



# Santé Canada

## Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant  
le 31 mars 2003

Canada





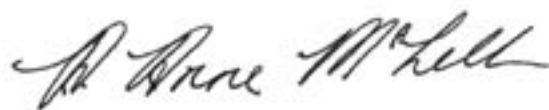


Santé Canada



Rapport  
ministériel sur  
le rendement

pour la période se terminant le 31 mars 2003



A. Anne McLellan  
Ministre de la Santé

# Table des matières

<b>Section I : Message de la Ministre</b> .....	9
<b>Section II : Vue d'ensemble du Ministère</b> .....	11
À propos de Santé Canada .....	13
Notre vision .....	13
Énoncé de mission .....	13
Objectif .....	13
Rôles .....	14
En concertation .....	15
Souplesse dans un contexte en évolution .....	15
Santé Canada est l'un des nombreux facteurs qui influe sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé .....	16
Priorités ministérielles .....	17
S'organiser pour obtenir des résultats .....	19
Santé Canada : Au travail, partout au pays .....	19
Organigramme .....	23
Améliorer la mesure du rendement .....	24
Fiabilité des données sur le rendement .....	25
Le travail avec les partenaires du portefeuille .....	26
<b>Section III : Rendement du Ministère par résultat stratégique</b> .....	27
A : Tableau des résultats stratégiques .....	28
B : Réalisations en matière de rendement, par résultat stratégique .....	36
Un système de soins de santé solide et durable .....	36
Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies .....	43
Produits de santé et aliments sûrs .....	54
Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne ..	61
Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens .....	70
Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé .....	78
Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé .....	90
Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada .....	97
<b>Section IV : Thèmes du gouvernement et enjeux en matière de gestion</b> .....	103
Fonction de contrôleur moderne (pratiques de gestion modernes) .....	103
Développement durable .....	106

Initiative d'amélioration des services .....	107
Responsabilisation envers la population canadienne .....	109
Gouvernement en direct .....	109
Rapport sur le rendement du système de santé .....	112
Solutions de rechange en matière de prestation de services – Fondements .....	112
Approvisionnement et attribution de contrats .....	114
Gestion du matériel .....	115
Analyse comparative entre les sexes .....	116
<b>Section V : Rendement financier .....</b>	<b>117</b>
Aperçu du rendement financier .....	117
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2002-2003 .....	118
Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles .....	119
Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles .....	120
Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités .....	121
Tableau financier 5 : Recettes disponibles .....	122
Tableau financier 6 : Paiements de transfert .....	123
Tableau financier 7 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité ..	124
Tableau financier 8 : Passifs éventuels .....	125
<b>Section VI : Autres renseignements .....</b>	<b>127</b>
Contactez-nous .....	128
Références .....	129
<b>Section VII : Mesurer la santé au Canada – résultats supplémentaires   concernant l'état de santé des Canadiens .....</b>	<b>131</b>
<b>Section VIII : Sommaire exécutif : Réaction au dixième rapport   du Comité permanent des comptes publics sur le Rapport du   vérificateur général, octobre 2000 .....</b>	<b>147</b>
Santé des Premières nations – suivi .....	147
Postes à pourvoir au sein des programmes de réglementation et de surveillance ..	152
<b>Indexe .....</b>	<b>154</b>

**Les annexes électroniques suivantes sont disponibles sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm>.**

Annexe A : Initiatives réglementaires et Lois et règlements

Annexe B : Détails sur les paiements de transfert : dépenses réelles pour 2002-2003

Annexe C : Réaction au Comité des comptes publics -  
  La santé des Premières nations : Suivi

Annexe D : Frais d'utilisation externe





# Section I :

## Message de la Ministre



Je suis heureuse de présenter au Parlement et à la population canadienne le Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada pour 2002-2003.

Le système de santé est le programme social le plus prisé du Canada. Il s'agit d'une priorité nationale qui doit occuper une place de choix dans le plan d'action de tous les gouvernements. À titre de ministre de la Santé, je suis fière de diriger Santé Canada dans ses efforts constants afin d'assurer l'accès à des soins de haute qualité pour tous les Canadiens.

Santé Canada est doté d'une gamme étendue de programmes et de services visant à favoriser la santé de tous les Canadiens. En plus de se charger de ces responsabilités permanentes, le Ministère a aussi été en mesure de composer avec de nombreux événements prévus et imprévus en 2002-2003.

L'une de ces priorités consistait à travailler avec nos partenaires provinciaux et

territoriaux en vue de renouveler le système de santé. Parmi les progrès réalisés, mentionnons la conclusion, par les premiers ministres canadiens, d'un accord sur la santé qui améliorera l'accès à des soins de qualité pour tous les Canadiens. L'accord est fondé sur les engagements pris par les premiers ministres en 2000, notamment de renforcer les soins primaires, de soutenir l'acquisition de nouveaux équipements diagnostiques et d'exiger que les gouvernements rendent compte des résultats.

En 2002-2003, nous avons aussi pris des mesures pour contrer des menaces à la santé des Canadiens. Nous avons réagi promptement lorsque le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est apparu au Canada, et nous avons soutenu la prise de mesures pour protéger les Canadiens et nos réserves de sang contre le virus du Nil occidental.

En réaction à ces événements récents, Santé Canada a commencé à centrer ses efforts sur un nouveau Centre canadien de santé publique qui servira à tous les Cana-

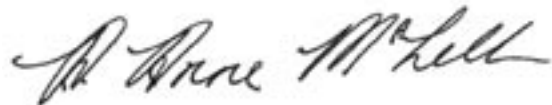
diens en luttant contre les maladies et en favorisant une meilleure santé publique.

Nous avons aussi pris des mesures concrètes à l'égard d'enjeux fondamentaux, comme la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains, qui aidera à fournir aux Canadiens le soutien dont ils ont besoin pour vivre une vie plus saine grâce à l'adoption de bonnes habitudes alimentaires, à l'accroissement de l'activité physique et à la réduction du tabagisme.

Dans le cadre de son engagement global à combler l'écart entre l'état de santé des autochtones et des non-autochtones, Santé Canada continue d'améliorer les services et les programmes de santé destinés aux Premières nations et aux communautés inuites. Ces activités ont été soutenues par un nouveau financement de 1,3 milliard de dollars attribué dans le cadre du Budget 2003.

La modernisation de la *Loi sur les produits antiparasitaires* en 2002 nous permettra de veiller à ce que les Canadiens jouissent d'un approvisionnement alimentaire abondant et sécuritaire tout en sachant qu'ils sont protégés contre les risques sanitaires et environnementaux posés par ces produits.

De ces façons et dans le cadre de nombreuses autres initiatives tout au long de l'exercice 2002-2003, l'équipe de Santé Canada a travaillé avec ses partenaires de partout au pays et dans le monde pour réaliser son mandat : aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.



A. Anne McLellan

Ministre de la Santé

## Section II :

# Vue d'ensemble du Ministère



 Santé Canada Health Canada

## Notre mission

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



# À propos de Santé Canada

La santé est d'une extrême importance pour les Canadiens – pour les individus, les familles et les collectivités – comme l'est le système de santé, qui est devenu au fil des ans un élément constitutif de l'identité nationale. L'importance que les Canadiens accordent à la santé s'explique par les avantages manifestes qui découlent de cette dernière pour le bien-être de la personne, de la société et de l'économie.

Le gouvernement du Canada a pris note de la haute importance donnée à la santé par les Canadiens, et il a chargé Santé Canada de diriger le programme d'action national en santé. La *Loi sur le ministère de la Santé* établit le mandat de Santé Canada. Le ministre de la Santé est également responsable de l'application directe de 18 autres lois, dont la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

En plus de ces responsabilités prévues par la Loi, Santé Canada exécute un important travail d'élaboration de politiques, d'exécution de programmes et de prestation de services, qui a de profondes incidences sur un large éventail de Canadiens. Ce travail, largement effectué par le personnel du Ministère posté dans des collectivités du pays, touche l'ensemble des Canadiens et fait intervenir de nombreux partenaires qui partagent la même détermination à améliorer la santé de la population canadienne. Ces partenaires comprennent les gouver-

nements provinciaux et territoriaux, les collectivités des Premières nations et des Inuits, et d'autres intervenants.

Le mandat, les rôles et les responsabilités de Santé Canada sont définis dans la vision et la mission du Ministère et dans son objectif.

## Notre vision

Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

## Énoncé de mission

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

## Objectif

Santé Canada œuvre de concert avec de nombreux partenaires pour mener à bien sa mission. Cet objectif est réalisé de nombreuses façons. Le Ministère s'efforce, notamment :

- de prévenir et de réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement, dans leur ensemble;
- de promouvoir des habitudes de vie plus saines;
- d'assurer des services de santé de haute qualité qui sont efficaces et accessibles;
- d'intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans à long terme dans les secteurs de la prévention, de la

promotion de la santé et de la protection de la santé;

- de réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la société canadienne;
- de fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés.

Santé Canada cherche à s'assurer que les Canadiens obtiennent les meilleurs résultats possibles pour la santé. Il s'agit d'un défi étant donné la gamme complexe et sans cesse croissante de besoins, d'exigences et d'interventions possibles. Grâce à un réseau de bureaux régionaux et à ses nombreux partenariats, le Ministère aide à maintenir des systèmes efficaces et durables pour la santé qui permettent au plus grand nombre possible de Canadiens de jouir d'une bonne santé tout au long de leur vie. Le Ministère s'efforce de réduire les inégalités sur le plan de l'état de santé, particulièrement chez les enfants, les jeunes, les aînés, les membres des Premières nations et les Inuits.

Les circonstances et les comportements des Canadiens varient. C'est la raison pour laquelle Santé Canada, s'il veut réaliser ses objectifs, s'efforce d'améliorer la capacité de la collectivité de résoudre les problèmes de santé, tout en aidant la population canadienne à faire des choix éclairés sur sa santé. C'est par le truchement de la recherche, de la surveillance et du partage de l'information que Santé Canada s'emploie à bien documenter le processus d'élaboration de politiques dans les autres secteurs de la société qui appuient la santé.

De concert avec ses partenaires, Santé Canada voit la santé dans sa globalité, établit les priorités par le truchement d'études

minutieuses, y compris les programmes scientifiques, les programmes de recherche et les décisions fondées sur des données probantes, et décide de la façon dont les décisions prises peuvent le mieux être appliquées. Il en résulte des politiques, des règlements et des programmes efficaces, qui aident à prévoir les besoins et les enjeux futurs sur le plan de la santé des Canadiens et à y donner suite.

## Rôles

Pour atteindre cet objectif, Santé Canada joue de nombreux rôles. Dans l'ensemble, le Ministère assure le leadership et forme des partenariats dans les secteurs de la protection et de la promotion de la santé.

**Leader et partenaire :** Santé Canada assure le leadership national de la santé et est responsable de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, la pierre angulaire de l'assurance-maladie au Canada. Le Ministère élabore des politiques visant à aider le système de soins de santé à s'adapter aux réalités changeantes, cerne et aborde les déterminants de la santé, et cherche à contribuer au programme d'innovation du gouvernement.

**Bailleur de fonds :** Le gouvernement fédéral est une source majeure de financement des soins de santé par le truchement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. D'autres améliorations et modernisations sont apportées grâce à d'autres programmes. Santé Canada transfère des fonds à des organisations des Premières nations et des Inuits pour aider celles-ci à offrir des services de santé communautaires. De plus, des subventions et

des contributions versées à diverses organisations permettent de renforcer les objectifs de santé du Ministère.

**Gardien et responsable de la réglementation :** Le Ministère protège la santé de la population canadienne en gérant les risques liés aux produits et en fournissant de l'information permettant aux Canadiens de prendre des décisions éclairées au sujet des produits de santé auxquels ils ont accès. Santé Canada s'efforce de réduire au minimum les facteurs de risque pour la santé et d'optimiser l'innocuité des produits de santé et des aliments. Le système de réglementation couvre les pesticides, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques, les produits biologiques, les matériels médicaux, les cosmétiques, les produits de consommation, les produits chimiques et les produits de santé naturels. Le Ministère assure une gamme de programmes et de services de santé et de protection de l'environnement. Il est aussi responsable des secteurs de la lutte contre l'abus des substances, de la politique sur le tabac, de la santé au travail et de l'utilisation sûre des produits de consommation. Le Ministère surveille les maladies et en assure le suivi et prend, le cas échéant, les mesures qui s'imposent.

**Fournisseur de services :** Santé Canada assure des services de santé complémentaires à 700 000 membres des Premières nations et Inuits. Parmi les services offerts à ces collectivités, il convient de mentionner les services de prévention, de promotion, de soins de santé primaires et de lutte contre la toxicomanie. En outre, le Ministère prévoit des services de santé et de sécurité au travail pour tous les fonctionnaires fédéraux et dans tous les établissements fédéraux.

**Fournisseur d'information :** Les programmes scientifiques et les programmes de recherche de haute qualité de Santé Canada viennent appuyer l'élaboration de politiques, de règlements et de services d'information et de gestion qui sont essentiels au maintien du système de soins de santé du Canada, de classe mondiale. Grâce à la recherche et à la surveillance, le Ministère fournit de l'information que les Canadiens peuvent utiliser pour maintenir et améliorer leur état de santé. Il appuie également des travaux de recherche dans l'ensemble du Canada afin d'élargir la base de connaissances scientifiques et techniques. À titre de principal fournisseur national d'information sur la santé, le Ministère met en relief tant les activités de santé positives que les mesures de prévention des maladies.

## En concertation

Santé Canada œuvre de concert avec la population canadienne par le truchement de la consultation et la participation du public. Cette concertation vise nos partenaires, à savoir les provinces et les territoires, les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et les instituts de recherche, les organisations internationales, les bénévoles, et d'autres ministères et organismes fédéraux.

## Souplesse dans un contexte en évolution

Santé Canada est très sensible aux forces qui consolident la santé publique, dans un

environnement où les déterminants suivants sont en constante évolution :

- la sensibilisation accrue du public à l'égard des questions de santé, de même que les exigences connexes de l'accès plus rapide aux services et à l'information;
- l'évolution des tendances démographiques qui exerce des pressions sur les services de soins de santé;
- les progrès scientifiques rapides qui à la fois procurent des avantages et exercent des pressions en santé;
- la recrudescence, au plan mondial, des migrations, des voyages et des échanges commerciaux, laquelle engendre des problèmes de santé additionnels;
- la nécessité d'assurer la transparence dans la prise de décisions et la responsabilisation.

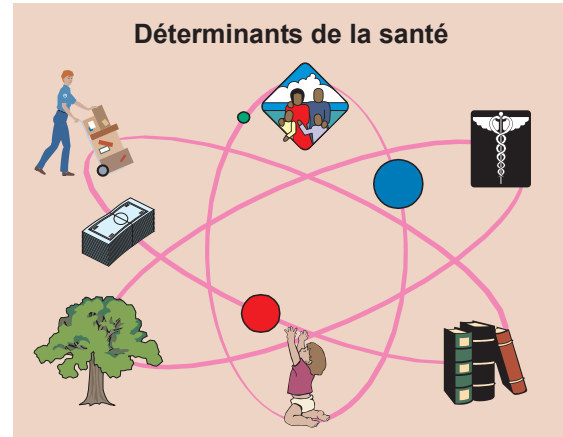
Face à cette constante évolution, Santé Canada fait preuve de souplesse dans ses activités et dans l'affectation des ressources limitées, de même que dans sa réaction à ces forces.

## Santé Canada est l'un des nombreux facteurs qui influent sur la santé des Canadiens et sur

## le système de soins de santé

Santé Canada est déterminé à rendre compte de ses activités d'une façon qui montre clairement les avantages que procure son utilisation des fonds publics aux Canadiens. La réalisation de cet engagement et la fourniture de résultats concrets et clairs sont profondément touchées par deux aspects primordiaux de la santé au Canada :

*Le premier tient au fait que l'état de santé des particuliers, de certains groupes et des Canadiens en général découle d'un grand nombre de facteurs, dont la plupart échappent à la portée directe et mesurable d'un ministère ou d'un gouvernement.*



Une foule de facteurs sociaux, économiques, génétiques, environnementaux et autres forment une toile qui influence sur la santé des personnes et des collectivités [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/pdf/resources/Determinants\\_colour\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/pdf/resources/Determinants_colour_e.pdf). Bien que l'efficacité du système de santé, y compris celle du travail de Santé Canada, soit importante pour aider à répondre aux besoins des citoyens en matière de santé,



ces facteurs déterminants « en amont » influent de façon si profonde sur les choix que doit effectuer tout système de santé qu'il est difficile de cerner clairement les liens entre les mesures ministérielles ciblées et les résultats globaux en matière de santé.

*Le deuxième grand facteur tient au fait que le système de soins de santé du Canada mise sur la contribution d'un grand nombre de partenaires de tous les ordres de gouvernement ainsi que dans les secteurs public, bénévole et privé, de sorte que la création de partenariats efficaces est un élément constant des stratégies de santé.*

Tous les ordres de gouvernement au Canada sont responsables d'aspects qui influent sur la santé des Canadiens. Les services de santé sont dispensés par un grand nombre de particuliers, d'organismes gouvernementaux, d'organismes sans but lucratif et d'entreprises qui constituent la première ligne des services de santé offerts directement aux Canadiens. Concrètement, Santé Canada s'efforce d'obtenir des résultats en créant de nombreux partenariats, en influençant les décisions des autres et en permettant aux autres de prendre des décisions éclairées.

