor;
  - l'élaboration de lignes directrices en matière de financement pour appuyer le développement du potentiel dans les communautés autochtones;
  - la formation d'un groupe de travail national sur la réadaptation en collaboration avec les partenaires de la Stratégie.

En collaboration avec le *BC Council for Families*, Santé Canada a parrainé le projet *Work Life*, une initiative novatrice, multisectorielle, visant à étudier les rapports entre la santé, le bien-être et le milieu de travail. Dans le cadre de ce projet du Fonds pour la santé de la population, les gouvernements, les entreprises, les syndicats et les groupes communautaires travaillent ensemble à créer des milieux de travail sains pour la « génération sandwich » d'aujourd'hui, les employés qui de plus en plus doivent prendre soin à la fois de leurs enfants et leurs parents âgés.



- définition d'une approche intégrée de la prévention et du contrôle du cancer du sein en collaboration avec les provinces, les territoires, les organismes de lutte contre le cancer, les principaux intervenants et les Canadiennes;
- formation d'un consensus sur les objectifs du volet éducation du public de l'initiative de lutte contre le tabagisme par suite de consultations avec les provinces, les territoires, et des organismes non gouvernementaux qui jouent un rôle clé. Conformément aux objectifs, le Ministère s'est efforcé de sensibiliser davantage le public, d'améliorer ses connaissances, et de faire en sorte qu'il appuie davantage les mesures antitabac par divers programmes et activités de marketing social;
- tenue de forums d'orientation et de séances d'information sur des thèmes relatifs à la violence, qui ont permis de déterminer les meilleures pratiques et les manques d'information, ce qui permettra en retour de renforcer le rôle fédéral en matière de violence familiale;
- publication du *Guide canadien d'activité physique pour une vie saine* en 1998-1999 et achèvement la première année d'une étude de base de cinq ans visant à déterminer les niveaux d'activité physique des Canadiens. Les données de cette étude permettront au Ministère de suivre les améliorations dans la condition physique et la santé de la population;
- hôte d'une rencontre internationale sur les jeunes et la drogue à Banff (Alberta). Le rapport de la réunion, qui renferme les recommandations de jeunes de plus de 22 pays, a été présenté à la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème de la drogue dans le monde;
- publication de *Renseignements sur le Guide alimentaire à l'intention des éducateurs et des communicateurs (Guide alimentaire canadien pour manger sainement : Renseignements sur les enfants de six à douze ans)*. Ce document contient des idées et des renseignements sur le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* à l'intention des éducateurs, des communicateurs et des animateurs qui travaillent avec des enfants de six à douze ans. Pour consulter le *Guide alimentaire*, voir  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition/pubf/guidalim/guide.html> >;
- rôle dans le renforcement de la capacité des professionnels de répondre aux problèmes de santé mentale chez les jeunes en créant *Mauve*, un CD-ROM. Il s'agit d'un outil de communication conçu par les jeunes eux-mêmes et qui

#### Satisfait?

En 1998-1999, 99 % des clients du Centre national d'information sur la violence dans la famille ont indiqué que le Centre fournit un service utile; 97 % trouvaient facile d'obtenir de la documentation; 99 % étaient heureux du service fourni par le personnel; 51,2 % des clients ont accédé au Centre par Internet : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/index.html> >



traite de sujets comme la vie, l'école, l'amitié, la famille, la dépression, le suicide, la consommation de drogues, le décrochage scolaire et la délinquance. Des conseillers, des éducateurs et d'autres professionnels s'en servent pour aider à stimuler la réflexion et à rétablir le dialogue avec les jeunes;

- signature de 11 ententes avec les provinces et les territoires pour la prestation de programmes et de services de traitement et de rééducation des alcooliques et des toxicomanes. Cette mesure fédérale-provinciale-territoriale améliorera l'accessibilité de programmes et de services de traitement et de réadaptation efficaces, et améliorera l'échange d'informations, de conclusions de recherche et de pratiques exemplaires en la matière au niveau national.

## **Priorité 2.2**

Initiatives dirigées pour prévenir les maladies et les blessures, et composer avec le vieillissement de la population. L'adresse du site Web consacré aux personnes âgées est la suivante :

< <http://www.hc-sc.gc.ca./seniors-aines/> >.

### **Réalisations**

- mise en oeuvre, en collaboration avec les provinces et les territoires et d'autres ministères et organismes fédéraux, du *Plan d'action pour l'Année internationale des personnes âgées*;
- grâce au Fonds pour la santé de la population, aide supplémentaire de l'ordre de 4 millions de dollars à une cinquantaine de projets nationaux et régionaux pour améliorer la sensibilisation aux personnes âgées et aux questions de vieillissement au Canada;
- publication d'un supplément au Journal de l'Association médicale canadienne titré *Seniors' Heart Health*. Ce document fournit des renseignements sur les facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées et examine les connaissances et la sensibilisation de ces dernières au sujet de ces facteurs;
- détermination des facteurs de risque les plus étroitement associés à la perte de densité de la masse osseuse et à l'augmentation des fractures en appuyant l'analyse des données de l'Étude canadienne multicentrique sur l'ostéoporose;
- diffusion vers les divers intéressés dans tout le pays de *La réforme des soins de santé... Quels effets sur les aînés? Guide d'évaluation participative* pour aider les groupes de personnes âgées, les dispensateurs de services et les autres intéressés à évaluer l'incidence des réformes de la santé sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour les personnes âgées et leurs familles.



### **Priorité 2.3**

Développement optimal de l'enfant.

#### **Réalisations**

- achèvement de l'examen d'évaluations régionales et locales pour saisir et partager les résultats de projets à vocation communautaire. Ces résultats ont été compilés dans un manuel qui a pour titre *Apprendre pour agir - l'expérience du Programme d'action communautaire pour les enfants PACE/ et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)*. Par exemple, *Apprendre pour agir* tire des projets de soutien et d'éducation des parents du PACE les meilleures pratiques et les meilleurs enseignements pour une formation et une supervision efficaces. Un atelier a ensuite été tenu à l'intention des consultants régionaux du programme, qui ont après coup assuré la formation du personnel des projets du PACE et du PCNP;
- consultation de plus de 400 intéressés au sujet de la création et de la mise en place des centres d'excellence pour le bien-être des enfants. Le rôle des centres sera d'entreprendre des activités de recherche, d'élaboration de politiques et de communication afin d'accroître la compréhension des facteurs critiques pour le développement sain de l'enfant et d'encourager la prise de mesures à leur égard;
- rôle directeur en travaillant avec tous les paliers de gouvernement et les intervenants dans le secteur des soins de santé pour créer des programmes qui favorisent une issue heureuse de la grossesse chez les femmes enceintes à risque. Les premiers résultats de l'évaluation indiquent que les projets permettent d'atteindre les femmes qui correspondent au profil démographique ciblé par le programme;
- de concert avec Justice Canada, coordination de l'information en vue du *Rapport d'étape du Canada aux Nations Unies sur les droits de l'enfant*.

On compte 450 projets du PACE au Canada. En moyenne, 67 000 enfants et leurs parents ou ceux qui en tiennent lieu participent à des projets du PACE chaque semaine. Plus de la moitié des foyers participants ont des revenus de moins de 20 000 \$, et 38 % des parents participants disent être monoparentaux.



### **Priorité 2.4**

Jouer un rôle directeur dans la santé de la population et imputabilité vis-à-vis du public.

#### **Réalisations**

- accroissement de la sensibilisation pour réduire les décès attribuables aux maladies non transmissibles comme le cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle et le diabète par l'élaboration de directives de pratique clinique, des programmes de

formation professionnelle et des activités d'éducation du public;

- accroissement de la sensibilisation aux avantages de la vie active et à d'autres pratiques saines au travail grâce au Prix d'excellence du milieu de travail sain;
- publication de la deuxième édition du *Guide des programmes et services fédéraux pour les enfants et les jeunes*, source d'information sur les programmes administrés par le gouvernement fédéral. Ce document énumère 72 programmes et indique où s'adresser pour chacun;
- officialisation du Comité interministériel de coordination sur le VIH/sida. Ce comité a dressé un inventaire des activités fédérales entreprises pour lutter contre le VIH/sida afin de faciliter le repérage des occasions de collaboration entre les ministères fédéraux.

Près de 36 % des femmes qui participent à des projets du PCNP ont moins de 20 ans, et 45 % indiquent avoir un revenu du ménage de 1 000 \$ ou moins; 38 % sont seules.

### **Développement durable**

- création d'un site Web consacré aux principes du marketing social à vocation communautaire qui offre des outils, des études de cas et un guide de planification pour aider les individus et les collectivités à prendre des mesures et à adopter des habitudes qui favorisent le développement durable < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/marketing-social/> >;
- organisation d'ateliers pour accroître la sensibilisation des professionnels à la manière dont le transport actif (toute forme de transport faisant appel à l'énergie humaine comme la marche, la bicyclette ou le patinage à roues alignées) peut répondre aux objectifs sur le plan du transport, de la santé et de l'environnement;
- campagne de marketing pour sensibiliser davantage le public aux questions de santé, de sécurité et d'environnement associées au transport scolaire;
- collaboration avec des organismes non gouvernementaux et la Fédération canadienne des municipalités à la création et à la diffusion d'un répertoire des programmes de transport actif et des ouvrages de référence.

### **Imputabilité pour les résultats clés**

#### **Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

#### **Coresponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité



## Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones (SA)

### Objectif

Aider les Autochtones et leurs communautés à s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne, et garantir la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les membres inscrits des Premières nations et les Inuits.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	1 093,8	1 072,6	1 067,3
Recettes attendues	(9,9)	(9,1)	(6,7)
Dépenses nettes	1 083,9	1 063,5	1 060,6*

\* Cette somme représente 53,2 % des dépenses réelles du Ministère.

### Contexte

D'importantes inégalités subsistent en matière de santé au sein de la population autochtone. Par exemple, les taux de diabète, de tuberculose, de suicide et de tabagisme y sont beaucoup plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne. Selon des recherches, les enfants chez les Premières nations et les Inuits pourraient être plus à risque pour les maladies infectieuses, sont significativement plus jeunes et sont hospitalisés plus longtemps en moyenne, et risquent plus d'être admis aux soins intensifs que les enfants non autochtones. Le taux de naissance chez les Autochtones est deux fois plus élevé que la moyenne canadienne, et la moyenne d'âge est de 10 ans de moins que dans l'ensemble de la population – ces facteurs sont censés pousser les coûts à la hausse. Les réformes de la santé en cours dans les provinces, les coûts des soins de santé qui augmentent, les facteurs socio-économiques comme le logement inadéquat et le taux d'emploi peu élevé contribuent tous à rendre encore plus précaire une situation financière déjà difficile. L'autonomie gouvernementale et le transfert des services de santé aux Premières nations et aux communautés inuites devraient paver la voie à une meilleure santé chez les Premières nations et les Inuits. Pour améliorer la situation des Premières nations et des Inuits sur le plan de la santé, le Ministère s'efforce :

- d'accroître l'espérance de vie chez les Premières nations par rapport à ce qu'elle





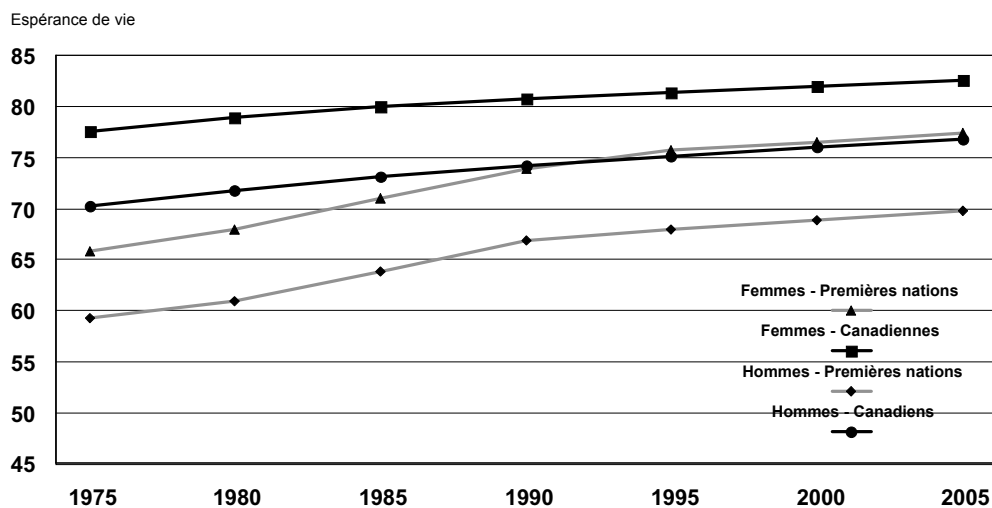
est chez l'ensemble de la population canadienne (voir Figure 3);

- de réduire le taux de mortalité infantile (voir Figure 4);
- de ramener les taux de maladies, de blessures et de suicide à la moyenne nationale (voir Figures 5 et 6).

Se reporter au site Web de la Direction générale des services médicaux pour plus de détails

< <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/about-f.htm> >.