## Priorités ministérielles

Aux fins de sa planification à moyen terme pour les exercices 2002-2003 à 2004-2005, le Ministère a cerné cinq priorités ministérielles qui tiennent compte des enjeux clés en matière de santé où une participation fédérale serait cruciale, ainsi que des enga-

gements à l'échelle du gouvernement. Nous fournissons plus de détails sur ces priorités et sur l'environnement opérationnel qui a influé sur la prise de mesures ministérielles dans la Section III du présent rapport.

**Renouvellement du système de soins de santé** – Cette priorité reconnaît toute l'importance qu'accordent les Canadiens au leadership national de Santé Canada pour le maintien d'un système de soins de santé efficace qui adhère aux principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Nous savions que le travail de la Commission Romanow et d'autres initiatives feraient appel à notre capacité d'aider le gouvernement à définir et à évaluer les options pour le renouvellement, de façon à enrichir la base que nous établissions déjà par la mise en œuvre de l'entente des premiers ministres sur la santé (2000). Nous avons travaillé avec les partenaires, en particulier ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux, en vue de discuter des enjeux qui se sont finalement retrouvés au cœur de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé, conclu par les premiers ministres en février 2003. Un défi de taille permanent lié à ces travaux tient à la relation complexe entre le gouvernement du Canada, qui fournit une part importante du financement en matière de santé et est responsable d'assurer la conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*, et les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui doivent composer avec les attentes toujours croissantes de leurs citoyens et intervenants et qui sont directement responsables de la plupart des aspects liés aux soins de santé.

**Santé des Premières nations et des Inuits** – Nous poursuivons nos travaux dans

le but d'améliorer la prestation des services et des programmes à l'intention des collectivités des Premières nations et des Inuits dans le but de réduire l'écart entre l'état de santé des Canadiens autochtones et celui des non autochtones. Les programmes et les services offerts aux Premières nations et aux Inuits sont conformes à la vision du Ministère, qui met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, tout en reconnaissance que l'état de santé reflète une multitude de circonstances et de choix individuels. Par ailleurs, le gouvernement du Canada s'est engagé à fournir 1,3 milliards de dollars supplémentaires au cours des cinq prochaines années afin de s'occuper des pressions liées au système de santé des Premières nations et des Inuits et d'appuyer la création de programmes viables à l'intention des Premières nations et des Inuits.

**Sécurité et gestion des risques** – En ce qui concerne la sécurité des Canadiens, Santé Canada est doté d'un mandat général qui s'assortit de responsabilités touchant la maximisation de la sécurité et la gestion des risques liés aux produits de consommation et aux produits de santé. Notre planification annuelle tenait compte de la demande concernant l'accès aux produits tout en satisfaisant aux attentes en matière de sécurité, à la lumière des meilleurs renseignements disponibles. Outre nos autres engagements, nous nous attendions à soutenir le processus législatif menant à l'adoption d'une nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* et à accroître notre capacité de réagir aux situations d'urgence provoquées par la nature ou par l'homme ainsi qu'aux préoccupations

en matière de sécurité qui sont nées après les événements du 11 septembre 2001.

De façon plus spécifique, grâce à sa part du financement gouvernemental destiné aux mesures nationales de protection de la santé et de lutte contre le terrorisme, Santé Canada améliore et renforce sa capacité de réagir aux initiatives de sécurité liées à la santé. Même s'il est improbable que le Canada soit victime d'un acte de terrorisme, les conséquences d'un tel événement pourraient être très graves. Par conséquent, le Canada renforce ses capacités de réaction.

**Mise en place d'un programme d'action en santé équilibré** – Dès le début de 2002-2003, nous étions pleinement conscients du fait que l'une des meilleures façons d'assurer la pérennité du système de soins de santé consistait à investir dans les mesures « en amont » qui influent sur la santé, comme la protection et la promotion de la santé et la prévention des maladies. Nous avons prévu de poursuivre les travaux relatifs à la lutte contre le tabagisme et des mesures pour contrer les maladies chroniques et de nouvelles maladies, comme le virus du Nil occidental. Le Discours du Trône de 2001 énonçait des engagements dans ces domaines, ainsi que dans des domaines connexes, comme la fourniture d'un soutien étendu pour le développement des jeunes enfants. Nous nous attendions aussi à jouer un rôle complet en ce qui concerne l'offre d'un accès amélioré à l'information sur la santé, par l'entremise d'Internet. Outre les rôles prévus, nous avons dû, vers la fin de l'exercice, réagir rapidement à la flambée de cas de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

### ***Reddition de comptes aux Canadiens***

– Le Ministère a cerné cinq domaines d’action pour l’amélioration de sa reddition de comptes : responsabilités internes et externes claires; l’amélioration de la prise de

#### **Gestion intégrée du risque**

La gestion du risque est une priorité permanente de Santé Canada, car elle concerne les risques pour la santé. Le Ministère continue d’améliorer ses pratiques de gestion du risque, et il adopte une approche panministérielle en vue de comprendre, de gérer et de communiquer les risques organisationnels. Le Ministère a établi un Bureau de la gestion intégrée du risque. De plus, toutes les directions générales et régions et les domaines d’expertise fonctionnelle ont nommé un cadre supérieur en vue de créer un réseau de personnes responsables de prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre un cadre de gestion intégrée du risque (CGIR). En juin 2003, le Comité exécutif du Ministère a donné l’aval à une stratégie et à un plan d’action pour la mise en œuvre d’un CGIR, conformément à l’initiative du Conseil du Trésor. Le comité exécutif du Ministère a aussi convenu que la gestion du risque est un élément essentiel du cycle de fonctionnement du Ministère, et que l’une des premières étapes de l’élaboration d’un CGIR consistera à dresser un profil des risques organisationnels.

décisions, des pratiques de gestion et de la responsabilisation financière, particulièrement à l’égard de la passation de marchés et des subventions et contributions que nous versons en vue de contribuer à l’atteinte des objectifs en matière de santé; une forte capacité de surveillance à l’égard des déci-

sions prises; une fonction de vérification efficace, qui s’attache davantage à l’adoption de valeurs et de principes communs au sein du personnel; et le leadership nécessaire en matière de ressources humaines pour veiller à ce que nous disposions de personnes possédant les compétences nécessaires et de l’environnement de travail qui favorise la réalisation de nos engagements envers le gouvernement, le Parlement et les Canadiens.

## **S’organiser pour obtenir des résultats**

### **Organisation et exécution des programmes**

L’organigramme du Ministère illustre la structure de Santé Canada. Toutefois, un organigramme ne peut faire comprendre que les employés de Santé Canada dans toutes les régions du pays s’attachent principalement à obtenir des résultats grâce à l’établissement de partenariats et à la collaboration avec les intervenants.

### **Santé Canada : Au travail, partout au pays**

Les principaux lieux d’exécution des programmes nationaux du Ministère ainsi que les services de liaison destinés aux partenaires provinciaux et territoriaux sont répartis partout au pays. Dans chaque région,

le directeur général régional est le représentant supérieur de Santé Canada, responsable d'assurer la cohérence ministérielle. Le personnel régional travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les Premières nations et les communautés inuites, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et collèges, les instituts de recherche, les organismes internationaux, les bénévoles et d'autres organismes et ministères fédéraux en vue d'exécuter des programmes ministériels qui sont adaptés aux conditions locales et de promouvoir les initiatives ministérielles. Nous conférons avec les entreprises qui exercent leurs activités dans un domaine réglementé, conformément à l'engagement du gouvernement à l'égard de la réglementation intelligente et de la transparence. De plus, le personnel régional fournit de l'information sur les tendances et les enjeux régionaux en vue de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux, et il réagit aux questions de santé propres aux régions.

Les rôles de **fournisseur de services** et de **baillieur de fonds** sont particulièrement importants dans les régions. En effet, les régions exécutent, en collaboration avec leurs partenaires respectifs, les programmes communautaires nationaux de Santé Canada et dispensent une gamme étendue de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Ce faisant, la fonction de prestation de programmes contribue à la réalisation d'un objectif plus global, c'est-à-dire, le renforcement des capacités communautaires.

Le personnel régional assure le rôle de **fournisseur de renseignements** et de

**leader/partenaire** dans le cadre des activités de recherche et d'élaboration des politiques, y compris les analyses de l'environnement, la collecte de renseignements et les relations fédérales/provinciales/territoriales (FPT), au moyen d'une liaison coordonnée et régulière avec les autorités provinciales et territoriales du domaine de la santé. Les laboratoires régionaux sont de solides centres de recherche au sein de l'organisation. Les bureaux régionaux contribuent aussi à de nombreux projets de recherche avec des partenaires communautaires et des chercheurs universitaires.

De plus, grâce à des partenariats communautaires étendus, les bureaux régionaux contribuent aux activités d'**éducation du public** et de **consultation** touchant une gamme étendue de questions, comme le tabagisme, le diabète, la prévention du sida, l'éducation des parents pour favoriser la croissance d'enfants en santé ainsi que l'information sur la prévention des chutes pour les aînés. Par ailleurs, les bureaux régionaux sont aussi responsables de tenir des consultations régionales à l'égard d'enjeux réglementaires qui influent sur la santé des Canadiens.

À titre de **gardiens** et de **responsables de la réglementation**, les employés régionaux assurent le contrôle et l'exécution de la législation et des règlements fédéraux en matière de santé, et surveillent le système de santé provincial/territorial afin de veiller à ce que les principes de la *Loi canadienne sur la santé* soient respectés. Ils contrôlent et inspectent les produits biologiques, les médicaments, les dispositifs médicaux, les pesticides et les produits de santé naturels et leurs fabricants, et ils appliquent les dispo-

sitions des règlements relatifs aux produits chimiques, au tabac et aux produits de consommation qui concernent la sécurité des consommateurs. De plus, les employés régionaux travaillent avec d'autres ministères fédéraux en vue de maintenir et d'améliorer la santé de leurs travailleurs. Ils effectuent des analyses de drogues pour les forces de l'ordre.

Santé Canada assure une présence partout au pays et s'efforce d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Les bureaux de Santé Canada sont situés dans les principales zones où les programmes et services du Ministère sont offerts, d'un océan à l'autre. On dénombre quelque 500 établissements de santé et plus de 45 centres de traitement pour les Premières nations et les Inuits de partout au pays. La gestion d'un grand nombre de ces établisse-

ments a été confiée aux Premières nations et aux communautés inuites.

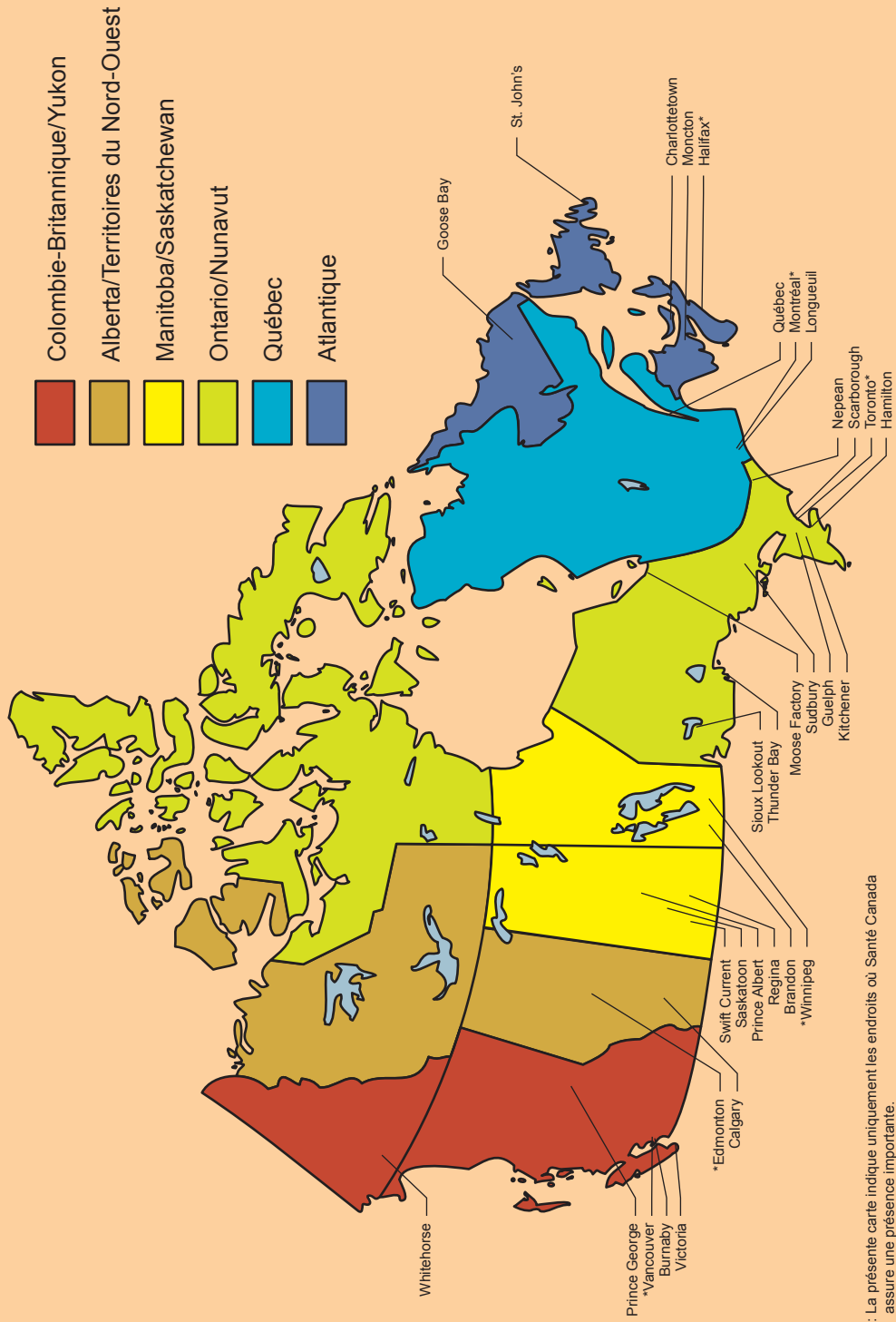
Santé Canada est aussi doté de 9 laboratoires\* conçus pour dispenser des services d'analyse chimique, physique et microbienne. Ces services soutiennent les activités d'inspection, d'enquête et de surveillance du Ministère.

En 2002-2003, Santé Canada a financé, par l'entremise des programmes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 1 730 projets mis en œuvre par des organismes régionaux et communautaires.

---

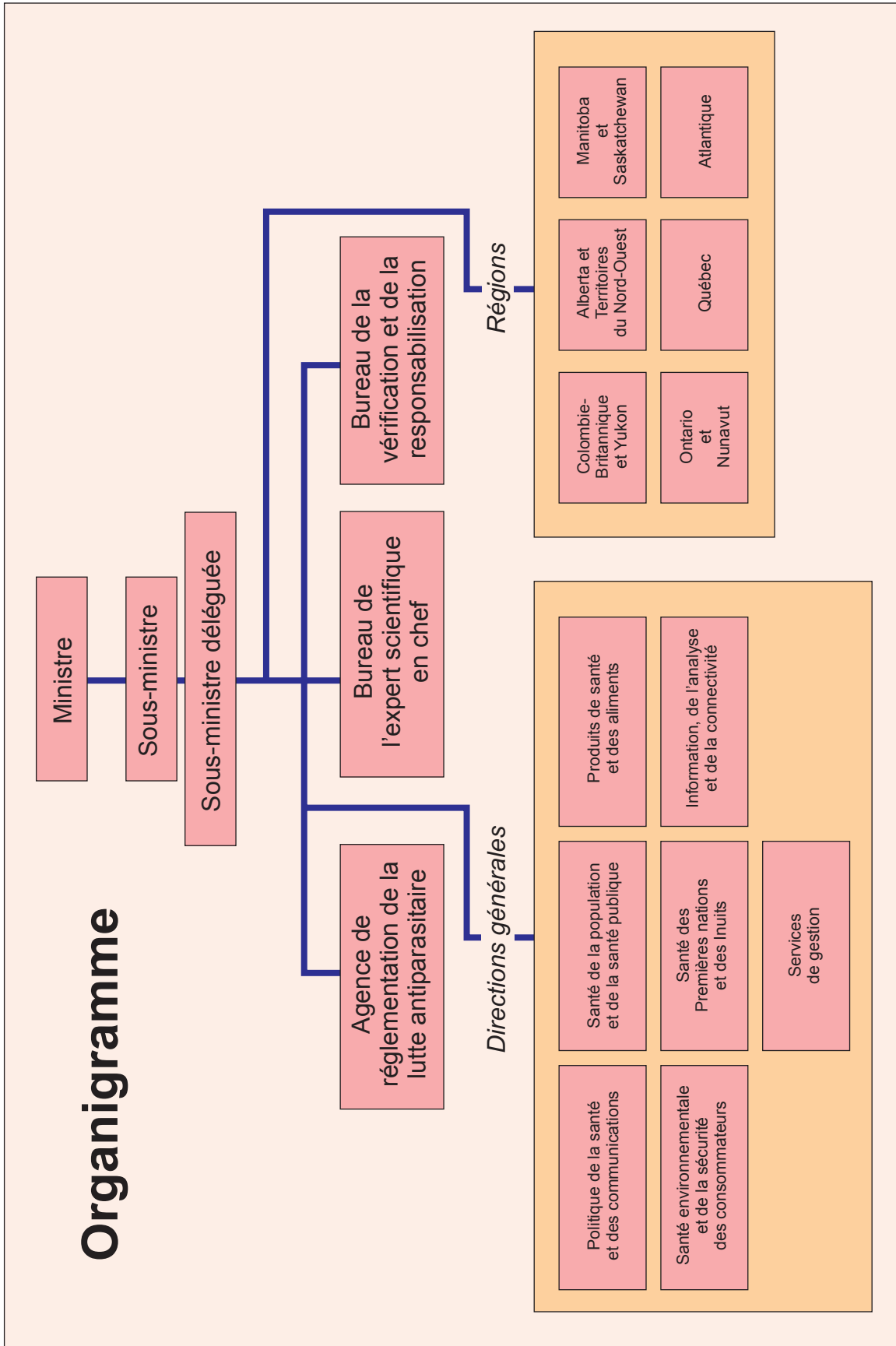
\* Le laboratoire de Guelph qui se consacre aux zoonoses d'origine alimentaire a deux autres unités, soit l'une à Lethbridge (Alberta) et l'autre à Saint-Hyacinthe (Québec).