### Espérance de vie à la naissance prévue selon le sexe chez les Premières nations et la population canadienne



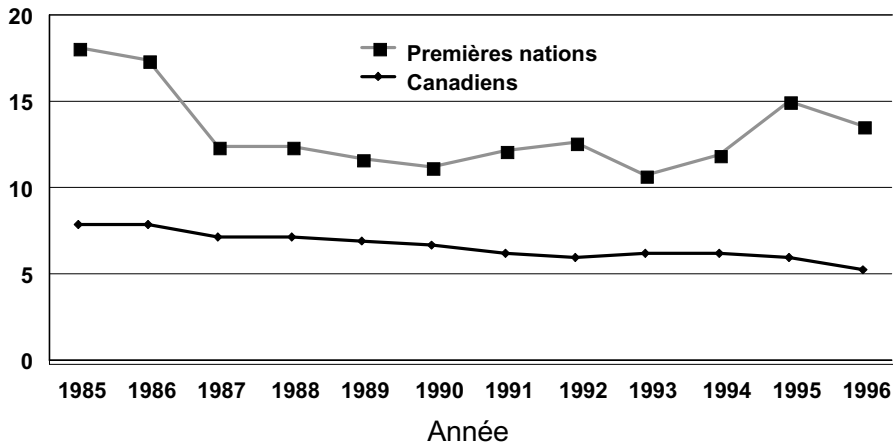
Source : Projections de la population indienne inscrite, AINC, 1996-2021, 1998



Figure 3

## Taux de mortalité infantile au sein des Premières nations\* et de la population canadienne, 1985-1996

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : Direction générale des services médicaux et Statistique Canada

\* Les données de la Colombie-Britannique ne sont pas incluses dans les données de 1985 et 1986. Les taux depuis 1987 n'incluent plus les Premières nations des T.N.-O, en raison du transfert des services de santé au gouvernement des T.N.-O.

\* Les taux pour 1995 et 1996 n'incluent pas la région de l'Atlantique parce que les données n'étaient pas disponibles.

Figure 4

## Taux normalisés de tuberculose parmi les Premières nations des réserves et la population canadienne, 1991-1996

Taux normalisés de tuberculose

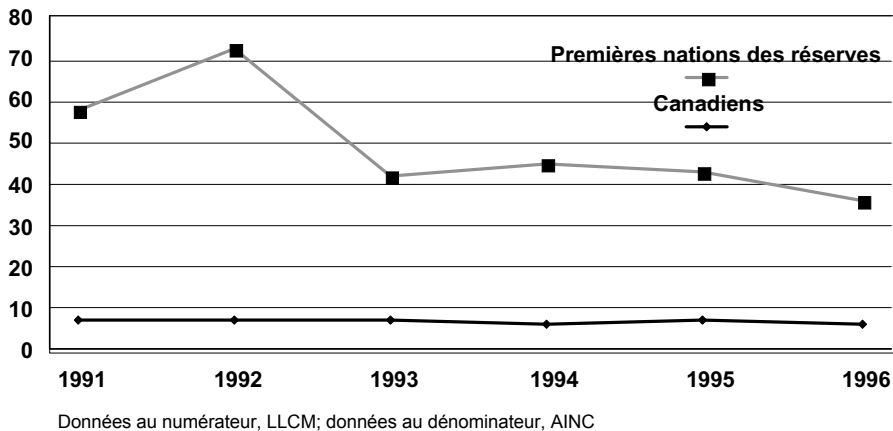
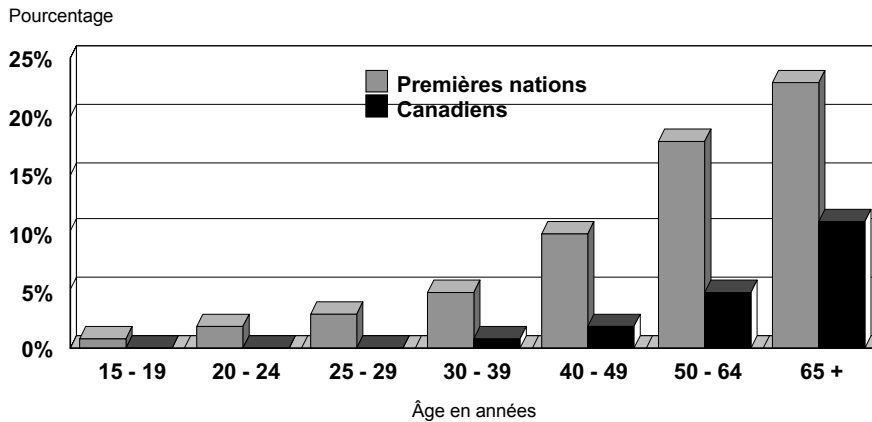


Figure 5



## Pourcentage de personnes diabétiques parmi les Premières nations et les autres Canadiens



Source : Enquête auprès des peuples autochtones (1991), Enquête nationale sur la santé de la population (1994)

Figure 6

### Priorité 3.1

Chercher à éliminer les inégalités sur le plan de la santé entre les Autochtones et l'ensemble de la population.

#### Réalizations

Les Autochtones ont une vue globale de la santé, qui englobe le bien-être physique, social, affectif et spirituel. L'accent n'est pas mis sur la personne seulement, mais sur la famille et la collectivité. Cette approche sous-tend les programmes à vocation communautaire que Santé Canada met en oeuvre à l'intention des membres des Premières nations qui vivent dans les réserves et des Inuits. Au cours de la période de référence, Santé Canada :



Une infirmière en santé communautaire dans un centre de santé présente à des clients des Premières nations les services de prévention et de promotion de la santé offerts.

- a consulté partout au Canada les Premières nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones vivant en milieu urbain pour déterminer les besoins et les priorités des Premières nations et des Inuits par rapport aux soins et à la prise en charge du diabète. Les résultats de cet exercice seront utilisés pour préparer et mettre en oeuvre

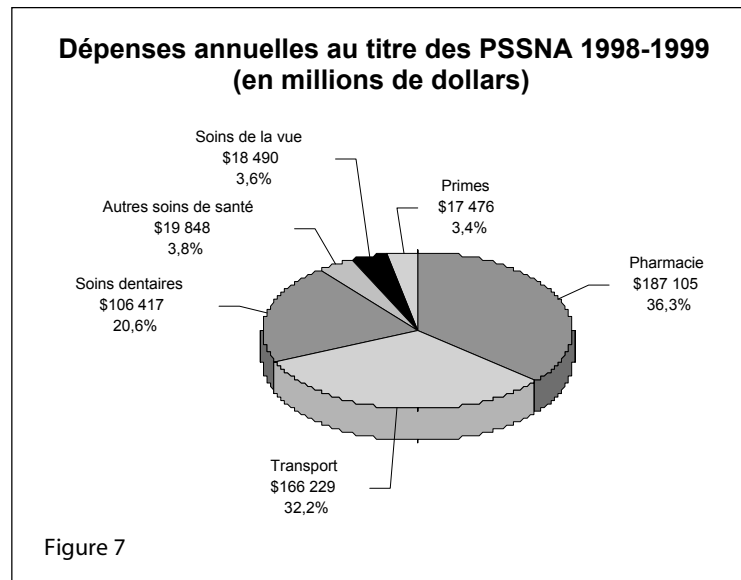


Une infirmière en santé communautaire dans un poste de soins infirmiers se prépare à examiner l'oreille d'une jeune patiente.

- l'Initiative de lutte contre le diabète annoncée dans le budget de 1999;
- a élaboré une stratégie nationale, à mettre en application dès 1999, pour le recrutement d'infirmières et leur maintien en poste. Les activités de recrutement d'infirmières ont été intensifiées afin de remédier à des pénuries critiques immédiates;
- a approuvé 289 projets au cours de la première année du programme élargi d'aide préscolaire aux Autochtones, qui s'adresse aux enfants des Premières nations qui vivent dans les réserves. Ce programme vise à répondre aux besoins des enfants autochtones et de leurs familles. Il prépare pour l'école les enfants autochtones jusqu'à l'âge de six ans en répondant à leurs besoins intellectuels, affectifs, spirituels et physiques. Le nombre de formateurs a été augmenté dans la composante urbaine et nordique du programme pour améliorer les projets. Un cadre national d'évaluation et un cadre national de recherche ont également été définis. Le Ministère a en outre établi un cadre de responsabilisation qui servira à mettre en application les recommandations du Vérificateur général;
- a travaillé avec un comité directeur mixte de l'Assemblée des Premières nations, de l'Inuit Tapirisat du Canada, de l'Association des femmes autochtones du Canada, du Conseil national des Métis et du Congrès des Peuples autochtones pour établir un schéma d'Institut de la santé autochtone. Cet institut créera des réseaux dans les domaines de la recherche en santé, de l'information, de l'art de guérir traditionnel et du renforcement des capacités. L'Institut devrait devenir réalité à l'automne 1999;
- a dressé un plan directeur pour le projet de la télésanté et a terminé le processus d'évaluation des besoins. Les propositions de fournisseurs sont en train d'être étudiées;



- a créé le système d'information sur la santé des Premières nations et l'a mis en service dans 151 établissements de santé des Premières nations et des Inuits. Ce système sera utilisé pour mener des activités de surveillance de la santé et des programmes visant à déceler les tendances et les problèmes nouveaux.



Le Programme des services de santé non assurés procure des services de santé complémentaires à plus de 650 000 membres des Premières nations, Inuits et Innus. Ces services répondent à des besoins d'ordre médical ou dentaire non couverts par les régimes provinciaux ou autres d'assurance-maladie : médicaments d'ordonnance ou en vente libre, fournitures et appareils médicaux, services dentaires, soins de la vue, counseling en santé mentale, et transport vers des services médicaux. Santé Canada s'efforce constamment de rendre le programme plus efficient et adapté aux besoins en matière de santé des clients. Au cours de la période de référence, le Ministère :

- a accéléré l'utilisation de systèmes de gestion automatisés afin d'accroître l'efficacité du programme pour toutes les prestations;
- s'est efforcé de faire affaire avec un fournisseur universel offrant un point de service où les demandes de remboursement sont traitées en temps réel;
- a défini et a adopté des stratégies de gestion pour optimiser l'utilisation des budgets existants. Il a ainsi pu limiter le taux d'augmentation des dépenses au titre du programme à 1,6 % par rapport à l'année précédente. Il importe de souligner le succès avec lequel a été gérée la composante produits pharmaceutiques, où un taux de croissance de 0 % par habitant a été atteint alors même que des taux de croissance dans les deux chiffres sont courants dans les autres régimes d'assurance-médicaments;
- a établi des honoraires de fournisseurs à la valeur au marché dans toutes les régions;
- a adopté des mesures de gestion des coûts additionnelles dans les programmes de médicaments et de soins dentaires, tout en protégeant la prestation de services;
- a mis à jour les Directives nationales du Programme des services de santé non assurés.



### **Priorité 3.2**

Continuer à bâtir un système de santé efficace, durable et pris en charge par les Autochtones.

#### **Réalisations**

De plus en plus, Santé Canada délaisse la prestation directe de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Afin de faciliter le transfert de ces services aux Premières nations et aux Inuits, Santé Canada :

- s'est efforcé d'améliorer l'arrimage avec les efforts en matière d'autonomie gouvernementale d'Affaires indiennes et du Nord Canada dans le contexte plus vaste de la politique fédérale « Rassembler nos forces »;
- a commencé à travailler à l'établissement des cadres et des autorisations nécessaires pour appuyer les négociations sur l'autonomie gouvernementale;
- a fourni des données, des faits et des modèles pertinents, selon le cas, pour aider les Premières nations et les Inuits à poursuivre leur marche vers l'autonomie gouvernementale en matière de santé. Six Premières nations sur quatorze au Yukon ont conclu un accord de transfert des programmes et des services pour les services de santé communautaires, conformément à leurs arrangements d'autonomie gouvernementale en vertu de l'accord-cadre final;
- a joué un rôle consultatif dans l'institution du nouveau gouvernement du Nunavut;
- a amorcé des discussions avec des organismes représentant les Premières nations et les Inuits dans les trois territoires pour appuyer une approche tripartite de la santé des Premières nations et des Inuits;
- à ce jour, 344 communautés de Premières nations et d'Inuits sont engagées dans le processus de transfert;
- a signé 211 accords visant le transfert de la responsabilité des services de santé aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites;
- a élaboré et mis en application, de concert avec Affaires indiennes et du Nord Canada, l'entente pluriministérielle de financement Canada-Premières nations.



Le mandat renouvelé du Programme des services de santé non assurés est centré sur le transfert du programme aux Premières nations et aux Inuits. En conformité avec ce mandat, le Ministère :

- a transféré la responsabilité du système de traitement des demandes de remboursement à la *First Canadian Health Management Corporation Inc.*, entreprise en participation autochtone. Le nouveau système de traitement des demandes a amélioré la capacité de gérer les prestations sous forme de fournitures pharmaceutiques et médicales et d'appareils grâce à un programme perfectionné et plus rigoureux de vérification auprès des fournisseurs. Ce programme permet d'examiner toutes les demandes de remboursement au titre du Programme des services de santé non assurés. Un nouveau module du programme est la fonction de vérification en ligne un

jour, qui permet de vérifier les demandes de remboursement des fournisseurs et d'annuler toutes celles qui ne sont pas acceptables selon les critères du Programme des services de santé non assurés;

- a continué d'établir des mécanismes avec des organismes représentant les Premières nations et

les Inuits pour assurer une participation continue à la gestion des prestations fournis dans le cadre du Programme des services de santé non assurés et appuyer le transfert du programme sous l'autorité des Premières nations. Seize projets pilotes ont été approuvés pour la prestation de services de transport, de soins de la vue, de fournitures et d'appareils médicaux, et de soins dentaires.