## Santé Canada : Au travail, partout au pays



Remarque : La présente carte indique uniquement les endroits où Santé Canada assure une présence importante.  
 (\*) Indique les localités où se trouvent les directeurs généraux régionaux.

# Organigramme



## Améliorer la mesure du rendement

Le présent Rapport ministériel sur le rendement (RMR) a été rédigé alors que Santé Canada traversait une période de changement. En vue de soutenir des initiatives pangouvernementales, comme *Des Résultats pour les Canadiens et les Canadiennes*, le Ministère élabore un système de gestion du rendement axé largement sur les résultats pour la santé. L'objectif consiste à établir un ensemble de cadres qui harmoniseront et lieront clairement les résultats stratégiques visés, les priorités ministérielles et les indicateurs de rendement de haut niveau de Santé Canada avec les activités et responsabilités quotidiennes du Ministère.

Dans le cadre de ce processus, chacun des résultats stratégiques de Santé Canada sera défini de façon plus précise jusqu'à un maximum de six indicateurs de rendement qui insisteraient sur certains des plus importants résultats escomptés, et qui permettraient de les contrôler. Ainsi, on pourra utiliser l'information existante en vue de suivre les résultats en fonction des coûts, des avantages et de la rentabilité. Dans certains cas, cela peut supposer l'utilisation d'indicateurs faisant aussi partie intégrante des rapports sur l'état de santé, tel que convenu dans les accords sur la santé conclus par les premiers ministres. Cela favoriserait l'uniformité des rapports mis à contribution au moment de la préparation du rapport *Le rendement du Canada*, déposé annuellement par le président du Conseil du Trésor.

Santé Canada reconnaît que l'attribution des résultats dans le milieu de la santé, où le niveau de collaboration est élevé, constitue un défi. Cela peut supposer l'utilisation d'indicateurs qualitatifs lorsqu'il n'est pas possible de recourir à des indicateurs quantitatifs. Cela signifie aussi que les indicateurs de rendement peuvent tenir compte des déterminants de la santé, comme le renforcement de l'autonomie, les collectivités en santé et la cohésion sociale.

Le présent Rapport ministériel sur le rendement s'est inspiré des travaux d'élaboration du nouveau cadre de gestion du rendement, ainsi que des attentes du Secrétariat du Conseil du Trésor et du Bureau du vérificateur général du Canada, en évolution. Par conséquent, le présent RMR tente de cerner des mesures de l'impact, comme l'utilisation de recherches, de lignes directrices, de publications et d'autres outils de Santé Canada par les consommateurs et les professionnels de la santé de première ligne. Les auteurs du Rapport se sont aussi fondés sur des données d'évaluation et sur la rétroaction de partenaires.



# Fiabilité des données sur le rendement

De nombreuses sources de données ont été utilisées dans la préparation du présent rapport. Les tableaux de la Section VII ont été produits au moyen des bases de données et des enquêtes de Statistique Canada sur la santé de la population, de données de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la santé, et de sources de données internes. Nombre de ces sources ont aussi été utilisées dans le cadre de la préparation de la Section III.

## **Statistique Canada – Statistiques démographiques (base de données sur les décès)**

Le système d'enregistrement des décès couvre tous les décès qui se produisent au Canada. Le bureau central de l'état civil de chaque province et territoire fournit à Statistique Canada les données tirées des formulaires d'enregistrement de décès. Les décès sont codés selon la Classification internationale des maladies, et sont dénombrés selon l'âge et le sexe, et selon la province et le sexe. En raison des exigences juridiques de rapports avant l'enterrement ou toute autre disposition de la dépouille, l'enregistrement des décès est considéré comme très complet. Par conséquent, la base de données sur les décès est une source de données très fiable.

## **Statistique Canada – Enquêtes sur la population**

Santé Canada utilise souvent les enquêtes sur la population pour mesurer l'état de santé des Canadiens. Santé Canada assure le financement ou reçoit les résultats de nombre d'enquêtes de Statistique Canada sur la santé de la population. Parmi les enquêtes utilisées aux fins de l'établissement des indicateurs contenus dans le présent rapport, mentionnons l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, et l'Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes.

On utilise les enquêtes sur la santé de la population pour évaluer certains indicateurs clés du rendement. Toutes les données provenant d'une enquête sur la population menée par Statistique Canada et utilisées dans le présent rapport affichent une marge d'erreur conforme aux lignes directrices de Statistique Canada relatives à la communication des données.

## **Données de l'OCDE sur la santé**

À des fins de comparaisons internationales, on a utilisé les données annuelles publiées par l'OCDE. L'OCDE retient certaines variables favorisant la fiabilité et la comparabilité des données des divers pays. La fiabilité de ces indicateurs varie en fonction de la qualité du système d'information statistique du pays mesuré. Nous avons mis l'accent sur les données de pays du G7 afin d'assurer une meilleure comparabilité. De plus, en privilégiant ce groupe de pays, on jouit d'un avantage supplémentaire au

chapitre de la probabilité de fiabilité des données.

### **Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada**

Les données sur les Premières nations et la population inuite sont tirées du rapport susmentionné, publié par Santé Canada en 2002. Ce rapport brosse un portrait national des conditions de vie et de l'état de santé actuels des Premières nations vivant dans des réserves au Canada. Les limites des données utilisées dans le cadre du présent rapport sont décrites plus en détail à l'adresse suivante : [http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ppas/ias/publications/profil\\_statistique.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.htm).

### **Sources de données internes**

Les données de plusieurs sources internes ont été utilisées dans le cadre de la préparation du présent rapport, comme la base de données sur les maladies infectieuses et diverses évaluations. La fiabilité de certaines données internes est limitée par certains aspects, comme les différences au chapitre des définitions et les écarts à l'égard de certaines données.

## **Le travail avec les partenaires du portefeuille**

Même si le présent Rapport se penche uniquement sur le travail de Santé Canada pendant l'exercice 2002-2003, le Ministère fait partie d'un portefeuille d'organismes plus large au Parlement, par l'entremise du ministre de la Santé. En particulier, le

Ministère travaille en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Cette relation permet aux IRSC de veiller à ce que les recherches en santé qu'ils financent, tiennent compte des priorités globales du système de soins de santé et des enjeux naissants.

En raison de ses responsabilités dans le cadre du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail, le Ministère interagit aussi avec le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses (CCRRMD). Ce conseil, habilité par la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, évalue les demandes de fabricants et de fournisseurs de produits susceptibles de présenter un danger qui souhaitent protéger certains secrets de fabrication. Le conseil se charge aussi de protéger la santé des travailleurs qui sont susceptibles d'entrer en contact avec ces produits.

Puisque Santé Canada et ses partenaires des gouvernements provinciaux et territoriaux examinent ensemble l'impact de la hausse du coût des médicaments sur l'ensemble des dépenses en santé, la collaboration avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a été utile. Le CEPMB est un organisme quasi judiciaire indépendant, créé en vertu de la *Loi sur les brevets*, qui a pour mandat de protéger les intérêts du consommateur dans la foulée de la protection accrue des produits pharmaceutiques au moyen de brevets. Un élément clé de son mandat consiste à s'assurer que les prix demandés par les fabricants de médicaments brevetés au Canada ne sont pas excessifs.

## Section III :

# Rendement du Ministère par résultat stratégique

# A : Tableau des résultats stratégiques

<b>Secteur d'activité :</b>	Politique en matière de soins de santé
<b>Responsabilité :</b>	SMA, Direction générale de la politique de la santé et des communications
<b>Dépenses réelles, 2002-2003 :</b>	133,1 millions de dollars
<b>Équivalents temps plein :</b>	422

<b>Résultat stratégique</b> <i>La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.</i>	<b>Attentes relatives au rendement</b> <i>Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.</i>	<b>Priorités</b> <i>Selon le RPP de 2002-2003</i>
Un système de soins de santé solide et durable	AR 1.1 Services hospitaliers et médicaux financés par l'État conformément aux principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> .	Maintien de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et collaboration avec les provinces et territoires pour s'assurer que tous les gouvernements respectent leurs engagements envers ses principes.
	AR 1.2 Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien.	Réalisation des engagements pris par les premiers ministres dans le cadre de l'accord en matière de santé conclu par les premiers ministres en septembre 2000.  Initiatives et projets d'analyse visant à suivre de près et à comprendre les enjeux clés actuels et futurs en matière de soins de santé, de même qu'à fournir des conseils stratégiques fondés sur des données probantes.  Appui à la prestation de soins de fin de vie/ palliatifs de qualité au sein du système de soins de santé canadien.  Appui à la prestation de services de santé efficaces pour les femmes au Canada.
	AR 1.3 Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales.	Partenariats efficaces et productifs.  Élaboration et diffusion de connaissances sur les politiques et pratiques en matière de santé par la participation à des conférences, réunions et dialogues de nature internationale et par l'organisation de ces activités.  Prise de position du Canada sur les enjeux stratégiques internationaux, en conformité avec les objectifs stratégiques en matière de santé.

**Secteur d'activité :** Promotion et protection de la santé  
**Secteur de service :** Santé de la population et santé publique  
**Responsabilité :** SMA, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique  
**Dépenses réelles, 2002-2003 :** 415,5 millions de dollars  
**Équivalents temps plein :** 1 282

<b>Résultat stratégique</b>  <i>La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.</i>	<b>Attentes relatives au rendement</b>  <i>Le RPP de 2002-2003 énonce quatre résultats stratégiques pour le secteur de service Santé de la population et santé publique. Dans le cadre de nos efforts continus pour améliorer la reddition de comptes, les attentes relatives au rendement ont été redéfinies.</i>	<b>Priorités</b>  <i>Selon le RPP de 2002-2003</i>
Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	<b>AR 2.1</b> Promouvoir des modes de vie sains.	Sensibilisation accrue du public aux méthodes de prévention et de contrôle des maladies chroniques.  Renforcement de la capacité de prévenir et de contrôler les maladies chroniques aux échelons national, provincial et communautaire.  Amélioration de la santé des Canadiens par la prévention de la violence familiale et la promotion de la santé mentale, de la bonne condition physique et de la vie active.  Partager l'information et accroître la capacité des communautés à améliorer la santé et le bien-être des enfants, des aînés et des Canadiens vivant en milieu rural.  Relations efficaces avec les intervenants, les organismes bénévoles nationaux, les organismes non gouvernementaux et les partenaires provinciaux et territoriaux.  Renforcement de la capacité de recherche et d'analyse axées sur la population en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants.
	<b>AR 2.2</b> Prévenir les maladies.	Amélioration de l'état de santé des personnes affectées ou infectées par le VIH/sida et l'hépatite C, au moyen de projets de promotion de la santé et de soutien à la recherche approuvée par les pairs.  Contribution à l'élaboration d'initiatives d'immunisation ainsi que de programmes de prévention et de contrôle pour les maladies transmises par les aliments ou par l'eau, les zoonoses, les maladies transmissibles sexuellement, les maladies transmissibles par le sang, les maladies respiratoires et les infections acquises en établissement.
	<b>AR 2.3</b> Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention.	Coordination et communication efficaces entre les systèmes de surveillance; application rapide de l'information à la planification des situations d'urgence et à l'intervention en situation d'urgence.
	<b>AR 2.4</b> Aider à promouvoir la santé et à prévenir et contenir la maladie en renforçant la surveillance et la recherche.	Amélioration de la capacité de surveillance de la santé.  Augmentation des connaissances scientifiques sur les risques pour la santé humaine associés aux agents entéropathogènes présents chez les animaux et dans l'environnement.

**Secteur d'activité :** Promotion et protection de la santé  
**Secteur de service :** Produits de santé et aliments  
**Responsabilité :** SMA, Direction générale des produits de santé et des aliments  
**Dépenses réelles, 2002-2003 :** 144,5 millions de dollars  
**Équivalents temps plein :** 1 625

<b>Résultat stratégique</b>	<b>Attentes relatives au rendement</b>	<b>Priorités</b>
<p><i>La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.</i></p>	<p><i>Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.</i></p>	<p><i>Selon le RPP de 2002-2003</i></p>
<p>Produits de santé et aliments sûrs</p>	<p>AR 2.5 Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments.</p>	<p>Préparation efficace aux situations d'urgence et à l'intervention.</p> <p>Évaluation et gestion efficaces, rapides et pertinentes des risques associés aux aliments.</p> <p>Programme de réglementation plus efficace, plus rapide et plus pertinent pour les médicaments, les aliments, les matériels médicaux, les produits biologiques, les produits de santé naturels et les thérapies génétiques.</p> <p>Programmes de réglementation des médicaments à usage vétérinaire plus efficaces.</p>
	<p>AR 2.6 Approche intégrée de la gestion des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments, grâce à des activités scientifiques, stratégiques, de protection, de promotion et d'information.</p>	<p>Approche cohérente et intégrée pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et règlements reliés aux produits de santé et aux aliments.</p> <p>Participation des Canadiens aux discussions et consultations portant sur les politiques et programmes reliés aux produits de santé et aux aliments.</p>
	<p>AR 2.7 Adoption de comportements sains par la population canadienne.</p>	<p>Communication au public d'information et d'outils à jour et précis sur les comportements sains associés aux produits de santé et aux aliments.</p>

<b>Secteur d'activité :</b>	Promotion et protection de la santé
<b>Secteur de service :</b>	Santé environnementale et sécurité des consommateurs
<b>Responsabilité :</b>	SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs
<b>Dépenses réelles, 2002-2003 :</b>	210,5 millions de dollars
<b>Équivalents temps plein :</b>	1 250

### Résultat stratégique

*La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*

### Attentes relatives au rendement

*Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*

### Priorités

*Selon le RPP de 2002-2003*

Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne

AR 2.8 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits de la biotechnologie.

Protéger la santé et le bien-être des Canadiens en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme.

Réduire l'exposition aux dangers reliés à l'environnement et aux radiations cliniques.

Augmenter les connaissances sur les effets des polluants et des changements climatiques sur la santé; diminuer l'exposition des Canadiens aux substances toxiques présentes dans l'environnement.

Réduire les conséquences des projets de développement sur la santé humaine, grâce à une connaissance accrue de leurs incidences sur les déterminants de la santé.

Réduire l'exposition des Canadiens aux dangers associés aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux produits chimiques commerciaux et aux produits de la biotechnologie.

Réduire l'exposition des voyageurs aux dangers pour la santé, à l'intérieur du Canada.

Contribuer à accroître l'efficacité, la productivité et la compétitivité organisationnelles en améliorant la santé, la sécurité et le bien-être des travailleurs.

AR 2.9 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés au tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées.

Démontrer un leadership national et gérer des programmes visant à réduire et à prévenir les dommages associés aux drogues, à l'alcool et à d'autres substances contrôlées.

Réduire le tabagisme et enrayer les maladies et les décès qu'il provoque au Canada.

**Secteur d'activité :** Promotion et protection de la santé  
**Secteur de service :** Réglementation de la lutte antiparasitaire  
**Responsabilité :** Directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire  
**Dépenses réelles, 2002-2003 :** 31,7 millions de dollars  
**Équivalents temps plein :** 404

<b>Résultat stratégique</b>	<b>Attentes relatives au rendement</b>	<b>Priorités</b>
<p><i>La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.</i></p>	<p><i>Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.</i></p>	<p><i>Selon le RPP de 2002-2003</i></p>
<p>Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens</p>	<p>AR 2.10 Produits de lutte antiparasitaires sûrs et efficaces.</p>	<p>Décisions réglementaires fondées sur des activités scientifiques solides et à jour.</p>
	<p>AR 2.11 Conformité à la <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i> et à son règlement.</p>	<p>Processus de réglementation ouvert, transparent et participatif et accès rapide à des produits sécuritaires et efficaces.</p>
	<p>AR 2.12 Pratiques de lutte antiparasitaire durables, qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.</p>	<p>Conformité avec les exigences relatives à l'importation, à l'emballage, à la fabrication, à la distribution, à l'étiquetage, à la vente et à l'utilisation des pesticides.</p>
		<p>Élaboration et application d'une politique de réduction des risques associés aux pesticides.</p>



**Secteur d'activité :** Santé des Premières nations et des Inuits  
**Responsabilité :** SMA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
**Dépenses réelles, 2002-2003 :** 1 465,4 millions de dollars  
**Équivalents temps plein :** 1 685

**Résultat stratégique**

*La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*

**Attentes relatives au rendement**

*Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*

**Priorités**

*Selon le RPP de 2002-2003*

Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé

AR 3.1 Amélioration de l'accès aux services et de la qualité des services, résultants en une meilleure qualité de vie, un plus grand nombre d'années en santé et une diminution sensible des décès, maladies et invalidités qui peuvent être prévenus.

Investir dans la santé des Premières nations et des Inuits en fournissant des services de santé publique et de soins primaires de la façon la plus efficace et durable possible.

AR 3.2 Système de soins de santé renforcé.

Coopération et collaboration entre le gouvernement fédéral, les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces et territoires, et les fournisseurs de services afin de moderniser et d'adapter le système de services de santé pour les Premières nations et les Inuits.

AR 3.3 Information et connaissances plus solides pour soutenir la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Améliorer et intégrer l'information et les connaissances sur les indicateurs de santé et les soins de santé afin d'améliorer la prestation des services, la planification et l'évaluation des programmes.

AR 3.4 Services de santé durables et responsables, qui appuient un système de santé moderne pour les Premières nations et les Inuits, dans un contexte d'autonomie et de contrôle accru de leur part.

Mettre en place des mesures souples, durables, efficaces et responsables qui favoriseront la bonne santé des individus, des familles et des communautés tout en rendant mieux compte des résultats des investissements dans les programmes et les services, en cernant les lacunes dans les services, en améliorant la capacité de service, en mesurant le rendement et en améliorant les pratiques de gestion globales.

Augmenter la capacité de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits de gérer les fonds transférés de façon responsable.

**Secteur d'activité :** Gestion de l'information et du savoir  
**Responsabilité :** SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité  
**Dépenses réelles, 2002-2003 :** 111,1 millions de dollars  
**Équivalents temps plein :** 636

**Résultat stratégique**

*La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*

**Attentes relatives au rendement**

*Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*

**Priorités**

*Selon le RPP de 2002-2003*

Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé

AR 4.1 Infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population.

Progrès importants par rapport aux principales priorités pour la mise en place d'une infostructure pancanadienne de la santé, tel que recommandé dans la mise à jour du Plan tactique 2001, approuvée par les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Démontrer les possibilités d'amélioration mesurable de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des systèmes et services de santé, grâce à l'utilisation des technologies de l'information et des communications.

AR 4.2 Décisions stratégiques en matière de santé fondées sur des données probantes; meilleure compréhension des questions liées aux soins de santé.

Augmenter les données et les analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de soins de santé.

Faire en sorte que les décideurs en matière de santé comprennent mieux les questions relatives aux ressources humaines auxquelles les professionnels de la santé sont confrontés.

Mettre en place un système d'information qui permettra au Ministère d'accéder directement à une vaste gamme de données sur l'état de santé, ses déterminants et le rendement du système de soins de santé.

AR 4.3 Responsabilisation à l'égard des programmes, des politiques et des fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.

Collaborer avec les provinces et territoires afin d'élaborer un cadre complet de présentation de rapports sur les indicateurs de santé comparables, les résultats de santé et la qualité des services, de façon que chaque gouvernement puisse commencer à produire des rapports en septembre 2002, tel que convenu dans l'accord entre les premiers ministres de septembre 2000.

Au sein de Santé Canada, renforcer la fonction d'évaluation afin de soutenir les examens, évaluations et décisions stratégiques ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de mesures du rendement appropriées.

Augmenter la capacité, la vitesse et la sécurité de l'infrastructure ministérielle de technologie de l'information.

**Secteur d'activité :** Gestion et administration ministérielles

**Responsabilité :** SMA, Direction générale des services de gestion  
 SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité  
 Directeurs généraux régionaux  
 Directeur général exécutif, Bureau de la vérification et de la responsabilisation  
 Expert scientifique en chef  
 Bureaux exécutifs

**Dépenses réelles, 2002-2003 :** 206,1 millions de dollars

**Équivalents temps plein :** 1 529

<b>Résultat stratégique</b> <i>La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.</i>	<b>Attentes relatives au rendement</b> <i>Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.</i>	<b>Priorités</b> <i>Selon le RPP de 2002-2003</i>
Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada	AR 5.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité ainsi que de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne, les subventions et contributions, la responsabilisation en matière d'octroi de contrats et la gestion des ressources humaines.	Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère, y compris la fonction de contrôleur moderne.  Par l'entremise des directeurs généraux régionaux et de leurs équipes, exécution efficace des programmes de Santé Canada dans les régions, adaptée aux besoins locaux.  Par l'intermédiaire du Bureau de l'expert scientifique en chef, amélioration de la capacité du Ministère de produire des résultats et de mobiliser l'excellence dans les sciences de la santé et la recherche en santé afin d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens.

# B : Réalisations en matière de rendement, par résultat stratégique

## Un système de soins de santé solide et durable



### Objectif

Assumer un rôle de leader en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les autres intervenants clés en mettant l'accent sur l'élaboration d'une vision commune du système de santé canadien; définir les priorités clés et les approches de mise en œuvre afin d'améliorer la rapidité de l'accès ainsi que la qualité et l'intégration des services de santé (primaires, communautaires, de courte durée, à domicile et de longue durée) en vue de mieux répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé, peu importe l'endroit où ils habitent ou leur situation financière.

### Information financière

	Dépenses prévues	Total des crédits autorisés	Dépenses réelles
En millions de dollars	2002-2003	2002-2003	2002-2003
Dépenses nettes	227,4 \$	133,1 \$	133,1 \$*

\* Cette somme représente 4,9 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est principalement attribuable à la modification du profil de financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), car des paiements de transfert ont été reportés aux exercices 2004-2005 et 2005-2006.

## Introduction

Santé Canada a joué un rôle clé en 2002-2003 en définissant le renouvellement du système de soins de santé du Canada. Le Ministère a affecté plus de 133 millions de dollars au soutien de cet objectif. Ces activités ont aidé à tenir les engagements de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, lequel prévoit un plan d'action pour offrir aux Canadiens un accès rapide à des soins de santé de qualité.

### **Attentes relatives au rendement (AR) 1.1 : Services hospitaliers et médicaux financés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.**

#### **Priorité énoncée dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)**

Maintien de la *Loi canadienne sur la santé* et collaboration avec les provinces et territoires pour s'assurer que tous les gouvernements respectent leurs engagements envers ses principes.

Santé Canada continue de déployer des efforts pour faire en sorte que tous les résidents admissibles du Canada aient un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires, selon des modalités uniformes.

Santé Canada assure l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), y compris l'analyse et le règlement des questions de conformité avec les provinces et les territoires. La LCS énonce les conditions d'accès et d'octroi liées aux services de santé assurés et aux services de santé complémentaires que les provinces et les territoires doivent respecter pour toucher la totalité de la contribution financière fédérale prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

En 2002, afin de rendre le processus aussi concerté que possible, la ministre fédérale de la Santé a obtenu l'accord des provinces et des territoires (à l'exception du Québec) pour un nouveau mécanisme de règlement et de prévention des différends liés à la LCS et à son interprétation.

Santé Canada a continué d'interagir et de collaborer de façon régulière et permanente avec les provinces et les territoires, et d'intervenir auprès d'eux, aux fins de l'administration de la LCS, en vue d'assurer aux Canadiens un accès approprié et rapide aux services de soins de santé publics tout en offrant aux provinces et aux territoires la souplesse dont ils ont besoin pour dispenser ces services d'une façon responsable sur le plan financier. Les agents de Santé Canada entretiennent des rapports réguliers avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les administrateurs de régimes d'assurance-maladie afin de contribuer à la résolution des problèmes couramment éprouvés par les Canadiens en ce qui concerne l'admissibilité à la protection et la transférabilité des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

## AR 1.2 : Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien.

### Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Réalisation des engagements pris par les premiers ministres dans le cadre de l'accord en matière de santé conclu par les premiers ministres en septembre 2000.

Initiatives et projets d'analyse visant à suivre de près et à comprendre les enjeux clés actuels et futurs en matière de soins de santé, de même qu'à fournir des conseils stratégiques fondés sur des données probantes.

Appui à la prestation de soins de fin de vie/palliatifs de qualité au sein du système de soins de santé canadien.

Appui à la prestation de services de santé efficaces pour les femmes au Canada.

## Renouvellement des soins de santé

Le renouvellement des soins de santé est une initiative à long terme. Dans l'accord sur la santé conclu par les premiers ministres en septembre 2000, le gouvernement du Canada s'est engagé à investir 18,9 milliards de dollars sur cinq ans dans la santé, ainsi que 2,3 milliards de dollars dans les équipements médicaux, les technologies d'information en santé et la réforme des soins de santé primaires. En 2002-2003,

Santé Canada a continué à soutenir la mise en œuvre de ces initiatives.

Pendant cette période, les gouvernements ont aussi mis sur pied des commissions d'enquête pour étudier les préoccupations des Canadiens en ce qui concerne la qualité des soins de santé. Le gouvernement du Canada a créé la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par Roy Romanow, dont le rapport a été déposé à la Chambre des communes par la ministre de la Santé, en novembre 2002.

Tous ces rapports concluent que les principales préoccupations des Canadiens tournent autour de l'accessibilité de la qualité et de la durabilité à long terme. Santé Canada a soutenu les efforts déployés par le gouvernement du Canada pour renouveler le système de soins de santé, en lui prodiguant des conseils stratégiques éclairés.

En février 2003, conformément au désir des Canadiens et dans la foulée de l'accord de 2000 sur la santé, les premiers ministres ont signé l'Accord sur le renouvellement des soins de santé. Misant sur une collaboration et un partenariat accru, l'accord établit un plan d'action pour que les Canadiens jouissent d'un accès rapide à des soins de santé de qualité, en fonction non pas de leur capacité de payer, mais bien de leurs besoins. Pour soutenir la mise en œuvre de l'accord, le budget fédéral de 2003 affecte 34,8 milliards de dollars sur cinq ans à des investissements supplémentaires visant à soutenir les soins de santé. On peut trouver des détails à <http://www.fin.gc.ca/budget03/bp/bpc3f.htm#health> et dans le Rapport sur les plans et priorités de 2003-2004.

## **Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires**

La réforme des soins de santé primaires aidera à faire en sorte que les Canadiens aient accès aux professionnels de la santé appropriés lorsqu'ils en ont besoin. Santé Canada a continué de mettre en œuvre des initiatives avec l'aide du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, tel qu'annoncé dans l'accord de 2000. Afin d'accélérer la réforme des soins de santé primaires, le Fonds fournit du soutien à l'égard des coûts de transition liés aux changements fondamentaux et durables qui sont apportés à l'organisation, au financement et à la prestation des services de soins de santé primaires. Huit des 13 propositions de la catégorie de financement « provincial/territorial » ont obtenu l'aval ministériel, et le processus d'appel de propositions et d'approbation dans quatre autres catégories de financement se poursuivra en 2003-2004.

## **Gestion des produits pharmaceutiques**

Il est essentiel de gérer les produits pharmaceutiques pour que les Canadiens aient accès à des médicaments appropriés et de prix raisonnable. Santé Canada a joué un rôle directeur dans le cadre de la collaboration fédérale-provinciale-territoriale pour la gestion des produits pharmaceutiques, et a analysé les écarts entre les Canadiens en ce qui concerne la couverture des médicaments nécessaires.

En septembre 2002, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé un processus d'examen commun des médicaments, qui procurera aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux des examens thérapeutiques et économiques plus rigoureux et plus uniformes pour les nouveaux médicaments, tout en réduisant les chevauchements. On s'attend à ce que les premiers examens commencent à l'été 2003.

## **Ressources humaines en santé**

Santé Canada continue de jouer un rôle de leader au chapitre des ressources humaines en santé. Pour faire en sorte que les Canadiens aient accès aux professionnels de la santé dont ils ont besoin, maintenant et dans l'avenir, il est crucial d'assurer une planification et une gestion appropriées des ressources humaines en santé, y compris l'amélioration de la base d'information destinée à la prise de décisions.

Santé Canada, de concert avec Développement des ressources humaines Canada (DRHC), continue de soutenir la conception d'outils permettant de prévoir (à partir de l'offre et de la demande) les besoins en médecins, en infirmières, en pharmaciens et en spécialistes de la santé buccodentaire. Le projet national de modélisation des ressources humaines en santé de Santé Canada pour les médecins et les infirmières, de Santé Canada, a d'abord été élaboré en collaboration avec Alberta Health and Wellness. D'autres provinces ont depuis exprimé leur désir de travailler avec Santé Canada pour créer leur propre capacité de

modélisation. Santé Canada a aussi aidé quatre professions paramédicales (physiothérapeutes, techniciens-spécialistes de laboratoire médical, techniciens en radiation médicale, sages-femmes) à examiner et à analyser leurs sources de données.

En juin 2002, Santé Canada a donné des fonds pour l'élaboration des Directives sur la santé en milieu de travail pour le personnel infirmier au Canada. De plus, le Comité consultatif canadien des soins infirmiers (CCCSI) a déposé son rapport final, intitulé *Notre santé, notre avenir*, en août 2002. Le rapport du CCCSI énonce les principaux obstacles à un milieu de travail de qualité pour les infirmières, notamment le besoin d'accroître le nombre d'infirmières, d'améliorer leur formation, de maximiser leur cadre de fonction, et d'améliorer leurs conditions de travail.

Afin de mieux comprendre les besoins en ressources humaines en santé, Santé Canada continue de prendre part à des études sectorielles et professionnelles, en partenariat avec DRHC et d'autres ministères et organismes clés. Au printemps 2003, on s'est entendu sur des stratégies et des recommandations pour relever les défis liés aux ressources humaines dans le domaine des soins à domicile.

## **Sécurité des patients et santé rurale**

L'amélioration de la sécurité des patients est un aspect clé d'un système de soins de santé de qualité. Par le biais de son soutien financier et de sa participation aux travaux du Comité directeur national sur la sécurité des patients (CDNSP), Santé Canada a col-

laboré avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants clés pour améliorer la sécurité des patients au sein du système canadien de soins de santé. L'accord de 2003 prévoit la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'amélioration de la sécurité des patients et appuie les recommandations du rapport *Accroître la sécurité du système*, déposé par le CDNSP en septembre 2002.

En novembre 2002, le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale a présenté un rapport à la ministre de la Santé sur l'accès aux services de soins de santé dans les régions rurales, et sur la qualité de ces services. Le rapport a été utilisé dans le cadre des discussions préalables à l'accord de 2003. On peut consulter le rapport à : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/mains\\_rurales.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/mains_rurales.html).

## **Soins à domicile et soins palliatifs/de fin de vie**

À la demande de Santé Canada, Decima Research a produit le Profil national des personnes soignantes au Canada, qui a été largement diffusé. On a aussi fourni du soutien à la ministre fédérale responsable des Aînés en vue de la formulation d'options stratégiques pour le soutien des aidants naturels et non professionnels.

On a établi cinq groupes de travail à l'automne 2002; tous les groupes de travail participent activement à l'élaboration d'une Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie.



## Santé des femmes

Les recherches menées par les quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes ont permis une meilleure connaissance des facteurs qui influent sur la santé et le bien-être des femmes. On s'est notamment penché sur la santé des femmes à faible revenu, des femmes en milieu rural et des immigrantes, ainsi que sur la santé mentale des femmes. L'évaluation des programmes de santé quant à leur sensibilité aux différences entre les sexes a mené à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans et de services axés sur les femmes par certains gouvernements provinciaux et certains organismes de prestation de services. Les Centres et le Réseau canadien pour la santé des femmes continuent d'explorer les mécanismes de communication et de diffusion d'information sur la santé des femmes.

Par l'entremise du Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada a financé le Comité coordonnateur des femmes et de la réforme en santé, lequel a analysé et compilé la recherche relative à l'impact de l'évolution des soins de santé sur les femmes. Les conclusions et les recommandations ont été présentées aux autorités fédérales, provinciales et régionales, ainsi qu'aux universitaires et au grand public. De plus, par l'intermédiaire du Programme de contribution pour la santé des femmes, on a renforcé les liens avec les organismes de femmes en vue de fournir de l'information au sujet de l'incidence des politiques et programmes de protection de la santé et de gestion des risques sur la santé des femmes. On peut obtenir de l'information sur le Comité coordonnateur des femmes et

de la réforme en santé à : <http://www.cewh-cesf.ca/reformesante/index.html>.

### **AR 1.3 : Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales.**

#### **Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003**

Partenariats efficaces et productifs.

Élaboration et diffusion de connaissances sur les politiques et pratiques en matière de santé par la participation à des conférences, réunions et dialogues de nature internationale et par l'organisation de ces activités.

Prise de position du Canada sur les enjeux stratégiques internationaux, en conformité avec les objectifs stratégiques en matière de santé.

Santé Canada s'est engagé à partager à l'échelle internationale les expériences et les connaissances du Canada en matière de soins de santé. En 2002-2003, Santé Canada a organisé plusieurs événements de haute visibilité, comme la participation de la ministre canadienne à l'Assemblée mondiale de la Santé et à la rencontre des ministres de la Santé du Commonwealth, et une participation au Conseil directeur de

l'Organisation panaméricaine de la santé. Santé Canada a aussi joué un rôle clé dans la préparation des discussions sur la santé pour le Sommet du G8 ainsi que pour le prochain Sommet panaméricain, qui se tiendra à l'automne 2003, au Mexique. De plus, Santé Canada a coordonné efficacement la participation du Canada à la conférence de Barcelone sur le sida.