Santé Canada continue de travailler au transfert du reste de ses hôpitaux aux Premières nations et aux Inuits, à l'exception d'un dont la fermeture est prévue. Au cours de la période de 1998-1999, le Ministère :

- a poursuivi les négociations au sujet du remplacement de l'hôpital à Inuvik (T.N.-O.) et des rénovations de l'Hôpital général Baffin à Iqaluit (Nunavut);
- a entrepris une étude sur l'avenir de l'installation Norway House au Manitoba;
- a poursuivi les discussions avec les Premières nations au sujet d'autres utilisations de l'installation Percy E. Moore au Manitoba;
- par suite d'une entente conclue par le Ministère, la province de l'Ontario, la municipalité de Sioux Lookout et la nation Nishnawbe-Aski, a continué à définir le processus pour la fusion de l'hôpital fédéral de la zone de Sioux Lookout et de l'hôpital provincial situé à Sioux Lookout (Ontario);
- a accompli des progrès en vue de la planification des évaluations de la santé pour les services hospitaliers et de la négociation d'une nouvelle convention de services à Moose Factory (Ontario);
- a négocié la fermeture de l'hôpital Blood Indian en Alberta.

## Développement durable

### Objectif

Travailler avec les Autochtones afin que leurs connaissances et leur expérience puissent renforcer l'approche de Santé Canada en matière de développement durable.

## Dépenses annuelles au titre PSSNA (1988-1989 à 1998-1999)

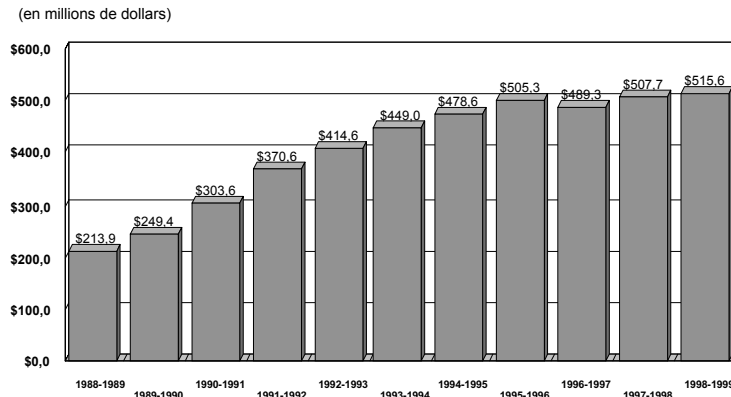


Figure 8



## Contexte

Santé Canada reconnaît la relation particulière que les Premières nations et les Inuits entretiennent avec l'environnement. Dans le cadre du secteur d'activité Santé des Autochtones, le Ministère travaille avec les Premières nations et les Inuits à raccrocher le développement durable aux concepts autochtones de la santé et de l'environnement.

La création d'un système bien intégré et durable, dont le but ultime est le contrôle de leurs services de santé par les Premières nations et les Inuits, passe par l'établissement de relations et de partenariats solides avec les Premières nations et les Inuits. Le Ministère également, par des programmes et des initiatives en matière d'environnement et de santé, poursuit activement des buts relatifs au développement durable et à la santé des Autochtones, en partenariat avec les Premières nations et les Inuits.

## Réalisations

- a continué d'appuyer les propositions de recherche des Premières nations et les évaluations analytiques des contaminants environnementaux;
- a inclus des clauses environnementales, au besoin, dans les ententes avec les Premières nations et les Inuits;
- a mené à terme le Programme sur la qualité de l'eau potable, permettant ainsi à plus de 100 communautés autochtones d'exploiter leurs propres systèmes de contrôle de la qualité de l'eau. Un protocole pour la détection et l'élimination des moisissures dans les habitations des Premières nations a été préparé, et les agents d'hygiène du milieu s'en servent maintenant sur le terrain. Le programme de formation des formateurs pour le transport des matières dangereuses et des déchets biomédicaux a également été réévalué pour assurer le transport efficient, sûr et durable de ces matières;
- a mené à terme le projet EAGLE (*Effects on Aboriginals from the Great Lakes Environment*), qui durait depuis neuf ans. L'étude de la santé dans la région du Petit Lac des Esclaves a également pris fin, et des réunions ont eu lieu pour discuter des résultats avec les collectivités. En déterminant les habitudes alimentaires et les concentrations de contaminants dans les tissus, les collectivités ont été en mesure de fournir une information de haute qualité pour les stratégies de protection de la santé. Ces deux études serviront de modèle pour la surveillance, la recherche et le contrôle futurs dans les collectivités autochtones;
- a créé une base de données pour le système de gestion de l'environnement afin de permettre aux agents d'hygiène du milieu et aux gestionnaires d'installations dans tout le pays de déclarer la contamination. Avec les Premières nations, a préparé du plan directeur pour la gestion des systèmes de réservoirs de carburant et des sols contaminés. Un mécanisme d'intervention en cas de déversement a été établi, et des mesures ont été prises pour assainir le sol contaminé par des hydrocarbures non gazeux à Bearskin Lake (Ontario).





**Imputabilité pour les résultats clés**

**Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale des services médicaux

**Coresponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé



## Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS)

### Objectif

Assurer la durabilité d'un système de santé présentant un caractère national appréciable.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses nettes	82,0	34,8	30,6*

\* Cette somme représente 1,5 % des dépenses réelles du Ministère.

### Contexte

La préservation et la modernisation du système de santé canadien dans un contexte en perpétuel changement est la principale préoccupation du secteur d'activité Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS). Bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux soient responsables de la prestation des soins de santé, le gouvernement fédéral doit s'assurer que les services médicaux dans tout le Canada respectent les principes et les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé (LCS)*, et susciter un consensus national sur la manière d'alléger les pressions financières sur les secteurs public et privé, de maintenir l'accès universel aux soins de santé appropriés, et de parvenir à un meilleur équilibre entre les soins de santé, la prévention de la maladie, et la protection et la promotion de la santé.

### Priorité 4.1

Accès à des services de santé qui sont conformes aux principes de la LCS : universalité, transférabilité, accessibilité, administration publique et intégralité.

### Réalisations

- négociation avec le Manitoba de l'abolition des frais d'établissements pour les services assurés dans des cliniques privées. En conséquence, les retenues sur les paiements au Manitoba dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) ont été arrêtées en décembre 1998. De plus, au cours de la période de référence, un certain nombre de points relatifs à la non-conformité possible dans d'autres régions du Canada ont été soulevés. Les consultations avec les responsables provinciaux et territoriaux ont permis de régler certains de ces points.



## Priorité 4.2

Renouvellement et modernisation du système de santé en coopération avec les provinces et les territoires.

### Réalisations

- travail avec les provinces et les territoires pour étudier des approches innovatrices (y compris l'utilisation de systèmes d'information) afin d'améliorer et de soutenir un système de santé mieux intégré;
- approbation, annonce et signature d'accords de contribution aux termes du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) pour la première phase de financement (44 projets), qui ont débuté en 1997-1998. Ces projets incluent une évaluation nationale du rapport coût-efficacité des soins à domicile, ainsi que des projets pilotes sur la technologie de la télémédecine visant à améliorer la prestation des soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées;
- sélection de la dernière série de projets dans le cadre du FASS. Ce processus a donné lieu à des activités bilatérales avec les provinces et les territoires, et à un concours de projets nationaux au coût de 10 millions de dollars. À la fin de l'exercice 1998-1999, la première année complète d'activité du FASS, 88 autres projets avaient été approuvés, et d'autres étaient encore à l'étude. Par exemple, un projet a été créé afin de mettre à l'essai des outils de gestion pour les listes d'attente. Comme les projets sont surtout de longue durée, les résultats de la plupart ne seront pas disponibles avant l'été ou l'automne 2000. Aucune autre phase de financement n'est prévue;
- publication, à l'été 1998, des rapports de la Conférence sur les approches nationales de l'assurance-médicaments et de la Conférence nationale sur les soins à domicile, organisées de concert avec la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse respectivement. Ces documents, avec d'autres importantes données recueillies dans le cadre d'autres projets du FASS, aident à renseigner les intervenants dans le système de santé sur les principaux faits nouveaux ou enjeux dans ces domaines prioritaires. Afin de faciliter la diffusion de l'information, le Ministère a créé un site Web où sont énumérés les projets et les rapports du FASS

Le FASS a financé des projets qui sont en train de produire de nouvelles données sur des sujets clés comme :

- le rapport coût-efficacité des soins à domicile;
- le besoin de soins à domicile chez les Premières nations et les Inuits, et en milieu rural;
- le besoin de services de soins palliatifs.



< <http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/> > ;

- adoption, par l'entremise de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, d'un ensemble d'orientations et de priorités futures dans le secteur de la santé pour guider les efforts collectifs des deux paliers de gouvernement afin d'améliorer le système de santé et l'état de santé des Canadiens.

### **Priorité 4.3**

Amélioration de l'équilibre entre les soins, le traitement, la prévention et la promotion, et meilleur rapport coût-efficacité du système de santé.

#### **Réalisations**

- collaboration avec les provinces et les territoires pour favoriser l'adoption de normes, d'outils de planification, d'une terminologie et de systèmes de rapport communs pour les soins à domicile, ainsi que pour faire mieux connaître les pratiques exemplaires afin de préparer une proposition en vue d'investissements futurs fondés sur ces connaissances; mise au point d'outils avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants pour améliorer l'abordabilité et la durabilité des régimes d'assurance-médicaments actuels, comme le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments, ainsi que pour encourager des prix justes et raisonnables des médicaments, une diffusion et une pénétration plus grandes de directives de pratique clinique choisies, et un échange accru de données provenant de l'évaluation des médicaments entre les gouvernements;
- création d'un centre de liaison pour la collaboration avec les provinces, les territoires et les autres partenaires afin de faciliter l'essor du secteur des soins à domicile et des soins communautaires comme élément intégral d'un système de santé coordonné et complet pour les Canadiens;
- appui à la réalisation d'une série de projets de recherche, en collaboration avec des partenaires provinciaux et territoriaux, pour accroître les connaissances disponibles au sujet des soins de longue durée, des soins à domicile et des soins communautaires. Ces travaux ont porté sur les besoins prévus des clients, les indicateurs de rendement pour les soins de longue durée, les tendances démographiques et épidémiologiques, et les incitatifs et obstacles financiers aux soins de longue durée;
- organisation d'une série de tables rondes nationales pour déterminer les partenaires et les priorités clés en vue d'interventions futures sur le plan des politiques, des connaissances et de l'infrastructure afin de veiller à ce que le secteur des soins à domicile et des soins communautaires évolue de telle manière à répondre aux besoins croissants et changeants des Canadiens. Les tables rondes ont mis en relief l'importance d'une approche concertée des soins à domicile et des soins communautaires au Canada;



- préparation de documents de travail pour présenter :
  - des renseignements sur les valeurs et les éléments constitutifs proposés pour guider le développement futur des soins à domicile;
  - une synthèse des programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile;
  - un aperçu des questions de ressources humaines dans les soins à domicile.
- collaboration initiale avec Développement des ressources humaines Canada pour réaliser une étude nationale du secteur de ressources humaines des soins à domicile et faire des recommandations afin d'améliorer les questions de travail au Canada;
- collaboration avec les provinces, les territoires et les autres intervenants dans le secteur de la santé, par l'entremise du Comité fédéral-provincial-territorial des questions pharmaceutiques, pour améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments nécessaires du point de vue médical en rendant plus abordable la gamme actuelle de programmes d'assurance-médicaments. Ces travaux ont surtout porté sur les prix des médicaments, l'utilisation des médicaments et les possibilités de rendre le système plus efficient. Par exemple :
  - le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des produits pharmaceutiques a terminé un examen des tendances dans les prix et les dépenses, des niveaux de prix et des facteurs qui poussent les prix à la hausse pour les médicaments d'ordonnance dans les six provinces qui participent à l'étude. Le groupe d'étude a également entrepris une comparaison interprovinciale des prix des produits pharmaceutiques;
  - le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur l'utilisation des médicaments et l'Association médicale canadienne ont parrainé ensemble une table ronde sur les pratiques exemplaires comme une étape en vue de l'élaboration d'une stratégie pancanadienne sur les habitudes de prescription.

Les avantages de ces initiatives pour les Canadiens sont de meilleurs prix pour les médicaments et des habitudes de prescription améliorées.

- définition d'approches nationales de questions relatives au renouvellement du système de soins médicaux, comme les listes d'attente, les directives de pratique et les ressources professionnelles en matière de soins de santé. À ce jour, le travail du Ministère pour réaliser cet engagement est illustré par les progrès accomplis dans le cadre des initiatives suivantes :
  - financement d'un projet de synthèse de la recherche pour déterminer la nature, l'ampleur et les caractéristiques des listes d'attente pour les soins de santé nécessaires. L'étude a révélé que la création et la gestion des listes d'attente n'obéissent à aucune méthode uniforme et varient grandement d'un médecin à l'autre en fonction des approches et des critères individuels. Par conséquent, le Ministre a annoncé en septembre 1998 un projet de deux millions de dollars, sur une période de 18 mois, pour élaborer et mettre à l'essai de nouveaux systèmes et outils normalisés pour établir la priorité des besoins des patients et gérer les listes d'attente pour des actes médicaux choisis;



- financement récent (en collaboration avec le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la régionalisation, les indicateurs de rendement et les résultats) de deux études de synthèse de la recherche sur les cadres et les approches actuels au Canada et dans certains pays de l'OCDE pour assurer la reddition de comptes publics sur le rendement du système de santé et les résultats connexes sur le plan de la santé.