Santé Canada veille à ce que le droit du Canada de réglementer et de protéger ses services de santé soit pleinement protégé sous le régime des diverses ententes multilatérales et bilatérales auxquels le Canada est partie, y compris celles relevant de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Accord de libre-échange nord-américain. Ainsi, le Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux conservent la souplesse et le contrôle dont ils ont besoin pour fonctionner et déterminer ce qui convient le mieux au système de santé. Santé Canada continue de travailler avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international pour faire en sorte que le système de soins de santé du Canada soit protégé dans le cadre des négociations commerciales multilatérales actuelles et futures.

### **Sites Web pertinents**

Accord de 2000 des premiers ministres sur la santé

[http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004\\_e.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html)

[http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html)

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

<http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/index.html>

<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/index.html>

Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002

<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/accountability/indicators.html>

<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html>

Profil national des personnes soignantes membres de la famille au Canada

[http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/nat\\_profile02/1.html](http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/nat_profile02/1.html)

[http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/profil\\_nat02/1.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/profil_nat02/1.html)

Bureau de la politique des soins infirmiers

[http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/english/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/english/index_e.html)

[http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/francais/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/francais/index_f.html)

# Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies



## Objectif

Promouvoir la santé, prévenir et contrôler les blessures et les maladies.

## Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	378,9 \$	420,2 \$	415,6 \$
Recettes	0,0	(0,1)	(0,1)
Dépenses nettes	378,9 \$	420,1 \$	415,5 \$*

\* Cette somme représente 51,8 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les crédits autorisés et les dépenses prévues est principalement attribuable aux facteurs suivants :

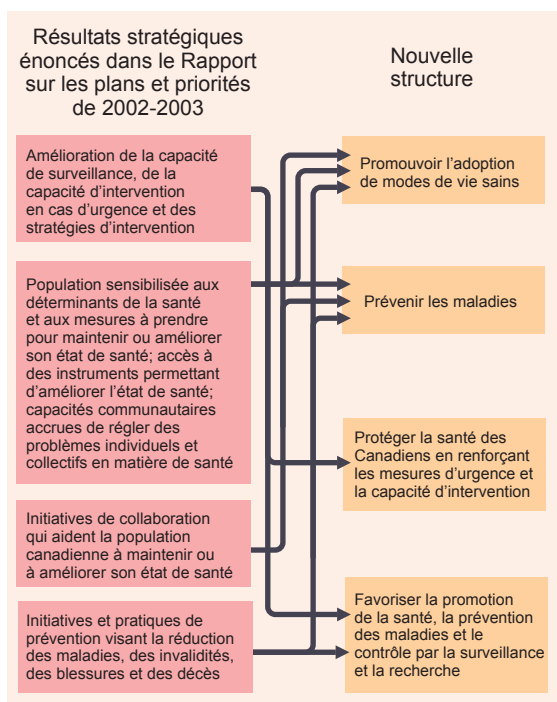
- le transfert des ressources liées à la gestion, à la responsabilisation et à la présentation des rapports pour les initiatives de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) du secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir;
- l'octroi de nouvelles ressources pour l'acquisition de vaccins antivarioliques et de fournitures médicales;
- l'obtention de ressources additionnelles pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme (SPLT) et les programmes de recherche et développement en génomique.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures au total des dépenses autorisées en raison d'une non-utilisation de ressources liées à la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles sont nécessaires pour terminer les activités s'inscrivant dans cette initiative.

## Contexte

Santé Canada s'attache à comprendre l'interaction des déterminants de la santé afin de concevoir des interventions qui aident les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

La plupart des interventions en santé publique se fondent sur des partenariats sectoriels ou intersectoriels étant donné qu'aucune personne, collectivité ou organisation ne contrôle tous les facteurs qui influent sur la santé. Les efforts de collaboration soutenus sont nécessaires, car ce n'est qu'à long terme qu'on peut mesurer des améliorations marquées en santé. Santé Canada travaille avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales, le secteur bénévole de la santé, les groupes communautaires, les professionnels de la santé et d'autres parties concernées en vue d'élaborer et de mettre en œuvre de telles interventions.



Le secteur de service de la Santé de la population et de la santé publique a énoncé quatre résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et priorités de 2002-2003. Dans le cadre des efforts continus pour améliorer la reddition de comptes, les résultats ont été redéfinis.

Ce changement simplifie la reddition des comptes aux Canadiens en fournissant une structure qui reflète mieux nos activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. *Promouvoir l'adoption de modes de vie sains* concerne nos travaux soutenus de promotion de la santé et d'intégration de nos activités visant des facteurs de risque communs pour les maladies non transmissibles. *Prévenir les maladies* comprend les activités du Ministère qui ont pour but de prévenir et de contrôler la prévalence des maladies. *Favoriser la promotion de la santé, la prévention des maladies et le contrôle par la surveillance et la recherche* englobe les activités qui produisent la base de connaissances sur laquelle on se fonde pour élaborer les politiques et les programmes en matière de santé publique. *Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention* comprend nos activités visant à réduire l'impact sur la santé des catastrophes naturelles et des catastrophes causées par l'homme.

## Attentes relatives au rendement (AR) 2.1 : Promouvoir des modes de vie sains

### Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Sensibilisation accrue du public aux méthodes de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

Renforcement de la capacité de prévenir et de contrôler les maladies chroniques aux échelons national, provincial et communautaire.

Amélioration de la santé des Canadiens par la prévention de la violence familiale et la promotion de la santé mentale, de la bonne condition physique et de la vie active.

Partage de l'information et renforcement de la capacité communautaire pour améliorer la santé et le bien-être des enfants, des aînés et des Canadiens vivant en milieu rural.

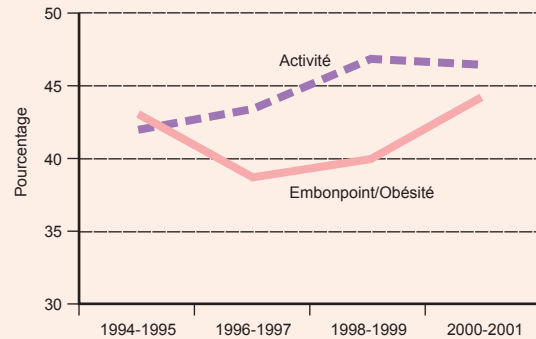
Relations efficaces avec les intervenants, les organismes bénévoles nationaux, les organismes non gouvernementaux et les partenaires provinciaux et territoriaux.

Renforcement de la capacité de recherche et d'analyse axées sur la population en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants.

Santé Canada reconnaît que l'environnement social, économique et physique où les Canadiens vivent, apprennent, travaillent et jouent influe fortement sur les pratiques de santé personnelles. Les choix individuels et collectifs que nous faisons contribuent à l'apparition et à la propagation d'un grand nombre de maladies non transmissibles importantes, y compris les maladies respiratoires et cardiaques, certains cancers et

le diabète. La promotion de modes de vie sains vise à améliorer les résultats globaux en santé et à réduire l'écart d'état de santé entre certains groupes de la population et l'ensemble des Canadiens.

### Comparaisons entre l'activité physique et l'IMC au Canada, de 1994-1995 à 2000-2001



Sources : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichier Santé (données partagées), de 1994-1995 à 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier partagé, 2000-2001

En septembre 2002, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont accepté de travailler ensemble à une stratégie pancanadienne à court, à moyen et à long terme sur les « modes de vie sains », qui mette l'accent sur la nutrition et l'activité physique et sur leur lien avec le poids-santé. Cette stratégie vise à promouvoir la bonne santé et à réduire les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles ainsi que le fardeau qu'elles représentent pour le système de santé, grâce à l'application d'une approche axée sur la santé de la population. Le discours du Trône de 2002 confirmait la tenue du premier symposium national sur ces questions en 2003. Le symposium sert de complément aux consultations tenues auprès des intervenants du pays au cours de la dernière année.

L'activité physique régulière contribue de façon importante à un bon état de santé, car elle réduit le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès prématuré. Pourtant, de récentes statistiques montrent que la majorité des Canadiens ne sont pas assez actifs pour être en santé et qu'un nombre croissant de Canadiens font de l'embonpoint ou sont obèses. En partenariat avec la Société canadienne de physiologie de l'exercice, Santé Canada a aidé à promouvoir l'activité physique par la diffusion des *Guides d'activité physique canadiens pour les jeunes et les enfants* en avril 2002 <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/paguide/guides/fr/index.html>. Des guides complémentaires à l'intention des éducateurs, des parents et des dispensateurs de soins, ainsi que des revues interactives pour les enfants et les adolescents, ont été lancés en novembre 2002. Ce matériel aide les jeunes à acquérir les valeurs dont ils auront besoin pour demeurer physiquement actifs pendant toute leur vie; on a distribué 4,6 millions d'exemplaires de ces publications l'an dernier dans le pays. Santé Canada évalue actuellement la consultation et l'utilité des guides et des ressources d'appoint. L'évaluation préliminaire laisse croire qu'ils ont été bien reçus par les enfants, les parents et les enseignants.

En 2002, dans le cadre de la campagne de marketing social de la Stratégie canadienne sur le diabète, Santé Canada a produit, en partenariat avec une grande chaîne de pharmacies, une annonce télévisée et du matériel promotionnel, y compris quelque 275 000 feuillets de renseignements présentant les habitudes de vie qu'on peut facilement changer pour contrôler le diabète

de type 2. La campagne, qui insistait sur le besoin de bien manger et de faire de l'activité physique, s'articulait autour du thème : « Mangez mieux, soyez actif, amusez-vous. Vous pouvez prévenir le diabète de type 2. » Une évaluation de cette campagne révèle qu'elle a contribué à enrichir les connaissances des Canadiens sur la prévention du diabète et les facteurs de risque connexes.

Santé Canada continue de surveiller l'incidence des divers types de cancer et soutient la recherche liée à cette maladie. S'appuyant sur les progrès réalisés dans le domaine de la recherche sur le cancer du sein par l'entremise de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein (anciennement connue sous le nom d'Initiative canadienne sur le cancer du sein), le Ministère a renouvelé son soutien à ce partenariat de sept organismes désireux d'approfondir la recherche pour prévenir et guérir cette maladie, la forme de cancer la plus répandue chez les femmes. On peut obtenir plus d'informations sur l'initiative à : <http://www.breast.cancer.ca/>.

« **Breaking the Cycle** » (pour rompre le cycle), projet conjoint du PACE et du PCNP, a servi 426 femmes de la région de Toronto et leurs enfants. Parmi les femmes qui se sont inscrites au programme au début de leur grossesse, 54 % ont déclaré que leur enfant avait été exposé à une substance quelconque pendant la grossesse, contre 92 % des femmes qui se sont inscrites plus tard pendant leur grossesse. Le projet a permis de réduire les complications à l'accouchement, d'améliorer la santé postnatale et le poids à la naissance. De plus, 64,5 % des participantes sont restées sobres, et 62 % s'occupaient de leur enfant à temps plein, plutôt que de le confier aux services de protection de l'enfance ou à un membre de la famille. (Source : données internes du projet)

Le Ministère a joué un rôle important dans la mise en œuvre de l'Initiative de développement des jeunes enfants (DJE) du gouvernement du Canada, en versant environ 53 millions de dollars au Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) (notamment pour les programmes de prévention des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale et pour les initiatives de sensibilisation du public) et 27 millions de dollars au Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) pour les programmes de santé communautaire destinés aux enfants et aux familles (volet visant les Autochtones hors réserve). Par comparaison avec l'exercice précédent, la participation aux projets du PACE a augmenté d'environ 8 %, et la participation au PCNP, de 14 %. À lui seul, le PCNP rejoint environ 60 % des femmes enceintes à faible revenu

au Canada. La participation au PCNP a plus que triplé depuis le lancement du programme en 1996 (source : données internes du programme).

Les régions évaluent l'impact des projets du PACE et du PCNP de façon continue. Ces évaluations ainsi que les analyses ministérielles sont utilisées dans le cadre d'un projet qui améliorera le cadre de gestion pour tous les programmes de subventions et de contributions liés à la promotion de la santé.

L'initiative pour la prévention des chutes, mise en œuvre conjointement par Santé Canada et Anciens combattants Canada, soutient l'adoption de stratégies efficaces de prévention des chutes pour les aînés et les anciens combattants. Un examen à mi-parcours de l'initiative, entrepris en 2002-2003, a permis de conclure que, même après une courte période, les groupes cibles étaient mieux sensibilisés aux facteurs de risque et à l'importance de prévenir les chutes.

## AR 2.2 : Prévenir les maladies

### Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Amélioration de l'état de santé des personnes affectées ou infectées par le VIH/sida et l'hépatite C, au moyen de projets de promotion de la santé et de soutien à la recherche approuvée par les pairs.

Contribution à l'élaboration d'initiatives d'immunisation ainsi que de programmes de prévention et de contrôle pour les maladies transmises par les aliments ou par l'eau, les zoonoses, les maladies transmissibles sexuellement, les maladies transmissibles par le sang, les maladies respiratoires et les infections acquises en établissement.

Santé Canada a consacré des ressources considérables à la prise de mesures pour enrayer la poussée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à la fin de l'exercice. Les employés de Santé Canada ont travaillé avec d'autres ministères fédéraux ainsi qu'avec les travailleurs provinciaux et municipaux de la santé publique dans les régions touchées. De plus, le Ministère a offert son expertise en épidémiologie et ses conseils et a contribué à l'effort mondial de recherche scientifique pour cerner la nature du virus du SRAS. L'incidence du SRAS sur les ressources pour l'exercice 2003-2004 figurera dans le Rapport ministériel sur le rendement pour cet exercice. Pour obtenir plus de renseignements sur le SRAS, consulter : <http://www.sras.gc.ca>.

Afin de contrer la menace du virus du Nil occidental (VNO), Santé Canada tra-

vaille avec ses partenaires provinciaux et territoriaux pour renforcer la coordination et la gestion nationales relativement à cette maladie et aux efforts de recherche. Le Ministère a renforcé ses capacités de surveillance, de recherche et d'analyse en laboratoire pour examiner le VNO et atténuer les risques connexes, y compris l'exposition au virus par l'entremise du système d'approvisionnement en sang, à l'occasion de transfusions. De plus, le Ministère a renseigné les Canadiens sur les mesures à prendre pour réduire le risque de contracter le VNO [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/virus\\_nil/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/virus_nil/index.html).

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) (<http://www.sida.gc.ca>) et des programmes relatifs à l'hépatite C (<http://www.hepc.gc.ca>), Santé Canada continue de soutenir la recherche et les activités communautaires visant à réduire la prévalence de ces maladies. Le Ministère, de concert avec le Service correctionnel du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a procédé à l'évaluation triennale de la SCVS, une stratégie de 42,2 millions de dollars. Cette évaluation formative a permis de jeter les bases de l'évaluation quinquennale. Malgré ses limites, l'évaluation a permis de conclure que la stratégie contribue à étendre les partenariats et les mesures prises par les groupes nationaux et communautaires du Canada pour aider les personnes touchées par le VIH/sida. Étant donné le besoin permanent de renforcer et d'élargir les efforts de partenariats, le Ministère a amélioré sa communication avec les partenaires de la SCVS et les intervenants, et il compte intégrer les leçons tirées



de l'évaluation aux travaux amorcés pour l'évaluation quinquennale. On peut trouver de la documentation sur l'évaluation à : [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih\\_sida/strat\\_can/rapports/evaluation.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/rapports/evaluation.html).

Une évaluation du Programme de prévention, soutien et recherche pour l'hépatite C menée en 1998 a révélé que ce programme avait contribué au progrès de la recherche, particulièrement dans le domaine des traitements thérapeutiques et du développement de vaccins. On a aussi conclu qu'il fallait faire plus de recherche liée aux sciences du comportement et aux sciences sociales, de sorte que le Ministère a créé des mécanismes pour examiner la question. L'évaluation a permis de constater que des efforts considérables avaient été déployés pour renforcer la capacité d'intervention face à l'hépatite C en renforçant la sensibilisation, en créant des partenariats et en fournissant du soutien aux échelons local et régional. Toutefois, on concentrera les efforts sur la prévention au sein des groupes considérés plus à risque : consommateurs de drogues injectables, jeunes, Autochtones et détenus.

### **AR 2.3 : Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention**

#### **Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003**

Coordination et communication efficaces entre les systèmes de surveillance; application rapide de l'information à la planification des situations d'urgence et à l'intervention en situation d'urgence.

En 2002-2003, le Ministère a modernisé, en consultation avec les provinces et les territoires, le Plan d'urgence canadien contre la variole, qui décrit les responsabilités de chacun en cas de poussée de variole, et il a offert des séances de formation et d'orientation afin de préparer les équipes qui seraient chargées d'intervenir. Le Ministère a aussi amorcé l'achat de doses de vaccins contre la variole, en nombre suffisant. Grâce à ces mesures, le Ministère s'assure que le Canada est prêt à intervenir en cas de poussée de variole, événement improbable mais potentiellement désastreux.

Santé Canada a renforcé sa capacité de réagir aux catastrophes naturelles et aux situations d'urgence en santé causées par l'homme en ajoutant des produits pharmaceutiques à la Réserve nationale de secours (RNS), en modernisant l'équipement et les fournitures, et en mettant à niveau les entrepôts. En février 2003, les fournitures et l'équipement de la RNS ont été réquisitionnés par le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador lorsque les inondations et le gel ont forcé les résidents de Badger (Terre-Neuve) à abandonner leur foyer. Santé Canada a acheminé des lits, des couvertures et d'autres équipements aux équipes d'intervention d'urgence chargées de venir en aide aux résidents touchés.

Santé Canada collabore aussi avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour assurer la planification des mesures d'urgence partout au Canada. Par exemple, en 2002-2003, le Ministère a investi plus de 400 000 \$ pour former les agents de secours en prévision d'une situation d'urgence chimique, biologique, radiologique ou nucléaire. Les membres du Programme d'aide en cas d'urgence ont poursuivi leur formation relative aux pratiques exemplaires pour la manutention des colis suspects. Ces efforts ont porté fruit lorsque, en collaboration avec d'autres autorités d'intervention d'urgence, Santé Canada a répondu à 48 incidents liés à un colis suspect en 2002-2003.

Enfin, la protection de la santé des Canadiens suppose qu'on collabore avec les partenaires internationaux pour faire en sorte que la communauté internationale puisse intervenir en cas d'urgence en santé planétaire. Au cours de la dernière année, Santé Canada a continué d'examiner les besoins en sécurité communs au Canada et aux États-Unis sous le régime du plan d'action canado-américain en matière de biosécurité. Ce plan, qui s'inscrit dans la Déclaration sur la frontière intelligente, combine les efforts déployés par les ministères et organismes fédéraux des deux pays pour coordonner les plans de mesure d'urgence, les communications, la lutte contre l'influenza, la surveillance et les activités de planification et d'intervention d'urgence.

## **AR 2.4 : Aider à promouvoir la santé et à prévenir et contenir la maladie en renforçant**

## **la surveillance et la recherche**

### **Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003**

Amélioration de la capacité de surveillance de la santé.

Augmentation des connaissances scientifiques sur les risques pour la santé humaine associés aux agents entéropathogènes présents chez les animaux et dans l'environnement.

La surveillance de la santé suppose qu'on recueille et qu'on analyse l'information sur l'actualité en santé pour cerner les tendances, décrire les nouveaux problèmes de santé et fournir l'information nécessaire à la conception d'interventions en santé publique. Dans le cadre de son rôle directeur, Santé Canada vise trois objectifs : 1) concevoir des systèmes de surveillance qui regroupent les données provinciales et territoriales à l'échelon national afin de faciliter le contrôle de l'information sur la santé et de repérer les maladies menaçantes; 2) bâtir une infrastructure technologique qui améliore l'accessibilité de ces systèmes pour les agents de la santé publique; 3) procurer à ces derniers les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour utiliser ces systèmes.

Reconnu internationalement, le **Réseau mondiale d'intelligence santé publique (RMISP)** de Santé Canada fournit de l'information à l'Organisation mondiale de la santé sur 60 % des événements mondiaux en matière de santé publique. Le RMISP surveille et compile l'information sur la santé publiée sur divers supports, et cette information est ensuite analysée par des agents de santé publique. Le RMISP a été l'un des premiers systèmes de contrôle à recueillir les renseignements sur la santé qui ont finalement permis de repérer le SRAS. (Source : site Web de l'Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/csr/alertresponse/epidemicintelligence/fr/>)

Par l'entremise du Réseau de surveillance de la santé au Canada, le Ministère a dirigé l'élaboration de la Stratégie canadienne pour la surveillance des maladies transmissibles. La stratégie offre au milieu de la santé publique les concepts fondamentaux, le contexte et les outils dont il a besoin pour bâtir le système de surveillance des maladies transmissibles, de l'immunisation et des éléments indésirables liés aux vaccins. Cela permettra aux gouvernements provinciaux et territoriaux de mettre en place des systèmes de surveillance communs, permettant de regrouper les données à l'échelon national.

Au cours de la dernière année, le Ministère a rendu le Système d'information en santé publique accessible en ligne, de sorte que les professionnels de la santé publique ont accès à des dossiers médicaux des patients et à des systèmes de déclaration automatisés et intégrés. C'est là une étape

importante dans l'élaboration des éléments de santé publique du dossier électronique de santé, grâce auquel les professionnels de la santé seront en mesure d'accéder par voie électronique au dossier médical de citoyens de diverses provinces et territoires. Étant donné les résultats positifs des essais effectués au Manitoba, en Colombie-Britannique et dans un bureau régional de la santé en Alberta, Santé Canada collaborera avec les provinces et les territoires pour étendre ce système afin qu'il réponde aux besoins actuels et futurs.

Le Système national de surveillance du diabète, autre initiative s'inscrivant dans la Stratégie canadienne sur le diabète, a été étendu à l'ensemble des provinces et des territoires. Les données recueillies grâce à ce système et à d'autres sources ont été incorporées au rapport *Le diabète au Canada – Deuxième édition* [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/dic-dac2/francais/01cover\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/dic-dac2/francais/01cover_f.html), qui décrit le fardeau du diabète au Canada.

En vue de procurer aux professionnels de la santé publique les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour travailler avec ces systèmes, Santé Canada a enrichi son Programme de formation en épidémiologie d'intervention (voir : [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/fetp-pfei/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/fetp-pfei/index_f.html)) en créant trois modules de perfectionnement offerts sur le Web. Santé Canada continuera de collaborer avec les universités et les organismes de santé publique du Canada en vue d'élaborer des modules supplémentaires. On trouvera des détails sur ce projet à : [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/skills\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/skills_f.html).

Au Québec, dans le cadre d'une collaboration entre Santé Canada, l'Administration régionale Kativik et une équipe de chercheurs du Centre hospitalier universitaire de Québec, on a recueilli de l'information sur la santé dans 14 communautés inuites, ce qui a permis de mieux comprendre les liens entre la nutrition et les facteurs de risque liés à l'anémie ferriprive, ainsi que l'impact des interventions en santé publique visant à réduire ce problème de santé.

Le Ministère est aussi un important centre de recherche scientifique qui aide à repérer, à évaluer et à gérer les menaces pour la santé des Canadiens. Cette recherche contribue à l'élaboration d'initiatives de prévention des maladies, améliore les systèmes de surveillance et permet aux agents de santé publique de prendre les mesures de confinement nécessaires en cas de poussée de maladie. Les recherches menées au cours de la dernière année ont enrichi nos connaissances sur la résistance aux antimicrobiens et sur les agents pathogènes transmis par les aliments, comme *E. coli*, la *salmonelle* et les campylobactéries. Pour obtenir plus d'information, voir : [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/lfz-llczoa/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/lfz-llczoa/index_f.html) (Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire).

La recherche en laboratoire a aussi joué un rôle crucial dans les travaux du Ministère sur le virus du Nil occidental et le SRAS. Par exemple, elle a fourni les données probantes nécessaires pour mettre au point des mesures de confinement liées au SRAS, au Canada et dans le monde. De plus, la recherche scientifique permet à Santé Canada de réagir aux situations d'urgence sanitaires par l'analyse des colis suspects et des agents

de bioterrorisme. Pour obtenir plus d'information, voir : <http://www.nml.ca/lnm.htm> (Laboratoire national de microbiologie).

### Sites Web pertinents

Ce qui suit fournit des liens vers des activités mentionnées dans le Rapport sur les plans et priorités de 2002-2003 qui portent sur des questions de santé liées au résultat stratégique abordé ici.

Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein

<http://www.breast.cancer.ca/>

Activités et publications de Santé Canada sur le vieillissement et la santé des aînés

[http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/index\\_pages/whatsnew\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_f.htm)

Activités et publications de Santé Canada sur la santé des enfants et des adolescents

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

Le Réseau canadien de la santé est une passerelle Internet bilingue qui permet aux Canadiens d'accéder à de l'information sur les moyens de rester en santé et de prévenir les maladies.

<http://www.canadian-health-network.ca/>

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille offre des ressources aux Canadiens qui cherchent des renseignements sur la violence familiale.

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

*Le Rapport sur les maladies mentales au Canada* décrit la prévalence, les causes, les répercussions et les traitements des grandes maladies mentales au Canada, ainsi que les préjugés qui s'y rattachent.

[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmacc/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmacc/index_f.html)

*Les anomalies congénitales au Canada* est un rapport qui fournit de l'information sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada.

[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cac-acc02/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cac-acc02/index_f.html)

Conformément à l'Accord sur le développement de la petite enfance conclu par les premiers ministres en septembre 2000, Santé Canada a contribué à la rédaction du rapport sur les investissements fédéraux dans les programmes et services destinés aux enfants et sur les avantages qu'en retirent les jeunes enfants.

[http://www.union sociale.gc.ca./ecd\\_f.html](http://www.union sociale.gc.ca./ecd_f.html)

Les Centres d'excellence pour le bien-être des enfants mènent des recherches sur des aspects clés de la santé des enfants et des adolescents.

[http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/allchildren\\_touslesenfants/centres\\_accueil\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/allchildren_touslesenfants/centres_accueil_f.html)

Le Forum canadien des laboratoires de santé publique regroupe des représentants de laboratoires publics de tout le pays en vue de coordonner la surveillance des laboratoires.

<http://www.nml.ca/francais/collaboration.htm>

*Le fardeau économique de la maladie au Canada* (1998) présente un tableau exhaustif de la répartition des coûts de la maladie au Canada.

<http://ebic-femc.hc-sc.gc.ca>

Pour trouver d'autres publications se rapportant à ce résultat stratégique, consulter le site Web suivant :

[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publications\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publications_f.html).

# Produits de santé et aliments sûrs



## Objectif

Salubrité et valeur nutritive des aliments, et sécurité et efficacité des médicaments, des produits de santé naturels, des matériels médicaux, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie qui se trouvent sur le marché et dans le système de santé du Canada, grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, de lois et de cadres de réglementation, à la promotion d'une alimentation saine, et à l'utilisation éclairée des médicaments, des matériels médicaux, des aliments et des produits de santé naturels.

## Information financière

	Dépenses prévues	Total des crédits autorisés	Dépenses réelles
En millions de dollars	2002-2003	2002-2003	2002-2003
Dépenses brutes	189,7 \$	185,2 \$	176,7 \$
Recettes	(36,1)	(40,7)	(32,2)
Dépenses nettes	153,6 \$	144,5 \$	144,5 \$*

\* Cette somme représente 18 % des dépenses réelles du secteur d'activité Promotion et protection de la santé.

Le fait que les recettes autorisées soient supérieures de 4,6 millions de dollars aux recettes prévues s'explique par l'augmentation des autorisations de crédit net pour les matériels médicaux. Les recettes réellement perçues sont inférieures de 8,5 millions de dollars aux recettes autorisées, principalement du fait que les recettes perçues ont été moindres dans le cas des programmes des matériels médicaux, des médicaments vétérinaires et des médicaments.

L'écart entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'explique principalement par le fait que plus de ressources liées à l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme et aux programmes de recherche et développement en génomique ont été dépensées dans d'autres secteurs de service plutôt que dans celui des produits de santé et des aliments comme il était prévu au départ.

## Contexte

Au cours de l'année, nous avons mis en place plusieurs initiatives clés qui contribuent à la sécurité des produits de santé et à la salubrité des aliments sur le marché et dans le système de santé du Canada, et qui permettent aux Canadiens de faire des choix sains et éclairés. En particulier, nous avons progressé vers les trois résultats stratégiques énoncés dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003 :

- protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments;
- approche intégrée de la gestion des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments, grâce à des activités scientifiques, stratégiques, de protection, de promotion et d'information;
- adoption de comportements sains par la population canadienne.

Pour y arriver, nous avons collaboré étroitement avec nos partenaires et les intervenants, notamment les industries des produits de santé et des aliments, les professionnels de la santé et des soins de santé, les patients, divers segments de la population, des organisations non gouvernementales, d'autres ministères fédéraux, d'autres administrations publiques, des organisations internationales du domaine de la santé et du commerce, le milieu universitaire et scolaire, d'autres organisations scientifiques et de recherche, et les médias. (Pour de plus amples renseignements, consulter l'adresse suivante : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html).)

## Attentes relatives au rendement (AR) 2.5 : Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments

### Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et les priorités (RPP)

Préparation efficace aux situations d'urgence et à l'intervention.

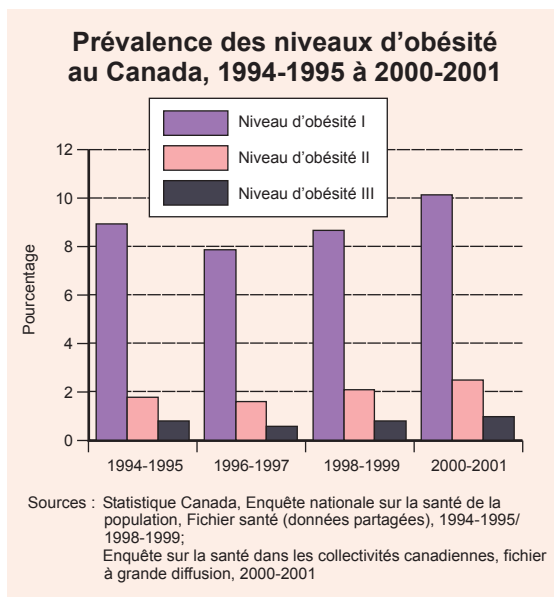
Évaluation et gestion efficaces, rapides et pertinentes des risques associés aux aliments.

Programme de réglementation plus efficace, plus rapide et plus pertinent pour les médicaments, les aliments, les matériels médicaux, les produits biologiques, les produits de santé naturels et les thérapies génétiques.

Programmes de réglementation des médicaments à usage vétérinaire plus efficaces.

Afin de mettre en place le cadre ministériel de préparation aux situations d'urgence, nous avons recruté du personnel à cette fin et dressé un plan pour nous assurer de remplir nos obligations réglementaires essentielles en cas d'urgence. De plus, nous avons investi 370 000 \$ dans l'achat de matériel de laboratoire pour pouvoir détecter les traces de substances toxiques et de contaminants chimiques dans les médicaments et les produits de santé naturels. Grâce à cette capa-

cité amélioré, nous sommes mieux  quip es pour réagir aux menaces qui se présentent, comme le sabotage ou l'altération de produits, ou aux plaintes portant sur des réactions indésirables, et pour mener des enquêtes dans les cas où la présence d'ingrédients actifs non d eclar es est soupçonnée dans des produits de santé offerts aux Canadiens. (Pour de plus amples renseignements, voir : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2002/2002\\_13bk2.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2002/2002_13bk2.htm).)



L'excès de poids et l'obésité constituent des problèmes de santé qui prennent de plus en plus d'importance au Canada. Une alimentation saine et une vie active sont des déterminants importants de la santé, qui permettent de maintenir le poids-santé. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, de nouvelles exigences en matière d'étiquette permettent aux Canadiens d'obtenir de plus amples renseignements sur la valeur nutritive de la plupart des aliments pr emball es. Adopt e à la suite de consultations poussées, le nouveau règlement exige que la plupart des étiquettes comportent un tableau « valeurs nutritives », précisant le nombre de calo-

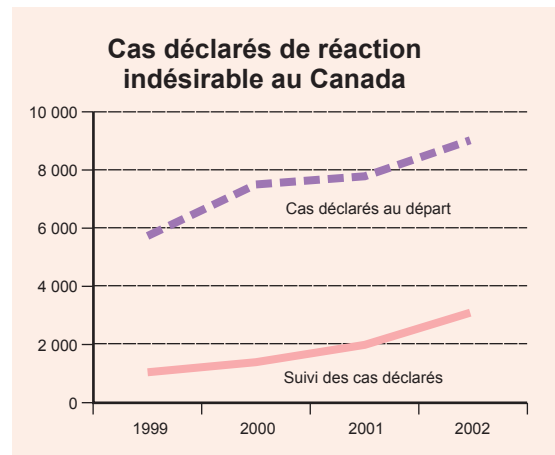
ries et les 13 nutriments clés. Ces normes permettent également certaines allégations relatives à la santé,  tay es par des données scientifiques. Nous avons mis au point des ressources et des outils d'information pour le consommateur et l'éducateur en ce qui concerne la nouvelle réglementation en matière d'étiquette nutritionnel, notamment des documents conçus expressément pour les Premieres nations et les Inuits. La nouvelle réglementation permet aux Canadiens de faire des choix plus  clair es en vue d'une alimentation saine, ce qui aidera à réduire les risques de maladie chronique attribuable à une mauvaise alimentation ou à l'obésité. (Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/index_f.html).)

Afin de soumettre les greffes de cellules, de tissus et d'organes à une norme de sécurité élevée, nous avons publié une directive et des exigences en matière de sécurité au début de 2003. Nous avons également lancé un examen national de certains établissements, afin de voir s'ils se conforment aux exigences de base en matière de sécurité et de prendre des mesures au besoin. L'Association canadienne de normalisation, financé par le Ministère et soutenue par un groupe d'experts, a élaboré un ensemble de normes nationales de sécurité à l'intention des établissements qui manipulent ou traitent des cellules, des tissus et des organes. Les dernières normes seront mises au point en juin 2003. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises\\_garde/2003/bc\\_earbank.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/2003/bc_earbank.htm).)



En réaction aux flambées de cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à Toronto, en mars 2003, nous avons fourni de la ribavirine, médicament antiviral conçu pour le traitement du SRAS, par l'entremise du Programme d'accès spécial. De plus, nous avons travaillé en étroite collaboration avec les professionnels de la santé, afin de les renseigner sur les risques et les avantages associés à l'utilisation de ce médicament et de surveiller les éventuels effets indésirables. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises\\_garde/sras/miseajour44.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/sras/miseajour44.html).)