Les résultats attendus de tous ces projets seront une accessibilité et une qualité accrues des soins de santé.

**Imputabilité pour les résultats clés**

**Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale des politiques et de la consultation

**Coreponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité



## Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS)

### Objectif

Favoriser à Santé Canada un processus décisionnel stratégique fondé sur des données probantes et promouvoir l'application d'un processus semblable au sein du système de santé canadien et de la population canadienne.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses nettes	110,1	288,4	288,1*

\* Cette somme représente 14,5 % des dépenses réelles du Ministère.

### Contexte

Le secteur d'activité Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS) joue quatre rôles clés :

- aide à élaborer des programmes, des politiques et des plans stratégiques nationaux de grande envergure;
- aide à favoriser la vaste gamme de recherches nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé du Canada;
- favorise la création et l'application de technologies et de systèmes d'information innovateurs dans le secteur de la santé;
- rend les décideurs de la politique sanitaire comptables de l'efficacité de leurs décisions visant à favoriser une meilleure santé.

Afin d'atteindre ses objectifs, Santé Canada a créé une nouvelle structure en novembre 1998, soit la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC) afin d'améliorer la production et l'utilisation de l'information et de la recherche en matière de santé, et de renforcer les bases analytiques du Ministère. Par l'entremise de la DGIAC, le Ministère améliore le fondement analytique de la prise de décision; élabore un cadre et des politiques stratégiques à long terme qui déterminent, orientent et réorientent la participation du gouvernement à la politique de recherche en santé et à la recherche sur la politique en matière de santé; favorise l'utilisation imaginative de l'autoroute de l'information dans le secteur de la santé; et, en coopération avec les provinces et les territoires, le secteur privé et des partenaires internationaux, fournit conseils, expertise et assistance sur le plan de la gestion et de la technologie de l'information, de la planification et des opérations.



## **Priorité 5.1**

Assurer une surveillance nationale de la santé de première classe et fournir une information provenant de la recherche sur la santé qui est accessible à tous les Canadiens.

### **Réalisations**

- soutien financier de projets de recherche et d'activités connexes par l'entremise de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), l'Institut de la santé de la population, et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Par exemple, le Ministère finance actuellement, de concert avec la FCRSS, un projet du *Centre for Health Economics and Policy Analysis* de l'université McMaster qui a pour titre "*Values in Canadian Health Policy: What Are We Talking About?*" (Les valeurs dans la politique sanitaire canadienne : de quoi parlons-nous?). Le projet offre un cadre conceptuel pour aider les responsables des politiques à distinguer les types de valeurs parmi les patients et les soignants et à mettre au point des outils pour aborder et examiner ces questions de façon plus approfondie;
- co-parrainage avec l'Institut canadien d'information sur la santé et le groupe d'intervention Action Santé du projet "*The Evolution of Public and Private Health Care Spending in Canada, 1960 to 1997*" (L'évolution des dépenses publiques et privées au titre des soins de santé au Canada, 1960 à 1997). L'objectif était d'examiner les dépenses du secteur privé au chapitre de la santé, de clarifier les relations entre les dépenses du secteur public et celles du secteur privé, et de déterminer les données et les informations manquantes afin d'établir les priorités de recherche futures. L'avantage de ce projet est qu'il nous aidera à mieux comprendre la dynamique public-privé dans le secteur de la santé, et qu'il offrira une base pour la détermination des axes de recherche et d'analyse futures en matière de politiques dans ce domaine;
- mise en application du programme de soutien de l'infrastructure de la santé, qui prévoit 8,7 millions de dollars pour le financement de 36 projets innovateurs auxquels participent plus de 30 organisations de prestation de soins dans tout le Canada, avec le concours financier d'entreprises du secteur privé dont la contribution s'élève à 2,2 millions de dollars;
- soutien continu des projets d'infrastructure de Santé Canada (Système d'information sur la santé des Premières nations, Système national de surveillance de la santé et Réseau canadien de la santé), y compris la détermination de la portée, la structure de gouvernance, la stratégie de consultation/partenariat, et d'autres importantes questions comme la protection des renseignements personnels, la sécurité, la responsabilité et la propriété intellectuelle. Ces initiatives, annoncées dans le budget de 1999, sont financées à hauteur de 102 millions de nouveaux dollars sur une période de trois ans;





- publication du rapport final du Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé, *Inforoute santé du Canada – Voies vers une meilleure santé*. Le Conseil a fait 39 recommandations sur l'information en matière de santé pour le grand public, la télésanté, la garantie d'accès, les mécanismes législatifs destinés à protéger les renseignements personnels, et une infrastructure de la santé pour les Autochtones. Une réponse à ce rapport est attendue à l'automne 1999;
- premier pas en vue de créer les Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS), conformément à l'annonce faite dans le budget de 1999. Les ICRS sont maintenant dirigés par un conseil d'administration provisoire formé de 34 personnes nommées par le Ministre et appuyé par un Secrétariat de la transition récemment établi;
- mise de 95 millions de dollars à la disposition de l'Institut canadien d'information sur la santé pour diriger un effort intégré pancanadien visant à améliorer la collecte de données et l'échange d'informations qui feront partie du Carnet de route de l'information sur la santé. Des rapports publics seront produits sur la santé des Canadiens, ainsi que sur l'efficacité, l'efficacités et la capacité d'intervention du système de santé canadien, ce qui permettra aux Canadiens de devenir de meilleurs partenaires de ce système.

## **Priorité 5.2**

Dans le secteur des politiques et de la planification en matière de santé, Santé Canada :

### **Réalisations**

- a continué de travailler en étroite collaboration avec le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins de longue durée pour définir de nouvelles approches permettant d'améliorer le système de santé du Canada. Jusqu'ici, le groupe de travail a terminé l'élaboration préliminaire d'un cadre analytique qui permettra d'extrapoler les besoins des Canadiens en fait de soins continus jusqu'en 2041. D'autres questions à aborder sont celles d'indicateurs de rendement pour les soins de longue durée, de la combinaison services publics-services privés dans les soins de longue durée, de l'analyse quantitative des tendances démographiques et épidémiologiques pour ce qui est des besoins de soins de longue durée, de la recherche sur le rapport coût-efficacité des soins à domicile, et des encouragements et obstacles financiers dans les soins de longue durée. Les avantages de cette initiative pour les Canadiens sont un système de santé mieux intégré, plus rentable et plus efficient;
- a mené des recherches sur des questions comme les déterminants de la santé, l'accessibilité et l'utilisation des soins de santé, et des approches sexuellement neutres de la recherche et de l'évaluation des services de santé sous les auspices du programme des cinq centres d'excellence pour la santé des femmes. Ces travaux contribuent à combler un vide de longue date dans la recherche sur la santé des femmes, et à créer une base d'informations sur la façon dont le sexe et l'activité sexuelle se combinent à d'autres déterminants de



la santé pour influencer sur l'état de santé. Le programme se poursuit jusqu'en 2002, et une évaluation à mi-parcours a été entreprise. Le travail des centres d'excellence pour la santé des femmes contribuera à rendre le système de santé canadien mieux adapté aux besoins distinctifs des femmes sur le plan de la santé en réalisant des recherches et en produisant des connaissances sur des questions comme la santé mentale,

l'abus d'alcool et de drogues, la santé sexuelle et génésique, l'accès aux services de santé, la protection de la santé, le rôle des réseaux de soutien social et l'impact des réformes du système de santé;

- a établi une Stratégie ministérielle pour la santé des femmes

< <http://www.hc-sc.gc.ca./datapcb/datawhb/stratfem.htm> >

pour veiller à ce que le système de santé soit mieux adapté aux questions de santé et aux besoins en matière de santé des femmes. La Stratégie permettra d'évaluer les politiques et les programmes fédéraux pour la santé des femmes, y compris chaque nouveau programme ou nouvelle politique de Santé Canada, pour en déterminer l'incidence potentielle sur la santé des femmes. Un des avantages de cette initiative est de permettre au Ministère d'échanger des informations et de collaborer activement avec des organisations internationales comme les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation panaméricaine de la santé pour travailler à l'amélioration de la santé des femmes;

- a établi des mécanismes permanents de communication et de consultation pour assurer l'inclusion d'intervenants clés dans le processus d'élaboration des politiques. À cette fin, le Ministère a amorcé un dialogue et une consultation, par des tables rondes, des présentations et des réunions, avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et des intervenants clés, dont les fournisseurs de services, les

fournisseurs de soins à domicile, et les représentants d'organismes professionnels. Résultat de ce processus, l'élaboration de politiques ministérielles, par exemple de politiques pour l'amélioration et le développement futurs des secteurs des soins à domicile et des soins communautaires, aura bénéficié de la participation de nombreux groupes de Canadiens;

Bien qu'elles vivent 6,3 années de plus que les hommes, les femmes ne profitent que de 1,5 année de vie sans invalidité de plus.

**Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes, septembre 1996**

À Santé Canada, notre engagement consiste à faire participer les Canadiens à l'élaboration des principales politiques du Ministère par une consultation et une communication efficaces.



- a publié le rapport final de la Conférence nationale sur l'infrastructure de la santé, dont le Ministère a été l'hôte avec le ministère de la Santé de l'Alberta et qui a réuni quelque 300 personnes de divers secteurs, y compris des représentants des Premières nations et des Inuits et des représentants internationaux, pour discuter de la création d'une infrastructure canadienne de la santé;
- a procédé au travail préliminaire, en collaboration avec ses homologues provinciaux et territoriaux, en vue de l'établissement d'un mécanisme officiel de collaboration fédérale-provinciale-territoriale sur les questions d'infrastructure de la santé;
- a établi des groupes de travail, par l'entremise du forum fédéral-provincial-territorial des chefs de l'information sur la santé, sur l'an 2000, la protection des renseignements personnels, la sécurité et les normes. Cette initiative a donné lieu à la création du Centre canadien d'information pour la santé relativement à l'an 2000 par suite de la négociation d'une initiative fédérale-provinciale-territoriale de 4,5 millions de dollars. Le groupe de travail sur la protection des renseignements personnels est en train d'harmoniser un régime pour la protection des renseignements personnels et le groupe de travail sur la sécurité est en train d'établir un réseau national de communications sécurisées, pendant que le groupe de travail sur les normes définit un cadre pour le modèle de gestion des normes au Canada;
- pour donner suite à la priorité qu'est la télésanté :
  - a défini le mandat d'un groupe de travail national sur la télésanté;
  - a appuyé l'établissement de la Société canadienne pour la télésanté;
  - a appuyé la participation à un forum de projets spéciaux du G7 ou du G8 sur la télémédecine d'un point de vue international global;
  - a entrepris des activités de recherche sur les politiques et de collaboration pour déterminer le potentiel du domaine des télé-soins à domicile et définir ce domaine, y compris l'organisation d'un atelier de consultation avec CANARIE;



### **Imputabilité pour les résultats clés**

#### **Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

#### **Coreponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale des politiques et de la consultation

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la protection de la santé

Sous-ministre adjoint - Direction générale des services médicaux

Directeurs généraux régionaux

## Secteur d'activité 6 : Services ministériels (SM)

### Objectif

Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada par la prestation de services administratifs et de conseils ou de directives aux cadres supérieurs, en vue de l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	89,5	157,1	147,3
Recettes attendues	(1,3)	(1,3)	(1,2)
Dépenses nettes	88,2	155,8	146,1*

\* Cette somme représente 7,3 % des dépenses réelles du Ministère.

### Contexte

Les Services ministériels fournissent une gamme complète de services administratifs dans tout le Ministère :

- planification financière, systèmes et administration;
- planification des ressources humaines, développement et opérations;
- gestion de l'information, y compris technologie de l'information;
- gestion des biens, y compris acquisition de biens et services;
- santé au travail, sûreté et sécurité;
- correspondance du Ministre et du Sous-ministre.

En plus, les Services ministériels appuient la gestion globale des ressources du Ministère :

- en guidant et en conseillant sur le plan fonctionnel les gestionnaires de programme;
- en intégrant les options, les évaluations, les plans et les rapports en matière de ressources;
- en encourageant des méthodes de contrôle modernes;
- en entreprenant des vérifications internes.



### **Priorité 6.1**

Appuyer le renforcement continu de l'effectif de Santé Canada.

#### **Réalisations**

- évaluations de tous les postes dans des groupes clés des catégories sciences, économie et programme pour déterminer les besoins sur le plan de la dotation en personnel au cours des années à venir;
- établissement, avec le concours de la Commission de la fonction publique, d'un inventaire automatisé d'environ 1 800 personnes disponibles pour combler des postes clés en sciences, au besoin;
- participation active, de concert avec la Commission de la fonction publique, à des campagnes de recrutement de diplômés des niveaux collégial ou universitaire pour combler des postes, notamment dans les groupes économie et sciences infirmières;
- création de programmes pilotes de perfectionnement professionnel pour les agents de niveau subalterne et intermédiaire, et mise sur pied du Programme de perfectionnement en gestion pour renforcer les capacités des personnes reconnues comme des cadres supérieurs en puissance.