Nous avons renforcé notre capacité de surveillance des médicaments qui se trouvent déjà sur le marché, afin de veiller à la sécurité des produits de santé disponibles, notamment des produits de santé thérapeutiques conçus pour les humains et des médicaments vétérinaires, et pour prendre rapidement les mesures qui s'imposent. L'augmentation régulière du nombre de cas de réaction indésirable déclarés au Canada depuis quatre ans témoigne de notre capacité accrue de surveillance des produits sur le marché et de la sensibilisation accrue des professionnels de la santé et des consommateurs. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/about-mhpd\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/about-mhpd_f.html).)



Pour s'assurer que les Canadiens sont au fait des renseignements nouveaux sur les risques et l'efficacité des produits de santé vendus sur le marché, nous avons publié 54 avis à l'intention des professionnels de la santé et des membres du grand public. Comme exemples d'avis importants destinés aux professionnels de la santé, citons ceux qui portaient sur le risque de méningite chez les patients ayant reçu un implant cochléaire et sur le risque d'étranglement des nourrissons que présentent les tubulures IV. Ces avis et d'autres permettent aux professionnels de la santé et aux Canadiens de faire des choix éclairés en ce qui concerne les risques et les avantages des produits de santé. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index\\_advisories\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_advisories_f.html).)

L'acrylamide est un produit chimique dont on se sert pour fabriquer les plastiques et divers autres matériaux, ainsi que certains emballages d'aliments. Or, les autorités suédoises en matière d'alimentation ont annoncé la découverte étonnante de traces d'acrylamide dans des aliments en avril 2002. D'autres chercheurs, dont ceux du Ministère, ont confirmé cette découverte. Nos chercheurs ont été les premiers

à décrire comment ce composé se forme dans certains aliments à base d'amidon, quand ceux-ci sont cuits à des températures élevées. Nous avons fait part de nos constatations à l'industrie canadienne de l'alimentation et à nos partenaires scientifiques internationaux à la mi-septembre, et publié nos travaux dans la revue Nature le 3 octobre 2002. Nous nous sommes engagés, avec l'aide de nos partenaires et de nos collaborateurs internationaux, à réduire les risques pour la santé associés à la présence de cette substance dans les aliments. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/cs-ipc/chha-edpcs/f\\_acrylamide\\_and\\_food.html](http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/cs-ipc/chha-edpcs/f_acrylamide_and_food.html).)

Pour établir des normes internationales et maintenir la confiance du consommateur pour ce qui touche la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicamenteux vétérinaires, nous avons participé à plusieurs initiatives internationales importantes, dont la conférence VICH (Conférence internationale sur l'harmonisation des exigences techniques pour l'enregistrement des médicaments vétérinaires, aux travaux du Comité du Codex sur les résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments, et à ceux du Comité mixte d'experts des additifs alimentaires du FAO et de l'OMS (Organisation des Nations-Unies pour l'agriculture et Organisation mondiale de la santé). (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/index_f.html).)

## **AR 2.6 : Approche intégrée de la gestion des risques pour la**

## **santé associés aux produits de santé et aux aliments, grâce à des activités scientifiques, stratégiques, de protection, de promotion et d'information**

### **Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003**

Approche cohérente et intégrée pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et règlements reliés aux produits de santé et aux aliments.

Participation des Canadiens aux discussions et consultations portant sur les politiques et programmes reliés aux produits de santé et aux aliments.

Afin de réduire le risque de propagation du virus du Nil occidental dans les réserves de sang, en septembre 2002, nous avons donné des instructions aux administrateurs du sang sur l'exclusion ou le retrait des donneurs infectés ou présumés infectés. Nous avons entamé un dialogue avec l'industrie afin de favoriser la mise au point d'un test de dépistage du virus du Nil occidental chez les donneurs de sang. Ensuite, un test commercial a été conçu et approuvé en priorité. Héma-Québec commencera à tester les donneurs de sang pour détecter le virus au Québec le 25 juin 2003. La Société canadienne du sang commencera à utiliser le test dans tout le reste du Canada le 1<sup>er</sup> juillet 2003.

(Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/virus\\_nil/transmission.html#1](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/virus_nil/transmission.html#1).)

Les infections d'origine alimentaire coûteraient plus de 1 milliard de dollars par année. Or, d'abondantes données scientifiques confirment l'efficacité de l'irradiation pour la réduction de la charge bactérienne des aliments qui présentent un risque élevé. Nous avons consulté les consommateurs au sujet d'un projet de règlement sur les usages nouveaux de l'irradiation des aliments (p. ex. pour le bœuf haché) et du Code canadien de pratiques recommandées pour l'irradiation des aliments. Les avis recueillis nous permettront de poursuivre notre examen de la question. Nous avons publié nos résultats par l'entremise d'une émission de télévision nationale sur les affaires publiques, dans un magazine d'actualité nationale et sur notre site Web. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/fpi-ipa/f\\_irradiation\\_index.html/](http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/fpi-ipa/f_irradiation_index.html/).)

La résistance aux antimicrobiens réduit l'efficacité des agents antimicrobiens, par exemple des antibiotiques et des antiviraux, et peut nuire au traitement de la maladie chez les humains et les animaux. Le rapport final publié par le Comité consultatif d'experts sur l'utilisation d'antimicrobiens chez les animaux et les conséquences pour la résistance et la santé humaine, groupe qui réunissait de multiples intervenants, est pris en considération dans l'élaboration de nouvelles politiques sur la résistance aux antimicrobiens. Le Programme canadien intégré de surveillance de la résistance aux antimicrobiens a été créé pour établir la base de données scientifiques nécessaire à

l'évaluation et à la gestion des risques liés à la résistance aux antimicrobiens. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/amr\\_policy\\_dev\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/amr_policy_dev_f.html).)

Afin d'harmoniser et de mettre à jour l'information de prescription pour les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, médicaments qui servent à atténuer la douleur et l'inflammation associées aux rhumatismes et à des maladies moins graves, nous avons parrainé un atelier de deux jours et réuni 17 experts (scientifiques, médecins et patients) en août 2002. À partir des discussions ainsi tenues, nous avons révisé la ligne directrice. L'amélioration des renseignements professionnels sur ces médicaments entraînera une réduction des réactions indésirables connexes. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/nsaids\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/nsaids_f.html).)

Au cours des deux dernières années, nous avons augmenté le nombre de consultations auprès des Canadiens et des intervenants sur les produits de santé et les initiatives « alimentaires » clés. En novembre 2002, nous avons créé un Comité de consultation publique, composé de 16 membres, afin de connaître le point de vue du grand public sur nos politiques et les questions dont nous sommes responsables. Au cours des six premiers mois, le Comité a présenté ses idées et éclairé nos décisions. De même, nous collaborons étroitement avec les organisations représentant les patients, afin de déterminer comment faire pour mieux tenir compte de leurs perspectives et de leur expertise. Cela a contribué à accroître la transparence et à améliorer les décisions.

(Pour de plus amples renseignements : <http://bpcp.hc-sc.gc.ca>).

## AR 2.7 : Adoption de comportements sains par la population canadienne

### Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Communication au public d'information et d'outils à jour et précis sur les comportements sains associés aux produits de santé et aux aliments.

Les intoxications d'origine alimentaire ont souvent pour cause une manipulation et une préparation inadéquates des aliments. La campagne de sensibilisation publique « À bas les BACTéries! »<sup>MC</sup> permet aux Canadiens de se renseigner davantage sur la salubrité des aliments et sur les bonnes pratiques de manipulation des aliments. L'an dernier, le message portait sur la nécessité d'utiliser un thermomètre pour la cuisson du bœuf haché. On a diffusé également une annonce à la télévision pour promouvoir les techniques de cuisson adéquates et véhiculer des messages clés en matière de salubrité des aliments. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/mh-dm/mhe-dme/f\\_abaslesbac.html](http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/mh-dm/mhe-dme/f_abaslesbac.html).)

Afin d'aider les professionnels de la santé, les chercheurs et les éducateurs à déceler

les risques de l'obésité pour la santé au sein des populations et chez les individus, nous avons conçu les *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, qui comprennent notamment un *Guide de référence rapide*. Les nouvelles lignes directrices constituent une mise à jour du système de classification du poids en usage au Canada depuis 1988 et tiennent compte des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/index_f.html).)

Nous avons mis sur pied un comité consultatif d'experts pour nous conseiller au sujet de la mise en œuvre du projet sur les apports nutritionnels de référence. Les apports nutritionnels de référence sont des valeurs qui aident à prendre des décisions au sujet des politiques et des programmes de nutrition. Le travail en question fait partie d'un examen global des avis diététiques au Canada, lequel a pour but de vérifier la concordance avec les données scientifiques les plus récentes et de promouvoir des habitudes alimentaires qui répondent aux besoins en nutriments et réduisent le risque de maladies chroniques liées à l'alimentation. (Pour de plus amples renseignements : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/diet\\_eac\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/diet_eac_f.html).)

Pour de plus amples renseignements sur nos travaux et nos initiatives clés, consulter : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html).

# Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne



## Objectif

Promouvoir des milieux de vie, de travail et de loisir sains; assurer la sécurité et l'efficacité des produits destinés aux fabricants et des produits de consommation qui sont sur le marché canadien.

## Information financière

	Dépenses prévues	Total des crédits autorisés	Dépenses réelles
En millions de dollars	2002-2003	2002-2003	2002-2003
Dépenses brutes	212,4 \$	220,3 \$	218,0 \$
Recettes	(9,8)	(9,8)	(7,5)
Dépenses nettes	202,6 \$	210,5 \$	210,5 \$*

\* Cette somme représente 26,2 % des dépenses réelles du secteur d'activité Promotion et protection de la santé.

Les recettes réellement perçues sont inférieures de 2,3 millions de dollars aux recettes autorisées, ce qui est principalement attribuable au fait que le Programme de santé au travail et de sécurité du public a perçu moins de recettes que prévu.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés s'explique principalement par le fait qu'on a dépensé plus de ressources que prévu pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme et pour les programmes de recherche et développement en génomique.

## Contexte

Cinq programmes distincts (stratégie antidrogue et substances contrôlées, sécurité des produits, sécurité des milieux, lutte contre le tabagisme, et santé au travail et sécurité du public) visent à assurer des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens. Pour obtenir les résultats escomptés en faisant appel à un large éventail de partenaires et d'intervenants, chacun de ces programmes joue un rôle particulier et a une sphère d'influence particulière. Comme exemples de projets de collaboration, citons la préparation aux situations d'urgence dans le domaine nucléaire, la lutte contre le tabagisme, et l'adoption volontaire par les provinces, les territoires et les municipalités de nos recommandations sur la qualité de l'eau potable. Des partenariats ont été créés pour régler des questions comme la pollution de l'air (voir le site de l'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick : [www.nb.lung.ca](http://www.nb.lung.ca)) et l'application de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE) (Environnement Canada : [www.ec.gc.ca](http://www.ec.gc.ca); et l'Organisation de coopération et de développement économiques : [http://www.oecd.org/home/0,2605,fr\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,2605,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html)).

Un des défis les plus importants à relever consiste à concilier les intérêts et attentes des clients-partenaires et les moyens dont on dispose, tout en s'assurant de bâtir une solide assise de connaissances scientifiques susceptibles d'éclairer les décisions et les mesures envisagées.

Environ 80 % de nos ressources sont consacrées aux travaux de promotion et de protection de la santé qui sont déjà en-

tamés et seront de longue durée. Les autres activités ont pour fin l'amélioration – des initiatives nouvelles et des façons nouvelles d'entreprendre les activités. En employant cette approche, nous avons réalisé des progrès par rapport à deux des résultats clés énoncés dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003.

**Attentes relatives au rendement (AR)**  
**2.8 : Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits de la biotechnologie.**

### **Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et les priorités (RPP)**

Protéger la santé et le bien-être des Canadiens en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme.

Réduire l'exposition aux dangers reliés à l'environnement et aux radiations cliniques.

Augmenter les connaissances sur les effets des polluants et des changements climatiques sur la santé; diminuer l'exposition des Canadiens aux substances toxiques présentes dans l'environnement.

Réduire les conséquences des projets de développement sur la santé humaine, grâce à une connaissance accrue de leurs incidences sur les déterminants de la santé.

Réduire l'exposition des Canadiens aux dangers associés aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux produits chimiques commerciaux et aux produits de la biotechnologie.

Réduire l'exposition des voyageurs aux dangers pour la santé, à l'intérieur du Canada.

Contribuer à accroître l'efficacité, la productivité et la compétitivité organisationnelles en améliorant la santé, la sécurité et le bien-être des travailleurs.

Les événements du 11 septembre 2001 ont accentué la nécessité d'améliorer la capacité de préparation et d'intervention des autorités canadiennes face aux incidents nucléaires non prévus, et de soutenir la santé physique et psychologique des employés du gouvernement du Canada qui inter-

viennent aux besoins des Canadiens en cas d'urgence. En 2002-2003, Santé Canada a reçu 22 millions de dollars, puis 12 millions de dollars par la suite pour : 1) renforcer la capacité de préparation et d'intervention fédérale face aux incidents radiologiques/nucléaires d'origine terroriste; 2) établir la capacité nécessaire pour soutenir les employés sur le plan physique et psychologique (p. ex. en offrant de la formation sur les interventions traumatologiques); 3) créer des services d'expertise et de consultation en évaluation des produits chimiques.

Les nouveaux fonds permettront également au Ministère de mieux gérer les effets sur la santé de l'utilisation d'armes de destruction massive non conventionnelles – explosives, chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (E/CBRN). Plus particulièrement, le Ministère a établi : 1) une meilleure capacité multigouvernementale de préparation et d'intervention en cas d'urgence (provinces et territoires, autres ministères fédéraux, partenaires internationaux) grâce à l'élaboration et à l'application de plans d'urgence rajustés en fonction des leçons apprises; 2) une capacité de faire face aux effets d'un incident E/CBRN sur la santé des employés fédéraux. Le Ministère a également amélioré la communication du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire et lancé un nouveau site Web ([www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/neprd/splash.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/neprd/splash.htm)) en janvier 2003, qui a reçu 3 152 visites au cours des deux premiers mois. Le site Web a pour but de faire connaître et de diffuser l'information publique, particulièrement en cas d'urgence.

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes.

En 2002, voulant promouvoir la meilleure qualité possible pour les mammographies, Santé Canada a élaboré le *Guide canadien de qualité en mammographie* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/pcrpcc/publication/02sesc267/tdm.htm>) et en a distribuée 5 000 exemplaires aux professionnels de la santé, qui l'ont adopté dans tout le pays. Conçu de concert avec les gouvernements provinciaux, les professionnels de la santé et des survivantes du cancer du sein, le guide aidera les établissements à améliorer le dépistage des petites tumeurs, à réduire les doses de radiation et à réduire le taux de décès lié au cancer du sein.

Santé Canada s'est attaqué à toute une série de priorités environnementales en faisant appel à ses ressources scientifiques en santé. L'eau potable demeure une responsabilité provinciale – territoriale, mais le Ministère a investi 1,1 million de dollars pour mettre à jour les recommandations en la matière et en ajouter d'autres de façon à réduire les effets indésirables sur la santé. L'ensemble des provinces, des territoires et des municipalités utilisent les recommandations pour établir les normes qu'elles imposent elles-mêmes.

En collaboration avec 11 autres organismes et ministères fédéraux, Santé Canada a établi le comité fédéral de l'eau des Prairies dans le cadre d'une approche fédérale commune des questions touchant l'eau dans les Prairies. Le lien ainsi créé permettra d'élaborer des outils pour établir les priorités et saisir les possibilités de concertation.

Pour s'acquitter de ses responsabilités en vertu de la *Loi canadienne sur la protection*

*de l'environnement*, Santé Canada a évalué des substances quant à leurs effets possibles sur la santé humaine et, le cas échéant, mis en œuvre des stratégies de gestion des risques de concert avec ses partenaires. En outre, on a mis au point des propositions concernant la méthode à utiliser pour déterminer, parmi 23 000 substances, celles qui pourraient poser un danger important pour la santé humaine. Ensemble, ces mesures éclaireront les stratégies visant à réduire l'exposition des Canadiens.

Les articles approuvés par les pairs qui paraissent dans des publications internationalement reconnues sont un indicateur de la qualité des évaluations. En 2002-2003, trois évaluations en vertu de la *Loi sur la protection de l'environnement* ont été publiées dans le *Journal of Toxicology and Environmental Health* et dans les *Résumés succincts internationaux sur l'évaluation des risques chimiques* (Organisation mondiale de la santé).

Dans le cadre de l'engagement global du gouvernement à l'égard du changement climatique, et à l'aide de ressources de 0,9 million de dollars, Santé Canada a produit des évaluations et des conseils sur les risques pour la santé, et soutenu des réseaux de recherche qui aident à produire des renseignements fiables sur les points vulnérables du Canada. En outre, le Ministère a mis au point des outils comme l'abécédaire en matière de politiques ([http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bccs/publications/abecedaire\\_politique/couverture.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bccs/publications/abecedaire_politique/couverture.htm)) et, de concert avec l'Organisation mondiale de la santé, rédigé les *Lignes directrices*



sur l'évaluation des répercussions du changement climatique sur la santé (<http://www.who.dk/globalchange/Assessment/20020710> 1). Les documents en question ont généré des connaissances, amélioré la compréhension des liens entre le changement climatique et la santé des Canadiens, et permis l'élaboration de politiques et la prise de décisions éclairées de la part des professionnels de la santé publique. Parmi les indicateurs de rendement, citons l'exécution des activités dans les délais prévus, la rétroaction positive clients-partenaires (Conseil des médecins-hygiénistes en chef du Canada) et une plus grande sensibilisation du public, comme en témoignent les 7 290 visites sur le site Web durant le dernier trimestre de 2002-2003 – augmentation de 108 % par rapport à la même période, l'année précédente.