### **Priorité 6.2**

S'assurer que les stratégies de ressources humaines tiennent compte des objectifs en matière de langues officielles et d'équité en matière d'emploi.

#### **Réalisations**

- revue des processus de dotation en personnel pour déterminer les pratiques et les cultures organisationnelles qui créent des obstacles à l'équité en matière d'emploi, et correctifs apportés au besoin;
- constitution d'un fonds pour appuyer la formation linguistique dans tout le Ministère;
- mise en oeuvre réussie de la deuxième année d'un plan d'action pour l'emploi de personnes appartenant à une minorité visible.



### **Priorité 6.3**

Améliorer les capacités du Ministère de gérer ses ressources financières.

#### **Réalisations**

- adoption le 31 mars 1999 du système intégré de gestion des finances et du matériel Systèmes, Applications, Produits (SAP), qui est conforme aux exigences du passage à l'an 2000 et qui renforcera les capacités du Ministère pour ce qui est des rapports horizontaux et de la comptabilité d'exercice, de

même que l'intégration des renseignements financiers et des données sur le rendement en conformité avec la Stratégie d'information financière dans tout le gouvernement;

- utilisation efficace de technologies de l'information pour gérer les ressources financières, y compris introduction de matériels, de logiciels et de services d'appoint supplémentaires par suite de l'adoption du système SAP.

#### **Priorité 6.4**

Faire une utilisation efficace des technologies de l'information.

##### **Réalisations**

- premier ministère membre de l'Infrastructure à clés publiques pour l'ensemble du gouvernement. Il s'agit d'une étape importante dans l'initiative Prestation de services électroniques protégés à Santé Canada, qui offre des solutions de sécurité communes en matière de technologie de l'information (TI) pour la prestation électronique de services et facilite l'échange d'information entre le Ministère et des organismes des secteurs public et privé;
- révision et diffusion de la politique de gestion des dossiers du Ministère, qui fournit des indications au sujet du cycle de vie des biens d'information du Ministère;
- établissement d'une capacité de préparation et de planification en matière de TI pour entreprendre des initiatives stratégiques de TI et de planification et de mise au point d'architecture, y compris mise à l'essai complète de nouvelles technologies avant leur introduction sur le réseau « Entreprise » du Ministère.

#### **Priorité 6.5**

Améliorer les capacités du Ministère de gérer ses biens.

##### **Réalisations**

- mise en service d'un module d'approvisionnement pour le système SAP, de même que pour l'accès électronique aux politiques de gestion du matériel de Santé Canada, pour améliorer l'efficacité des processus d'achat et de gestion des biens matériels du Ministère;
- élaboration et mise en application, en conformité avec les engagements pris dans la Stratégie de développement durable de 1997 de Santé Canada, d'un système de gestion de l'environnement qui favorisera la réduction des effets nocifs des opérations ministérielles sur l'environnement;
- appui de la Stratégie fédérale d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones par diverses initiatives, dont la création d'un répertoire de fournisseurs autochtones pour le Ministère.



**Imputabilité pour les résultats clés**

**Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint principal - Direction générale des services de gestion

**Coresponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse  
et de la connectivité

Directeurs généraux régionaux

Directeur, Vérification interne





# SECTION IV : RAPPORT D'ENSEMBLE

---

## Préparation au passage à l'an 2000

### Projet An 2000

Le mandat de la Direction du projet An 2000 de Santé Canada est d'établir un centre de coordination des activités en cours touchant le passage à l'an 2000 à tous les niveaux de Santé Canada et de jouer un rôle directeur si besoin est :

- en mettant en place l'infrastructure de gestion pour veiller à ce que le Ministère respecte ses engagements relatifs à l'an 2000;
- en élaborant des mesures claires et uniformes par rapport aux entreprises du Ministère relativement à l'an 2000;
- en surveillant l'état de préparation des systèmes ministériels, y compris des systèmes critiques pour la mission du gouvernement au sein de la Direction générale des services médicaux et de la Direction générale de la protection de la santé, des systèmes critiques pour la mission du Ministère et des systèmes intégrés, et en préparant les plans d'urgence du Ministère;
- en travaillant avec les directions générales pour les appuyer et déterminer les failles ou les risques potentiels ainsi que les progrès par rapport aux plans;
- en recueillant, en analysant et en transmettant au Groupe de planification nationale de contingence pour l'an 2000 des informations sur l'état de préparation des hôpitaux et des autres établissements de santé, les responsabilités réglementaires du Ministère, et, en coopération avec Environnement Canada, les systèmes d'aqueduc et d'égout;
- en conseillant la direction du Ministère relativement aux progrès par rapport aux plans;
- en assurant la liaison avec les organismes centraux.





## Réalisations

### État de préparation du Ministère

- au 31 mars 1999, la préparation globale des systèmes informatiques de Santé Canada critiques pour la mission de tout le gouvernement du Canada était à 92 % complète, et celle de ses systèmes intégrés, à 82% complète, pour un indice de préparation combiné de 88 %;
- à la même date, la préparation globale des systèmes critiques pour la mission de tout le Ministère s'établissait à 88 %;
- une structure de supervision et de gouvernance, des plans d'analyse des risques et de contingence pour les fonctions ministérielles, ainsi que des plans pour assurer la continuité des opérations ont été établis;
- des plans d'urgence et de reprise des opérations pour le Ministère et ses agences ont été préparés, et la formation ainsi que les essais connexes ont eu lieu.

### Responsabilités réglementaires (matériels médicaux, sang et médicaments) de la Direction générale de la protection de la santé

- plus de 2 000 fabricants de matériels médicaux ont été contactés. Selon les réponses reçues, une proportion d'entre eux se sont fortement engagés à aborder les questions de conformité à l'an 2 000;
- les noms des fabricants qui n'ont pas répondu ont été affichés dans les pages Web du Programme des produits thérapeutiques  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/y2k-md.html> >;
- collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour diffuser l'information aux établissements de soins de santé;
- les sociétés d'approvisionnement en sang, c'est-à-dire la Société canadienne du sang (SCS) et HÉMA-Québec, ont été soumises à des vérifications;
- une liste critique de produits pharmaceutiques et de fabricants a été établie.

### Planification nationale de contingence

- un questionnaire d'enquête a été établi puis approuvé par les provinces et les territoires pour la collecte de données relatives à l'an 2000 sur les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé (secteur des soins de santé);
- des relations de travail axées sur la coopération ont été établies avec les provinces et les territoires;
- une base de données a été créée pour le stockage et le traitement des données d'enquête; des protocoles ont été établis pour la transmission électronique des données au Groupe de planification nationale de contingence;



- des données préliminaires sur l'état de préparation au passage à l'an 2000 dans le secteur de la santé ont été présentées au Groupe de planification nationale de contingence, ainsi que des données sur les matériels médicaux, le système d'approvisionnement en sang et les produits pharmaceutiques aux fins de l'Évaluation du risque pour l'infrastructure nationale de mars 1999.

### **Communications**

- une stratégie de communication et un plan de mise en oeuvre ont été établis pour l'ensemble du Ministère, en conformité avec les communications du Conseil du Trésor;
- une série de feuillets de renseignements et une brochure générique, « L'an 2000 et votre santé », ont été préparées; une stratégie de diffusion vaste et diversifiée, qui vise notamment les collègues fédéraux-provinciaux-territoriaux et les associations du secteur de la santé, a été préparée; un site Web de l'an 2000 à Santé Canada  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/2000/> >  
a été créé; et des informations ont été fournies au service de renseignements 1-800 du gouvernement du Canada;
- des feuillets de renseignements sur des sujets comme les matériels médicaux, les produits thérapeutiques, les dispositifs émettant des radiations et les personnes âgées ont été terminés.



## **Gestion du matériel**

La Division de la gestion du matériel de Santé Canada a pour responsabilité d'aider à l'acquisition de matériel et de services nécessaires à la réalisation des activités de programme du Ministère, et de fournir des avis à cet égard. Elle prépare en outre les biens en vue de la mise en service de nouveaux systèmes, processus ou initiatives, et améliore l'efficacité des processus pour l'achat et la gestion des biens matériels du Ministère. Les exemples suivants attestent ce mandat :

- achèvement d'un processus de validation et de conversion de la base de données de 72 000 biens de Santé Canada afin d'exclure les biens non critiques de la mise en service prévue de SAP;
- adoption d'un module d'approvisionnement pour le système SAP;
- mise en service, en format Lotus Notes, d'une base de données du Centre des politiques portant sur la gestion du matériel qui sert de référence pour la gestion des contrats, du parc automobile, des biens et de l'inventaire;
- appui continu de la Stratégie fédérale d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones par diverses initiatives dont la création d'un inventaire des fournisseurs autochtones pour le Ministère et une exposition de la technologie informatique autochtone à Santé Canada.



## Stratégie de développement durable

À mesure qu'une philosophie de développement durable est intégrée plus totalement dans tous les aspects des activités du Ministère, il devient plus difficile de rendre compte de l'étendue des progrès. Cette section met en relief les activités les plus évidentes qui assureront aux Canadiens un avenir plus sain et plus durable. On trouvera plus de détails au sujet des progrès réalisés relativement aux objectifs révisés de la Stratégie de développement durable de 1997 du Ministère dans le *Rapport sur les progrès de 1997-1998*, dans les pages Web de Santé Canada :

< [http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health_f.htm) >

Voici certains faits saillants :

- création d'un Bureau du développement durable, qui fournit des ressources pour la coordination inter-directions générales et détermine des cibles plus quantifiables;
- instauration à la grandeur du Ministère d'une culture de la santé des populations et du développement durable qui reconnaît et cible tous les déterminants sociaux, culturels, économiques et environnementaux de la santé;
- mise en service d'un Système de gestion environnementale qui donne la garantie que nous gérons les opérations d'une manière qui minimise les risques pour la santé humaine et l'environnement, qui satisfait aux exigences législatives et aux normes ou les dépasse, et qui vise constamment à réduire toute conséquence nocive pour l'environnement des décisions, des activités et des opérations matérielles du Ministère;
- redéfinition du système de surveillance de la santé du Ministère afin de le rendre plus efficient, sensible à la situation internationale, complet, accessible, et respectueux des besoins et des responsabilités des provinces et des territoires;
- consultation et information accrues des intéressés par l'entremise de groupes consultatifs (p. ex. le Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire établi en 1998) et de consultations publiques sur diverses questions qui touchent la santé des Canadiens, et création d'un Bureau des affaires des consommateurs et de la participation du public;
- prise en compte plus totale des personnes ou des groupes qui peuvent être exposés à des risques additionnels (p. ex. enfants, femmes enceintes et Autochtones) dans notre évaluation avant et après commercialisation de produits chimiques et autres en vertu de la *LPA*<sup>1</sup>, de la *LCPE*<sup>2</sup>, de la *LPD*<sup>3</sup>, de la *LAD*<sup>4</sup>, de la *LDER*<sup>5</sup>, et de la *LCEE*<sup>6</sup>;
- redéfinition du processus ministériel d'évaluation et de gestion des risques pour qu'il repose davantage sur une base scientifique, soit plus exhaustif et tienne davantage compte des questions de durabilité;
- recherche de partenariats et préparation d'ententes internationales pour



trouver des solutions à des problèmes planétaires complexes qui se répercutent directement sur la santé des Canadiens, comme la biodiversité, le changement climatique, et le transport sur de longues distances de polluants organiques persistants);

- collaboration avec les intéressés pour élaborer des stratégies de réduction des risques posés par des substances dangereuses, y compris des contaminants inquiétants (p. ex. appui de l'adoption de la lutte antiparasitaire intégrée, participation aux Plans d'action régionaux nord-américains pour les polluants et métaux organiques persistants, initiatives biorégionales et Processus des options stratégiques en vertu de la Politique de gestion des substances toxiques);
- élaboration, examen et révision des politiques et des lois en matière de santé pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins d'un Canada en santé (p. ex. la nouvelle politique de réduction des risques de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire, le renouvellement de la LCPE, le Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire, et la loi proposée sur la sûreté des produits liés à l'eau potable).

---

1 *Loi sur les produits antiparasitaires*

2 *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*

3 *Loi sur les produits dangereux*

4 *Loi sur les aliments et drogues*

5 *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*

6 *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*



## Initiatives réglementaires

Santé Canada continue de mettre à jour et de réviser son système réglementaire afin de protéger de manière plus efficace la santé, la sécurité et l'environnement. Les initiatives du Ministère protègent le bien-être des Canadiens et des Canadiennes par la prise en charge des risques que présentent les aliments, le tabac, l'environnement naturel et les milieux de travail, ainsi que les produits thérapeutiques, les produits antiparasitaires, les produits de consommation et les produits industriels.

La présente section sur les initiatives réglementaires couvre la période de janvier 1998 à mars 1999, la période de rapport passant de l'année civile à l'année financière. Elle intègre les initiatives législatives et réglementaires indiquées dans le Plan de réglementation fédérale de 1997 et d'autres publications ministérielles. Il y est rendu compte de certaines des initiatives réglementaires proposées dans le Rapport sur les plans et priorités de 1998.

### Principales initiatives législatives/réglementaires

But de l'initiative réglementaire / législative	Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
Règlement sur les aliments et drogues (Bonnes pratiques de fabrication [BPF] pour les aliments)  Deuxième lecture du projet de loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada prévue pour l'automne 1999	Ces BPF établiraient des exigences de fabrication et de distribution minimales considérées comme essentielles pour la salubrité des produits alimentaires au Canada. Elles serviraient de point de départ pour l'harmonisation des exigences réglementaires au niveau fédéral, provincial et territorial, ainsi que par rapport aux <i>Principes généraux d'hygiène alimentaire</i> élaborés par la Commission du <i>Codex Alimentarius</i> .	Les progrès de l'industrie alimentaire pour établir des mesures conformes aux BPF dans tout le continuum de la production, de la fabrication et de la vente au détail d'aliments seraient mesurés par des activités d'inspection, de vérification de la conformité et d'exécution de la loi de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA).	Les BPF ont été élaborées, mais les règlements ont été retardés en raison de la formation de l'ACIA et du processus de renouveau législatif en cours à Santé Canada et à l'ACIA.  Il a été suggéré que les BPF proposées soient incorporées dans les règlements fédéraux unifiés sur les aliments pris en vertu de la loi proposée sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada.



## Principales initiatives législatives/réglementaires (suite)

But de l'initiative réglementaire / législative	Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
<p>Règlement sur les aliments et drogues (Allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs)</p> <p>Les règlements sont en train d'être rédigés en vue de leur publication dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i></p>	<p>Fournir au consommateur des informations quant à la teneur en éléments nutritifs qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sont uniformes, exactes et non trompeuses;</li> <li>- sont fondées sur des critères de santé et sont conformes aux conseils en matière de diététique;</li> <li>- ne sont pas contraires aux questions de santé et de sécurité, mais tiennent compte des considérations économiques et commerciales.</li> </ul>	<p>Moins de dossiers d'allégations de propriétés nutritives et moins d'activités de vérification de la conformité.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements n'auront pas été publiés dans la <i>Partie II de la Gazette du Canada</i>.</p>
<p>Règlement sur les aliments et drogues (Révision du Titre 16 - Tableaux d'additifs alimentaires).</p> <p>Les modifications ont été incorporées dans le projet de loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada, qui permettra d'aller de l'avant avec ces révisions.</p>	<p>La nouvelle approche donnera plus de latitude à l'industrie dans l'utilisation des additifs alimentaires, tout en continuant de garantir la sécurité du public.</p>	<p>Moins de dossiers d'additifs alimentaires, moins de modifications aux normes alimentaires et moins de mesures d'application de la loi.</p>	<p>Un marché est en train d'être planifié pour corriger les lacunes révélées par les Services juridiques. Les résultats commenceront à se faire sentir un an après la publication des modifications dans la <i>Partie II de la Gazette du Canada</i>.</p>
<p>Règlement sur les aliments et drogues (Sang)</p> <p>Attente de la mise au point définitive des normes de la CAS pour le sang</p>	<p>Santé Canada propose d'adopter de nouveaux règlements et d'en mettre à jour d'autres pour assurer la sûreté du sang et des composants sanguins, ainsi que des tissus et organes destinés à être transplantés, y compris les xénogreffes.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et le contenu finals des règlements seront connus.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.</p>



## Principales initiatives législatives/réglementaires (suite)

But de l'initiative réglementaire / législative	Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
<p>Règlement sur les produits antiparasitaires</p> <p>Les règlements d'application de la <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i> sont en train d'être mis à jour et modifiés de manière à permettre l'inclusion de nouveaux éléments dans la nouvelle loi proposée sur les produits antiparasitaires.</p>	<p>L'adoption de la <i>Loi sur produits antiparasitaires</i> exigera des changements aux règlements dans les domaines de la participation du public, de l'accès à l'information à l'appui des homologations de pesticides, des types d'homologation, de la protection des droits de priorité aux données, de la déclaration des effets défavorables et d'une base de données nationale sur les pesticides.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et le contenu finals des règlements seront connus.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.</p>
<p>Règlement sur le tabac (Étiquetage)</p> <p>Des propositions réglementaires sont en voie d'élaboration et devraient être publiées dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i> à l'automne 1999.</p>	<p>La proposition fera augmenter le nombre d'ingrédients et d'émissions qui devront être déclarés sur l'emballage afin de mieux sensibiliser les consommateurs aux dangers des produits du tabac; elle exigera en outre l'affichage de graphiques dans les mises en garde contre ces dangers. Un document de consultation, <i>Projet de nouvelles exigences d'étiquetage pour les produits du tabac</i>, a été publié et remis à l'industrie et aux parties intéressées en janvier 1999 pour obtenir leurs commentaires.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et le contenu finals des règlements seront connus.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.</p>





## Principales initiatives législatives/réglementaires (suite)

---

<b>But de l'initiative réglementaire / législative</b>	<b>Résultat attendu</b>	<b>Critères de mesure du rendement</b>	<b>Résultat</b>
<p>Règlement sur le tabac (Promotion)</p> <p>Des propositions réglementaires sont en voie d'élaboration et devraient être publiées dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada Gazette</i> en 1999-2000.</p>	<p>De nouveaux règlements seront proposés, qui pourront influencer sur la publicité et la promotion de commandite des produits et des accessoires du tabac. Le but est de protéger les Canadiens (en particulier les jeunes) contre la tentation du tabac. Un document de consultation, <i>Options pour la réglementation de la promotion du tabac</i>, a été publié et remis à l'industrie et aux parties intéressées en janvier 1999 pour obtenir leurs commentaires.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et le contenu finals des règlements seront connus.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.</p>

---



## Principales initiatives législatives/réglementaires (suite)

---

<b>But de l'initiative réglementaire / législative</b>	<b>Résultat attendu</b>	<b>Critères de mesure du rendement</b>	<b>Résultat</b>
<p>Règlement sur le tabac (Déclaration)</p> <p>La publication dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i> est prévue pour l'automne 1999.</p>	<p>La proposition vise à étendre la liste des ingrédients et des émissions qui doivent être déclarés, et elle s'appliquera à toutes les classes de produits du tabac. À cette fin, une Lettre de renseignements de la Direction générale de la protection de la santé a été publiée le 10 juin 1998 pour demander des commentaires sur ces propositions réglementaires. Les commentaires ont été analysés, et le texte réglementaire est en train d'être rédigé par la Section de la réglementation (Justice).</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et le contenu finals des règlements seront connus.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.</p>

---





# SECTION V : RENDEMENT FINANCIER

---

## Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent sont présentés pour donner un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 1998-1999, ainsi que des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Cette année encore, Santé Canada s'est efforcé de faire l'usage le plus efficace et le plus efficient possible de ses ressources, afin de faire en sorte que les Canadiens en aient pour leur argent.

Dans l'ensemble en 1998-1999, les fonds non dépensés en fin d'exercice à Santé Canada n'étaient pas considérables. L'excédent a été de 20,3 millions de dollars, ou 1 %, pour les ressources de fonctionnement, et de 4,6 millions de dollars pour les contributions, ou un quart de 1 %. Ces excédents sont d'abord attribuables aux retards dans la mise en route de nouvelles initiatives, et au calendrier des contributions aux gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'aux organismes sans but lucratif dans le domaine de la santé et des services sociaux.

## Tableaux financiers récapitulatifs

### TABLEAU FINANCIER 1

#### Sommaire des crédits approuvés

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit	1998-1999 Dépenses prévues	1998-1999 Autorisations totales	1998-1999 Réelles	
<b>Santé Canada</b>				
1	Dépenses de fonctionnement	917,5	1 020,2	<b>1 008,3</b>
5	Subventions et contributions	821,0	925,5	<b>920,9</b>
(S)	Ministre de la Santé - traitement et allocation pour automobile	0,1	0,1	<b>0,1</b>
(S)	Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	62,2	62,8	<b>62,8</b>
(S)	Paiements au titre des services de santé assurés et des services complémentaires de santé	-	2,4	<b>2,4</b>
(S)	Dépense du produit de l'élimination de surplus Biens de l'État	-	0,3	<b>0,3</b>
<b>Total pour le Ministère</b>		<b>1 800,8</b>	<b>2 011,3</b>	<b>1 994,8</b>



**Les dépenses prévues** sont celles qui sont indiquées dans le Rapport sur les plans et priorités pour 1998-1999.

**Les autorisations totales** correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

**Les dépenses réelles** sont celles qui sont indiquées dans les Comptes publics.



## TABLEAU FINANCIER 2 Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

(millions de dollars)

Secteurs d'activité	ETP*	Fonctionnement	Capital	Subventions et contributions votées	Total partiel : dépenses votées brutes	Subventions et contributions législatives	Total des dépenses brutes	Moins : Recettes affectées aux dépenses	Total des dépenses nettes
Gestion des risques en matière de santé	2 922	244,7	-	38,4	283,1	-	283,1	(54,3)	228,8
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>2 900</i>	<i>276,4</i>	-	<i>42,7</i>	<i>319,1</i>	-	<i>319,1</i>	<i>(53,1)</i>	<i>266,0</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>2 900</b>	<b>271,9</b>	-	<b>42,7</b>	<b>314,6</b>	-	<b>314,6</b>	<b>(46,8)</b>	<b>267,8</b>
Promotion de la santé de la population	502	78,6	-	129,2	207,8	-	207,8	-	207,8
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>506</i>	<i>68,1</i>	-	<i>134,7</i>	<i>202,8</i>	-	<i>202,8</i>	-	<i>202,8</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>506</b>	<b>67,0</b>	-	<b>134,6</b>	<b>201,6</b>	-	<b>201,6</b>	-	<b>201,6</b>
Santé des Autochtones	1 312	566,0	-	527,8	1 093,8	-	1 093,8	(9,9)	1 083,9
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>1 263</i>	<i>567,4</i>	-	<i>505,2</i>	<i>1 072,6</i>	-	<i>1 072,6</i>	<i>(9,1)</i>	<i>1 063,5</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>1 263</b>	<b>562,1</b>	-	<b>505,2</b>	<b>1 067,3</b>	-	<b>1 067,3</b>	<b>(6,7)</b>	<b>1 060,6</b>
Soutien et renouvellement du système de santé	64	28,8	-	53,2	82,0	-	82,0	-	82,0
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>64</i>	<i>6,1</i>	-	<i>26,3</i>	<i>32,4</i>	<i>2,4</i>	<i>34,8</i>	-	<i>34,8</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>64</b>	<b>6,4</b>	-	<b>21,8</b>	<b>28,2</b>	<b>2,4</b>	<b>30,6</b>	-	<b>30,6</b>
Politiques, planification et information en matière de santé	566	57,4	-	52,7	110,1	-	110,1	-	110,1
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>676</i>	<i>102,5</i>	-	<i>185,9</i>	<i>288,4</i>	-	<i>288,4</i>	-	<i>288,4</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>676</b>	<b>102,2</b>	-	<b>185,9</b>	<b>288,1</b>	-	<b>288,1</b>	-	<b>288,1</b>
Services ministériels	603	69,8	-	19,7	89,5	-	89,5	(1,3)	88,2
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>729</i>	<i>121,9</i>	<i>4,4</i>	<i>30,8</i>	<i>157,1</i>	-	<i>157,1</i>	<i>(1,3)</i>	<i>155,8</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>729</b>	<b>112,3</b>	<b>4,2</b>	<b>30,8</b>	<b>147,3</b>	-	<b>147,3</b>	<b>(1,2)</b>	<b>146,1</b>
<b>Total</b>	<b>5 969,0</b>	<b>1 045,3</b>	-	<b>821,0</b>	<b>1 866,3</b>	<b>0,0</b>	<b>1 866,3</b>	<b>(65,5)</b>	<b>1 800,8</b>
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>6 138,0</i>	<i>1 142,4</i>	<i>4,4</i>	<i>925,6</i>	<i>2 072,4</i>	<i>2,4</i>	<i>2 074,8</i>	<i>(63,5)</i>	<i>2 011,3</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>6 138,0</b>	<b>1 121,9</b>	<b>4,2</b>	<b>921,0</b>	<b>2 047,1</b>	<b>2,4</b>	<b>2 049,5</b>	<b>(54,7)</b>	<b>1 994,8</b>
<b>Autres recettes et dépenses</b>									
<b>Recettes créditées aux recettes ne pouvant être dépensées à nouveau</b>									
<i>(Autorisations totales)</i>									
<b>(Réelles)</b>									
<b>Coût des services offerts par d'autres ministères</b>									
<i>(Autorisations totales)</i>									
<b>(Réelles)</b>									
<b>Coût net du programme</b>									
<i>(Autorisations totales)</i>									
<b>(Réelles)</b>									

Note : Les chiffres en italiques correspondent aux autorisations totales de 1998-1999 (Budget principal des dépenses, Budgets supplémentaires des dépenses et autres autorisations).

Les chiffres en caractères gras correspondent aux dépenses ou recettes réelles de 1998-1999.

Recettes ne pouvant être dépensées à nouveau : Ces recettes étaient auparavant appelées «Recettes créditées au Trésor». Elles ne peuvent pas être dépensées par le Ministère, mais sont disponibles pour le gouvernement.

\* Équivalents temps plein (ETP)

## TABLEAU FINANCIER 3

### Comparaison dans le temps des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

Secteurs d'activité	Réelles	Réelles	Dépenses	Autorisations	Réelles
	1996-1997	1997-1998	prévues 1998-1999	totales 1998-1999	1998-1999
Gestion des risques en matière de santé	198,7	180,3	228,8	266,0	<b>267,8</b>
Promotion de la santé de la population	167,2	175,1	207,8	202,8	<b>201,6</b>
Santé des Autochtones	1 003,4	1 026,8	1 083,9	1 063,4	<b>1 060,5</b>
Soutien et renouvellement du système de santé	(92,0)*	14,6	82,0	34,8	<b>30,7</b>
Politiques, planification et information en matière de santé	103,8	114,3	110,1	288,4	<b>288,1</b>
Services ministériels	130,7	131,7	88,2	155,9	<b>146,1</b>
<b>Total</b>	<b>1 511,8</b>	<b>1 642,8</b>	<b>1 800,8</b>	<b>2 011,3</b>	<b>1 994,8</b>

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

\* Depuis 1996-1997, les paiements au titre du Financement des programmes établis sont déclarés sous une nouvelle autorisation législative du ministère des Finances. La somme déclarée en 1996-1997 représente les recouvrements d'abattements de points d'impôt fédéral en vertu des ententes de non-participation.





## TABLEAU FINANCIER 4 Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison des dépenses prévues et des autorisations totales de 1998-1999 avec les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité (millions de dollars)

	Gestion des risques en matière de santé	Promotion de la santé de la population	Santé des Autochtones	Renouvellement et soutien du système de santé	Politiques, planification et information en matière de santé	Services ministériels	Total
Protection de la santé	186,2	-	-	-	7,4	-	193,6
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>222,8</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>17,4</i>	<i>-</i>	<i>240,2</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>223,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>17,5</b>	<b>-</b>	<b>241,1</b>
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	14,0	-	-	-	-	-	14,0
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>18,2</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>18,2</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>18,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>18,5</b>
Promotion et programmes de la santé	2,4	207,8	22,1	2,7	14,2	-	249,2
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>2,3</i>	<i>202,8</i>	<i>22,6</i>	<i>3,4</i>	<i>14,2</i>	<i>-</i>	<i>245,3</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>2,2</b>	<b>201,6</b>	<b>22,2</b>	<b>3,7</b>	<b>14,2</b>	<b>-</b>	<b>243,9</b>
Services médicaux	2,5	-	1 061,8	-	-	-	1 064,3
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>2,7</i>	<i>-</i>	<i>1 040,9</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>1 043,6</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>2,9</b>	<b>-</b>	<b>1 038,4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1 041,3</b>
Agence d'hygiène et de sécurité au travail	23,7	-	-	-	-	-	23,7
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>20,0</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>20,0</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>20,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>20,6</b>
Politiques et consultation	-	-	-	79,3	67,7	-	147,0
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>31,4</i>	<i>231,4</i>	<i>-</i>	<i>262,8</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>26,9</b>	<b>231,4</b>	<b>-</b>	<b>258,3</b>
Services de gestion	-	-	-	-	20,8	88,2	109,0
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>25,4</i>	<i>155,8</i>	<i>181,2</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>25,0</b>	<b>146,1</b>	<b>171,1</b>
<b>Total des dépenses prévues</b>	<b>228,8</b>	<b>207,8</b>	<b>1 083,9</b>	<b>82,0</b>	<b>110,1</b>	<b>88,2</b>	<b>1 800,8</b>
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>266,0</i>	<i>202,8</i>	<i>1 063,5</i>	<i>34,8</i>	<i>288,4</i>	<i>155,8</i>	<i>2 011,3</i>
<b>(Réelles)</b>	<b>267,8</b>	<b>201,6</b>	<b>1 060,6</b>	<b>30,6</b>	<b>288,1</b>	<b>146,1</b>	<b>1 994,8</b>
<b>% du Total</b>	<b>13,4 %</b>	<b>10,1 %</b>	<b>53,2 %</b>	<b>1,5 %</b>	<b>14,5 %</b>	<b>7,3 %</b>	<b>100 %</b>

Note :

Les chiffres en italiques correspondent aux autorisations totales de 1998-1999 (Budget principal des dépenses, Budgets supplémentaires des dépenses et autres autorisations).

Les chiffres en caractères gras correspondent aux dépenses ou recettes réelles de 1998-1999.

Les chiffres étant arrondis, ils peuvent ne pas correspondre au total indiqué.

## TABLEAU FINANCIER 5

### Recettes affectées aux dépenses

(millions de dollars)

Secteurs d'activité/ Secteurs de service	Réelles 1996-1997	Réelles 1997-1998	Recettes prévues 1998-1999	Autorisations totales 1998-1999	Réelles 1998-1999
<b>Gestion des risques en matière de santé</b>					
Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	0,9	0,7	2,2	1,3	<b>1,0</b>
Réglementation des produits thérapeutiques	24,8	35,5	32,5	34,8	<b>31,8</b>
Hygiène du milieu	3,7	2,2	3,0	3,2	<b>2,0</b>
Agence d'hygiène et de santé au travail	1,1	2,7	6,1	6,2	<b>4,1</b>
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	0,3	7,4	10,4	7,5	<b>7,8</b>
Services d'urgence	0,1	0,1	0,1	0,1	<b>0,1</b>
<b>Santé des Autochtones</b>					
Santé des Indiens et des Inuits	9,6	7,0	9,9	9,1	<b>6,7</b>
<b>Services ministériels</b>	1,0	1,3	1,3	1,3	<b>1,2</b>
<b>Total des recettes affectées aux dépenses</b>	<b>41,5</b>	<b>56,9</b>	<b>65,5</b>	<b>63,5</b>	<b>54,7</b>



Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

Recettes affectées aux dépenses : ces recettes étaient auparavant appelées «Recettes à valoir sur le crédit» et peuvent être dépensées par le Ministère.



## TABLEAU FINANCIER 6

### Recettes affectées au Trésor

(millions de dollars)

Principale classification et source	Réelles 1996-1997	Réelles 1997-1998	Recettes prévues 1998-1999	Autorisations totales 1998-1999	Réelles 1998-1999
<b>Recettes fiscales :</b>					
Taxe sur les biens et services	0,5	-	-	-	<b>0,2</b>
<b>Recettes non fiscales :</b>					
Remboursement de dépenses	12,0	10,4	-	-	<b>6,3</b>
Frais d'analyse d'aliments et de drogues	-	-	1,2	1,2	-
Frais de service	6,0	2,6	6,4	6,4	<b>2,1</b>
Recettes - produits thérapeutiques et aliments spéciaux	0,1	-	2,7	2,7	-
Produit de l'aliénation de biens de l'État	0,7	0,3	-	-	<b>0,3</b>
Recettes non fiscales diverses, y compris produits de la criminalité*	8,9	7,4	0,2	0,2	<b>7,0</b>
<b>Total des recettes affectées au Trésor</b>	<b>28,2</b>	<b>20,7</b>	<b>10,5</b>	<b>10,5</b>	<b>15,9</b>

\* Produits de la criminalité seulement. Recettes des saisies par le biais de Travaux publics et services gouvernementaux.

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

Recettes affectées au Trésor : Ces recettes étaient auparavant appelées «Recettes créditées au Trésor». Elles ne peuvent pas être dépensées par le Ministère, mais sont disponibles pour le gouvernement.

## TABLEAU FINANCIER 7

### Paielements législatifs

(millions de dollars)

Secteurs d'activité	Réelles 1996-1997	Réelles 1997-1998	Dépenses prévues 1998-1999	Autorisations totales 1998-1999	Réelles 1998-1999
Soutien et renouvellement du système de santé	(96,0)*	10,4	0,0	2,4	<b>2,4</b>
<b>Total des paiements législatifs</b>	<b>(96,0)*</b>	<b>10,4</b>	<b>0,0</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

\* Depuis 1996-1997, les paiements au titre du Financement des programmes établis sont déclarés sous une nouvelle autorisation législative du ministère des Finances. La somme déclarée en 1996-1997 représente les recouvrements d'abattements de points d'impôt fédéral en vertu des ententes de non-participation.



## TABLEAU FINANCIER 8 Paiements de transfert

(millions de dollars)

Secteurs d'activité	Réelles 1996-1997	Réelles 1997-1998	Dépenses prévues 1998-1999	Autorisations totales 1998-1999	Réelles 1998-1999
<b>Subventions</b>					
Gestion des risques en matière de santé	0,1	0,1	0,1	30,1	<b>30,1</b>
Promotion de la santé de la population	10,4	10,4	5,6	15,8	<b>15,8</b>
Santé des Autochtones	1,5	0,6	0,5	0,0	<b>0,0</b>
Politiques, planification et information en matière de santé	12,9	23,0	11,2	167,1	<b>167,1</b>
<b>Total des subventions</b>	<b>24,9</b>	<b>34,1</b>	<b>17,4</b>	<b>213,0</b>	<b>213,0</b>
<b>Contributions</b>					
Gestion des risques en matière de santé	1,3	8,5	38,3	12,6	<b>12,6</b>
Promotion de la santé de la population	108,7	110,4	123,6	118,9	<b>118,8</b>
Santé des Autochtones	432,7	461,8	527,3	505,2	<b>505,1</b>
Soutien et renouvellement du système de santé	(96,0)*	10,4	53,2	28,7	<b>24,2</b>
Politiques, planification et information en matière de santé	35,8	26,0	41,5	18,8	<b>18,8</b>
Services ministériels	36,6	33,2	19,7	30,8	<b>30,8</b>
<b>Total des contributions</b>	<b>519,1</b>	<b>650,3</b>	<b>803,6</b>	<b>715,0</b>	<b>710,3</b>
<b>Total des paiements de transfert</b>	<b>544,0*</b>	<b>684,4</b>	<b>821,0</b>	<b>928,0</b>	<b>923,3</b>

Le tableau inclut les paiements législatifs.

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

\* Depuis 1996-1997, les paiements au titre du Financement des programmes établis sont déclarés sous une nouvelle autorisation législative du ministère des Finances. La somme déclarée en 1996-1997 représente les recouvrements d'abattements de points d'impôt fédéral en vertu des ententes de non-participation.

## TABLEAU FINANCIER 9

### Dépenses en capital par secteur d'activité

(millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1996-1997	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses prévues 1998-1999	Autorisations totales 1998-1999	Dépenses Réelles 1998-1999
Gestion des risques en matière de santé	4,5	-	-	-	-
Promotion de la santé de la population	0,1	-	-	-	-
Santé des Autochtones	9,4	-	-	-	-
Politiques, planification et information en matière de santé	1,1	-	-	-	-
Services ministériels	16,0	9,3	4,1	4,4	<b>4,2</b>
<b>Total des dépenses en capital</b>	<b>31,1</b>	<b>9,3</b>	<b>4,1</b>	<b>4,4</b>	<b>4,2</b>

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.



## **TABLEAU FINANCIER 10**

### **Passif éventuel**

En plus de près de 244 réclamations individuelles, 11 actions collectives ont été intentées contre le gouvernement pour cause de négligence ayant entraîné des infections transmises par le sang et les produits sanguins. En raison de la difficulté de déterminer toute obligation fédérale, particulièrement lorsqu'il s'agit de l'hépatite C, qui représente la majorité des cas, le passif éventuel ne peut être déterminé pour l'instant.





# SECTION VI : AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

---

## **Contacts ministériels**

### **Renseignements généraux**

#### **Écrivez-nous à l'adresse suivante :**

Santé Canada  
0913A, 13<sup>e</sup> étage  
Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9 CANADA

#### **Site Web :**

< <http://www.hc-sc.gc.ca/> >

#### **Envoyez-nous un courrier électronique :**

< [info@www.hc-sc.gc.ca](mailto:info@www.hc-sc.gc.ca) >

#### **Envoyez-nous une télécopie :**

Renseignements généraux (613) 941-5366

#### **Téléphonez-nous :**

Administration centrale  
(613) 957-2991

#### **Sous-ministre**

0915B Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-0212

#### **Sous-ministre délégué**

0915A Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 954-5904

#### **Sous-ministre adjoint principal**

Direction générale des services  
de gestion  
0905B Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 952-3984

#### **Sous-ministre adjoint**

Direction générale des politiques et de  
la consultation  
0911B Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-3059



**Sous-ministre adjoint**

Direction générale des services médicaux  
1921A Immeuble Jeanne-Mance  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-7701

**Sous-ministre adjoint**

Direction générale de la protection de la santé  
0701A1 Immeuble de la protection de la santé  
Ottawa (Ontario) K1A 0L2  
(613) 957-1804

**Sous-ministre adjoint invité**

Direction générale de la protection de la santé  
0701B1 Immeuble de la protection de la santé  
Ottawa (Ontario) K1A 0L2  
(613) 941-4332

**Sous-ministre adjoint**

Direction générale de la promotion et des programmes de la santé  
1916A Immeuble Jeanne-Mance  
Ottawa (Ontario) K1A 1B4  
(613) 954-8525

**Sous-ministre adjoint**

Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité  
0913D Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 946-3209

**Avocat général principal**

Services juridiques  
0902D Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-3766

**Directeur général régional**

Région centrale  
Santé Canada  
4<sup>e</sup> étage  
25, avenue St. Clair est  
Toronto (Ontario) M4T 1M2  
(416) 954-3592

**Directeur général régional**

Région du Québec  
Complexe Guy-Favreau, Tour Est,  
Suite 202  
200, boul. René-Lévesque  
Montréal (Québec) H2Z 1X4  
(514) 283-2856

**Directeur général régional**

Région de l'Atlantique  
Immeuble Ralston, Suite 634  
1557, rue Hollis  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3V4  
(902) 426-4097

**Directeur général régional**

Région de l'Ouest  
Place Canada, Pièce 710  
9700, avenue Jasper  
Edmonton (Alberta) T5J 4C3  
(403) 495-5172

**Directrice exécutive**

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire  
6607D2, 2250, promenade Riverside  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 736-3701

**Directeur, Vérification interne**

Direction générale des services de gestion  
0914D Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-4362

**Présidente directrice générale**

Agence d'hygiène et de sécurité au travail  
1903A1 Immeuble Jeanne-Mance  
Ottawa (Ontario) K1A 0L3  
(613) 957-7669



## **Références**

Vous pouvez obtenir des exemplaires des publications de Santé Canada auprès de :

Publications  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995  
Télécopieur : (613) 941-5366  
Appel sans frais d'un bout à l'autre du Canada : 1-800-267-1245

Ce qui suit représente seulement un échantillon des nombreux documents à la disposition du public.

### Rapports

Divers rapports sur la santé mentale  
Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues : aperçu 1995  
Horizon Un — Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les aînés au Canada  
Horizon Deux — Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les femmes au Canada  
Horizon Trois — Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les jeunes au Canada  
Inforoute santé du Canada  
La santé au Canada : un héritage à faire fructifier  
La santé des Autochtones au Canada  
L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies  
Nutrition pour une grossesse en santé  
Transformer la recherche en santé pour le XXI<sup>e</sup> siècle

Livres, livrets, trousse et affiches sur les sujets suivants :

Aînés  
Affaires autochtones  
Alcoolisme et toxicomanie  
Condition physique  
Enfants  
Nutrition et innocuité des aliments  
Santé cardiovasculaire  
Santé et environnement  
Santé mentale  
Santé maternelle et infantile  
Sécurité des produits  
SIDA  
Tabac  
Violence familiale





## Liste des lois et des règlements

### Lois et règlements actuellement en vigueur

1. *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.
2. *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, L.R.C. (1985), ch. 16 (4<sup>e</sup> suppl.)
3. *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.R.C. 1985, c. C-38.8
4. *Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.C. 1985, ch. H-3.2
5. *Loi sur la gestion des finances publiques*, L.R.C. (1985), ch. F-11
6. *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. (1985), ch. F-27
7. *Loi sur les produits dangereux*, L.R.C. 1985, ch. H-3 modifiée
8. *Loi sur les brevets*, L.R.C., 1985, ch. P-4
9. *Loi sur les produits antiparasitaires*, L.R.C. (1985), ch. P-9
10. *Loi sur la quarantaine*, L.R.C. (1985), ch. Q-1
11. *Loi sur le tabac*, L.R.C. (1985), ch. T-11-5.
12. *Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies*, L.R.C. (1985), ch. C-49 (4<sup>e</sup> suppl.)
13. *Règlement pris en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social révoquée et remplacée par la Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.C. 1985, ch. H-3.2  
– *Règlement sur l'eau potable (transport en commun)*. L.R.C. 1978, ch. 1105
14. *Règlement pris en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social révoquée et remplacée par la Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.C. 1985, ch. H-3.2  
– *Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes*, DORS/94-558.
15. *Loi sur la condition physique et le sport amateur*, L.R.C. (1985), ch. F-25
16. *Loi sur le Conseil de recherches médicales*, L.R.C. (1985), ch. M-4
17. *Loi sur le fonds de recherche de la Reine Elizabeth II*, L.R.C. 1970, ch. Q-1
18. *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, L.R.C. (1985), ch. R-1
19. *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, L.R.C. 1985, ch. H-2.7
20. *Loi sur l'indemnisation des dommages causés par les pesticides*, L.R.C. (1985), ch. P-10



### **Lois administrées par d'autres ministres et où le ministre de la Santé agit à titre consultatif**

---

21. *Loi sur le contrôle de l'énergie atomique*, L.R.C. (1985), ch. A-16
22. *Loi sur la radiodiffusion*, L.R.C. (1985), ch. B-9.01
23. *Code canadien du travail*, L.R.C. (1985), ch. L-2
24. *Loi médicale du Canada*, L.R.C. (1952), ch. 27
25. *Loi sur la marine marchande du Canada*, L.R.C. (1985), ch. S-9  
– *Règlement sur l'alimentation et le service de table des équipages de navire*, C.R.C. (1978). ch.1480
26. *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments*, L.R.C. (1985), ch. C-16.5
27. *Loi sur la protection civile*, L.R.C. (1985), ch. 6 (4<sup>e</sup> suppl.)
28. *Loi d'urgence sur les approvisionnements d'énergie*, L.R.C. (1985), ch. E-9
29. *Loi sur la taxe d'accise*, L.R.C. (1985), ch. E-15
30. *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, L.R.C. (1985), ch. F-8
31. *Loi relative aux aliments du bétail*, L.R.C. (1985), ch. F-9
32. *Loi sur l'immigration*, L.R.C. (1985), ch. I-2
33. *Loi sur les parcs nationaux*, L.R.C. (1985), ch. N-14
34. *Loi sur les marques de commerce*, L.R.C. (1985), ch. T-13

### **Projets de loi en cours d'examen**

---

35. *Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable* (projet de loi C-14)
36. *Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada* (projet de loi C-80)



## Index

---

- activité physique 6, 7, 11, 67
- aînés 2, 6, 25, 68, 97, 119
  - Année internationale des personnes âgées 2, 7, 68
- alcool 68, 119
- aliments 5, 6, 13, 16, 18, 27, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 51, 52, 57, 60, 67, 101, 102, 111, 112, 119
  - Agence canadienne d'inspection des aliments 101
  - aliments issus du génie génétique 36
  - Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada (Projet de loi C-80) 101, 102, 121
  - Partenariat canadien pour l'information sur la salubrité des aliments 6
  - Programme des aliments sains et nutritifs 33
- An 2000 5, 26, 90, 95-97
- Autochtones 2, 3, 8, 9, 13, 15, 17, 19, 23, 25, 28, 43, 66, 71, 74-79, 90, 93, 98, 99, 108-111, 114, 115, 119
  - First Canadian Health Management Corporation Inc.* 77
  - Fondation nationale des réalisations autochtones 8
  - Infostructure de la santé des Autochtones 10, 88
  - Initiative sur le diabète chez les Autochtones 75
  - Institut de la santé autochtone 8, 75
  - Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 8
  - Programme de carrières de la santé pour Indiens et Inuits 8
  - Programme des services de santé non assurés 76, 78
  - Projet de recherche national sur la télésanté 8
  - Stratégie d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones 93, 98
  - Système d'information sur la santé autochtone 11, 76, 87
- biotechnologie 15, 27
- Budget 1999 1, 9, 33, 75, 87
- Bureau des affaires des consommateurs et de la participation du public 99
- Carnet de route de l'information sur la santé 11, 88
- Coalition pour la surveillance du cancer 5, 48
- Comité chargé de l'examen scientifique des laboratoires 34
- Conseil consultatif des sciences 33
- cosmétiques 18, 30, 43
- dérèglement endocrinien 44, 60
- déterminants de la santé 7, 18, 19, 28, 30, 64, 65, 88, 99
- développement durable 16, 17, 27, 41, 59, 60, 70, 78, 79, 93, 99
- eau 13, 18, 27, 30, 42, 43, 52, 79, 95
  - Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable (Projet de loi C-14) 100, 121
- enfants 2, 7, 8, 11, 19, 24, 35, 37, 42, 44, 66, 67, 69, 70, 71, 99, 119
  - Autochtones 8, 19, 71, 75
  - Centres d'excellence pour le bien-être des enfants 69
  - Programme d'action communautaire pour les enfants 24



femmes 5, 7, 10, 16, 25, 48, 67, 69, 70, 75, 88-89, 119  
 Centres d'excellence pour la santé des femmes 88  
 enceintes 7, 69, 99  
 Stratégie pour la santé des femmes 10, 89  
 Fonds pour l'adaptation des services de santé 2, 8, 10, 25, 82  
 Fonds pour la santé de la population 7, 66, 68  
 gestion des risques 24, 31, 32, 36, 42, 43, 46, 47, 54, 56, 57, 61, 62, 99  
 hygiène du milieu 13, 16, 18, 27, 30, 31, 36, 41, 42, 45, 57, 60, 70, 79, 93, 99, 111  
 hygiène du travail 13, 18, 21, 31, 32, 50, 91, 110, 111, 118  
 Inforoute santé 10, 88, 119  
 Institut canadien d'information sur la santé 4, 65, 87, 88  
 Institut de la santé de la population 26, 87  
 logement 20, 65, 71, 79  
 Lois  
*Loi canadienne sur l'évaluation environnementale* 41, 100  
*Loi canadienne sur la protection de l'environnement* 41, 43, 100  
*Loi canadienne sur la santé* 1, 20, 25, 28, 81  
*Loi sur la quarantaine* 47, 51  
*Loi sur le ministère de la Santé* 13, 51  
*Loi sur le tabac* 41  
*Loi sur les aliments et drogues* 41, 42, 100  
*Loi sur les dispositifs émettant des radiations* 41, 100  
*Loi sur les produits antiparasitaires* 56, 58, 59, 100  
*Loi sur les produits dangereux* 41, 42, 100  
 maladies 5, 7, 16, 18, 19, 25, 27, 35, 42, 46-48, 50, 63, 69, 71  
 asthme 26  
 cancer de la prostate 7, 69  
 cancer du col de l'utérus 5, 48  
 cancer du sein 7, 67  
 diabète 7, 9, 19, 25, 26, 35, 69, 71, 74, 75  
 encéphalopathie spongiforme bovine 36  
 Hépatite B 47  
 Hépatite C 63, 116  
 maladie de Creutzfeldt-Jakob 5, 36, 39, 63  
 maladies cardio-vasculaires 7, 14, 19, 25, 26, 28, 35, 42, 48, 64, 68, 69  
 tuberculose 19, 28, 47, 71, 73  
 VIH/sida 2, 11, 19, 47, 62-64, 66, 70, 119  
 matériels médicaux 5, 18, 27, 30, 38, 39, 96, 97  
 médicaments 5, 11, 13, 14, 18, 27, 30, 38, 67, 76, 83, 96, 119  
 abus 11, 19, 64, 68, 89, 119  
 Assurance-médicaments 10, 84  
 marijuana 40  
 médicaments vétérinaires 36, 37  
 Système national d'information sur l'utilisation des médicaments 83  
 mesures de quarantaine 13, 18, 31, 47, 51  
 nutrition 35, 36, 37, 69, 102, 111, 119  
 Organisme de service spécial 24, 31, 51



pollution de l'air 42, 45  
 produits antiparasitaires 13, 18, 31, 32, 56-58  
     Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 32, 34, 56, 100, 110, 111, 118  
     Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire 34, 57, 99  
 produits chimiques 42-44, 99  
 produits de consommation 5, 13, 18, 27, 30, 44, 101  
 produits de santé naturels 33, 39  
 produits thérapeutiques 18, 30, 32, 38, 96  
 Programme de soutien à l'infrastructure de la santé 87  
 protection des renseignements personnels 10, 11, 87, 90  
 radiations 5, 13, 18, 30, 44, 97  
 recherche 2, 4, 5, 6, 10, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 29, 32, 33, 37, 40, 42, 44, 46, 49, 60, 62, 65, 66, 68, 69, 71, 75, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 119  
     Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 2, 87  
     Instituts canadiens de recherche en santé 88  
     Programme national de recherche et de développement en matière de santé 26, 87  
 Règlements  
     Aliments et drogues 40, 101, 102  
     Cosmétiques 39, 42  
     Eau potable 120  
     Importation des agents anthropopathogènes 51, 120  
     Produits antiparasitaires 58, 101  
     Produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs 42  
     Tabac (Déclaration) 44, 105  
     Tabac (Étiquetage) 43, 103  
     Tabac (Promotion) 44, 104  
 Réseau canadien de la santé 11, 87  
 sang 5, 7, 31, 36, 39, 40, 44, 48, 49, 61-63, 69, 96, 102, 116  
     Commission Krever 5, 39, 61-63  
     Conseil national de la sûreté du sang 39, 63  
     contentieux 63  
     Secrétariat canadien du sang 18, 31, 61  
     Société canadienne du sang 39, 62, 96  
 santé mentale 67, 76, 89, 119  
 services d'urgence 13, 19, 31, 51, 54, 55, 111  
     Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire 100  
 soins à domicile et soins communautaires 8, 10, 82, 83, 88, 89  
 substances toxiques 16, 44, 45, 59, 100  
 suicide 19, 28, 68, 71  
 surveillance 5, 18, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 37, 41, 44, 46, 48, 49, 51, 61, 62, 63, 76, 79, 87, 99  
     Système national de surveillance de la santé 11, 87  
 tabagisme 6, 19, 71  
     Initiative de lutte contre le tabagisme 67



télésanté 8, 10, 75, 88, 90

thérapies géniques 15

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux 1, 9, 81

xénotransplantation 39, 40, 102