La région de l'Ontario et du Nunavut joue un rôle de plus en plus important dans les initiatives touchant les Grands Lacs, notamment au sein de la Commission mixte internationale, organisme binational qui rend compte de la mise en œuvre de l'Accord relatif à la qualité de l'eau dans les Grands Lacs. La participation à l'Accord Canada-Ontario concernant l'écosystème du bassin des Grands Lacs a débouché sur des partenariats améliorés avec d'autres ministères ainsi que des ministères provinciaux. La collaboration entre les bureaux régionaux et national assure un soutien scientifique et en tout temps.

Santé Canada est l'unique fournisseur de services consultatifs aux ministères fédéraux quant aux incidences des activités

fédérales sur la santé; en 2002, le Ministère a effectué une centaine d'examen et une vingtaine d'études exhaustives. Par exemple, le projet de génération et de distribution d'hydroélectricité de Wuskwatim, près de Thompson, au Manitoba, est développé de concert avec la nation crie locale. Santé Canada a évalué les risques pour la santé associés aux champs électromagnétiques et à la consommation de poissons contenant du mercure. Ce service a permis d'améliorer la compréhension, et de prévenir et atténuer les risques pour la santé, grâce à l'autoréglementation.

Santé Canada a joué un rôle directeur en réalisant des études qui ont démontré que les niveaux de radioactivité dans la nourriture traditionnelle des Premières nations de l'Arctique n'avaient pas d'incidence sur la santé. Parmi les retombées de cette initiative, citons le renforcement des partenariats avec Environnement Canada et avec les communautés des Premières nations.

Santé Canada a réduit l'exposition aux dangers associés aux produits de consommation évaluant 700 nouvelles substances chimiques et nouveaux produits de la biotechnologie avant leur mise en marché, et en établissant des priorités pour l'évaluation environnementale des substances visées par la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* ou la *Loi sur les aliments et drogues*. Les deux activités ont permis d'identifier des substances toxiques qui posent peut-être un risque pour la santé humaine, et ont permis de réduire l'exposition à ces substances en empêchant ou en contrôlant leur entrée sur le marché.

Le lien entre l'exposition au plomb et les problèmes de santé est depuis longtemps établi. En 2002, Santé Canada a réalisé des études qui ont permis de conclure que la réglementation serait une façon efficace de réduire les concentrations de plomb dans les bijoux des enfants et dans les mèches de chandelles. En conséquence, le Ministère rédige actuellement un règlement sur l'importation, la publicité et la vente des bijoux pour enfants et les chandelles ayant une mèche à âme de plomb.

Selon la recherche, des concentrations peu élevées de plomb peuvent nuire au développement intellectuel et comportemental des enfants.

Canfield, R.L., et coll., *New England Journal of Medicine*, 348(16) 1517-1526, le 17 avril 2003.

Le Canada étant une destination de plus en plus prisée des voyageurs, le Ministère a dépensé 1,4 million de dollars pour protéger les voyageurs contre les maladies transmissibles à bord des véhicules de transport en commun (avions, trains, bateaux de croisière) et assurer la salubrité de l'eau et des aliments. En 2002-2003, neuf flambées de gastro-entérites ont été déclarées à bord de navires de croisière dans les eaux canadiennes. Grâce à des mesures comme la mise à l'essai d'un système électronique de surveillance des troubles gastro-intestinaux à bord des navires de croisière, nous avons réuni de précieuses données sur les flambées de maladie à bord des navires de croisière et les avons transmises au Ministère, pour qu'une décision soit prise dans les plus brefs délais et que le problème soit bien endigué. Cet outil de travail a permis

de maintenir la confiance à l'égard des mesures d'hygiène publique du Canada et de les coûts associés à ces flambées. La mise en œuvre intégrale du système est prévue pour 2003-2004.

Santé Canada a amorcé l'établissement d'ententes avec l'industrie du transport des passagers pour que celle-ci se conforme volontairement aux programmes d'hygiène publique. Le programme du Ministère est unique dans le monde : il consiste en une approche globale et intégrée qui encourage l'adoption de pratiques de prévention communes par les grands transporteurs, afin de réduire l'incidence des maladies.

L'Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique a présenté à Santé Canada le prix Alexander Officer pour l'innovation et l'excellence en élaboration et en gestion de programme pour ses réalisations exceptionnelles et méritoires dans le domaine de l'hygiène publique. ([www.ciphi.ca/awards.htm](http://www.ciphi.ca/awards.htm))

En vue de remplir son mandat tout en réduisant les coûts en soins de santé et en améliorant la productivité économique, Santé Canada a mis en branle un processus pluriannuel pour promouvoir le programme national d'hygiène au travail. En encourageant des mesures globales d'hygiène au travail, le Ministère sera plus à même de présenter la santé au travail comme un moyen de relever les défis quotidiens et de régler les conflits entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Pour ce qui est du travail effectué avec les partenaires (intervenants fédéraux-provinciaux-territoriaux, associations d'entre-

prises et de travailleurs, organisations non gouvernementales, milieu universitaire), parmi les premières réalisations, citons l'appui à la recherche et la sensibilisation relativement aux liens entre la santé au travail et les résultats prévus, selon des études récentes ([www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/travail/autres.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/travail/autres.htm)). Des indicateurs de rendement seront élaborés au moment de l'étape de mise en œuvre du programme national.

Santé Canada s'est entendu avec 13 organismes fédéraux-provinciaux-territoriaux pour mettre en œuvre une stratégie nationale de conformité avec le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) (voir : [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/simdut/contacts.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/simdut/contacts.htm) pour découvrir qui sont les partenaires). La stratégie permettra aux inspecteurs d'hygiène et de sécurité au travail de prendre des mesures d'exécution opportunes et cohérentes à l'échelle nationale, ce qui réduira la fréquence des maladies et des blessures chez les Canadiens en milieu de travail.

## **AR 2.9 : Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées**

### **Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003**

Démontrer un leadership national et gérer des programmes visant à réduire et à prévenir les dommages associés aux drogues, à l'alcool et à d'autres substances contrôlées.

Réduire le tabagisme et enrayer les maladies et les décès qu'il provoque au Canada.

Santé Canada a aidé à mener à bien des poursuites pénales en identifiant des substances contrôlées, en démantelant des laboratoires de drogues illicites et en coordonnant l'échange national des connaissances sur l'abus des drogues, de l'alcool et des substances. Le Ministère partage la responsabilité de cette priorité avec des partenaires comme le ministre du Solliciteur général, la GRC, le ministère de la Justice, l'Agence des douanes et du revenu du Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ([www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)).

Pour soutenir les mesures judiciaires (poursuites ou négociation de règlements p. ex. négociation d'aveux), le Service d'analyse des drogues a émis plus de 87 000 certificats d'analyse et aidé à enquêter sur 30 laboratoires clandestins, ainsi qu'à les démanteler. Le coût s'est élevé à 7,2 millions de dollars.

Quelque 2 000 certificats n'ont pas été émis pour diverses raisons : confirmation que les échantillons n'étaient pas des drogues, report du travail à l'exercice suivant et retrait de certaines analyses (enregistrement d'un plaidoyer de culpabilité, par exemple). Étant donné le volume croissant de demandes au fil du temps, le Service d'analyse des

drogues a rationalisé son réseau de laboratoires et amélioré la formation de son personnel et ses programmes d'assurance de la qualité, afin de répondre aux exigences des clients. Des indicateurs de rendement ont été établis en 2002-2003 en rapport avec le respect de délais clés : 1) 60 jours pour l'analyse de drogues constituant des pièces à conviction (délai respecté dans 60 % des cas); 2) exécution de toute analyse urgente du genre dans un délai de 24 à 48 heures. Une vérification interne portant sur l'ensemble des laboratoires a permis de démontrer que les systèmes de qualité fonctionnent.

Au cours de l'année, les Canadiens ont reçu des renseignements sur l'abus des drogues, de l'alcool et des substances. Santé Canada a dépensé 0,4 million de dollars pour produire et diffuser, à l'intention des professionnels de la santé, 11 000 exemplaires des lignes directrices pour les programmes de traitement à la méthadone et 11 000 exemplaires pour les intervenants auprès des personnes âgées ayant des problèmes de toxicomanie. Les fonds ont servi également à coordonner un atelier portant la prévention des méfaits. Plus de 40 professionnels de la santé y ont participé. Selon une rétroaction officieuse sur l'atelier, certains professionnels utilisent les lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Aucun indicateur de rendement n'a encore été établi pour la coordination des connaissances, mais la réalisation d'enquêtes et la collecte de données de base éclaireront l'élaboration de tels indicateurs.

En 2002-2003, Santé Canada a continué de mettre en œuvre une stratégie média de lutte contre le tabagisme. Les campagnes sur l'exposition à la fumée secondaire et

l'abandon du tabac ont suivi la campagne de la première année, qui a permis de broser le tableau général des conséquences du tabagisme pour la santé des Canadiens. De plus, 27 projets ont reçu des subventions et des contributions, une campagne média a été mise à l'essai dans les provinces de l'Atlantique – lancement d'une ligne 1 800 d'encouragement à l'abandon de la cigarette – et des fonds ont été fournis pour soutenir la campagne média de l'Alberta, ce qui représente des dépenses totales de 27 millions de dollars. Pour toutes les annonces, le taux de mémorisation s'est placé constamment au-dessus de la barre des 50 %, ce qui prouve que les messages portent. La campagne d'encouragement à l'abandon du tabac semble avoir été particulièrement efficace. Un sondage réalisé par Santé Canada avant la campagne a révélé que 50 % des fumeurs voulaient cesser de fumer. Les sondages réalisés après la campagne ont indiqué que 64 % des fumeurs souhaitent arrêter.

Le taux de consommation de tabac continue de baisser. Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, réalisée par Statistique Canada (2002), le taux de prévalence du tabagisme chez les personnes ayant 15 ans ou plus se situerait autour de 21 %, taux le plus faible enregistré depuis qu'on a commencé à surveiller le tabagisme, soit en 1965 ([www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html#2002](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html#2002)). Une diminution de la prévalence du tabagisme devrait entraîner une diminution de la prévalence des maladies et des décès dûs à la consommation du tabac, laquelle est à l'origine de 45 000 décès de Canadiens chaque année. ([www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/20-3/b\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/20-3/b_f.html)).

Dans la région de l'Ontario et du Nunavut, « Not for Kids » – programme efficace qui fait appel à l'éducation et aux mesures d'exécution pour réduire l'accès des jeunes au tabac – rejoint maintenant la moitié de la population. Le programme incite les gens à se demander s'il est acceptable que les jeunes aient accès au tabac, en recourant à la sensibilisation et aux mesures d'exécution. Les organismes de santé, de services sociaux et d'éducation collaborent avec le secteur privé pour adapter le programme aux besoins de la collectivité. L'évaluation du programme révèle une plus grande sensibilisation de la collectivité à la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac* et une diminution de l'inobservation de la loi chez les détaillants.

Santé Canada a aussi consacré 0,8 million de dollars à des activités internationales, et s'est imposé comme un leader actif et respecté durant les négociations de la Convention cadre pour la lutte antitabac, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003. La ratification de la Convention entraînera l'adoption d'un ensemble commun de mesures pour lutter contre le tabagisme : surveillance, réglementation

et promotion de l'abandon du tabac; restriction ou interdiction de la publicité, de la promotion et de la commandite; et lutte contre le commerce illicite des cigarettes.

### Sites Web pertinents

Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs

<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/psm/index.htm>

Programme de santé au travail et de sécurité du public

<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/pstsp/index.htm>

Programme de la sécurité des produits

[www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/psdp/index.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/psdp/index.htm)

Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées

[www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/dasc.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/dasc.htm)

Programme de la lutte au tabagisme

[www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html)

# Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens



## Objectif

Protection de la santé humaine et de l'environnement par la réduction des risques associés aux produits antiparasitaires.

## Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	37,1 \$	38,7 \$	38,5 \$
Recettes	(7,0)	(7,0)	(6,8)
Dépenses nettes	30,1 \$	31,7 \$	31,7 \$*

\* Cette somme représente 4,0 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable à l'affectation de fonds supplémentaires, notamment pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme, qui n'était pas mentionnée dans les prévisions de ce secteur d'activité, et à une augmentation de ressources pour satisfaire aux exigences du programme.

## Contexte

Tous les produits utilisés pour contrôler, détruire, attirer ou éloigner les organismes nuisibles qui sont vendus ou importés au Canada sont réglementés par l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA). Ces produits, qui comprennent des produits chimiques, des dispositifs, des substituts non chimiques et même des organismes, sont appelés produits antiparasitaires ou pesticides. Seulement les pesticides dont on a démontré le caractère sûr et efficace sont homologués. Nous examinons les demandes d'homologation de nouveaux pesticides, réévaluons les anciens pesticides par rapport aux normes en vigueur, surveillons l'utilisation, la vente et la fabrication des pesticides au Canada afin d'en assurer la conformité, et élaborons des politiques et des programmes de lutte antiparasitaire durables. En outre, nous améliorons nos programmes pour atteindre notre objectif.

Nous travaillons de concert avec des partenaires internationaux comme la *United States Environmental Protection Agency* (EPA des États-Unis) et d'autres pays par le truchement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), des ministères fédéraux et provinciaux, des organismes non gouvernementaux, des intervenants du domaine de la lutte antiparasitaire et la population canadienne. Notre démarche vise trois résultats pour les Canadiens : des produits antiparasitaires sûrs et efficaces, la conformité avec la LPA et son règlement, et l'application de pratiques de lutte antiparasitaire durables,

qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides. Nous élaborons présentement un cadre de rendement qui nous aidera à mesurer notre progression vers les résultats escomptés.

## Attentes relatives au rendement (AR) 2.10 : Produits de lutte antiparasitaires sûrs et efficaces

### Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et les priorités (RPP)

Décisions réglementaires fondées sur des activités scientifiques solides et à jour.

Processus de réglementation ouvert, transparent et participatif et accès rapide à des produits sécuritaires et efficaces.

## Réévaluation

On évalue les ingrédients actifs des pesticides et les préparations commerciales à l'aide des meilleurs outils scientifiques accessibles au moment de l'homologation. Afin de maintenir des normes élevées, nous réévaluons périodiquement les anciens pesticides en ayant recours à des approches modernes d'évaluation des risques et à des données récentes. Nous déterminons s'il est raisonnable de permettre l'utilisation de ces pesticides aujourd'hui et s'il faut modifier les usages d'un produit. On peut abandonner ou éliminer graduellement un produit ou certains de ses usages si on ne dispose

pas de données récentes suffisantes pour justifier l'homologation continue.

Cette année, nous avons investi environ 7 millions de dollars dans notre programme de réévaluation. Les titulaires d'homologation ont consenti à cesser de vendre des préparations commerciales qui contenaient 17 ingrédients actifs. Nous avons établi les conditions à respecter pour l'utilisation continue sûre de produits contenant deux autres ingrédients actifs, dont le DEET. Le DEET est très utilisé dans la composition des insectifuges à usage personnel. Nous avons aussi procédé à des consultations auprès du public et des intervenants pour leur soumettre des propositions décrivant les conditions de l'utilisation continue ou de l'élimination graduelle des pesticides organophosphorés (une catégorie de pesticides souvent utilisé dans les cultures vivrières).

Nous avons en outre effectué des évaluations plus spécifiques et plus pointues des risques posés par les pesticides d'intérêt public, notamment des pesticides pour pelouse et gazon les plus courants en milieu résidentiel. Nous avons également conclu une entente qui prévoit l'arrêt du traitement généralisé des pelouses avec du malathion; en vertu des ententes déjà conclues, on cessera graduellement d'utiliser le chlorpyrifos et le diazinon sur les pelouses résidentielles. De plus, en prévision des programmes qui seront mis en place pour réduire le nombre de moustiques, vecteurs potentiels du virus du Nil occidental, nous avons effectué un examen pour vérifier si l'innocuité de la vaporisation de malathion dans les zones urbaines résidentielles.

Pour obtenir plus de renseignements, consulter : <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/pacr-f.html>; <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/rev-f.html>; <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/rrd-f.html>.

## Décisions réglementaires

Nous fournissons un accès à des pesticides plus sûrs en homologuant de nouveaux produits, notamment des produits qui présentent moins de risques et des produits à usage limité. Nous avons homologué 12 nouveaux ingrédients actifs de pesticides et 26 nouveaux produits, dont neuf biopesticides. Nous avons également établi 17 nouvelles limites maximales de résidus (LMR) pour les pesticides dont les nouveaux usages sont homologués en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Nous avons rédigé plus de 3 300 demandes d'homologation ou de modification de produits antiparasitaires, et nous avons investi environ 18,8 millions de dollars dans le programme.

Nous facilitons l'accès aux pesticides qui sont utilisés dans les cultures agricoles sur superficie limitée et qui ne pourraient pas autrement être homologués au Canada à cause de leur faible volume de vente prévu. Pour une lutte antiparasitaire rentable, l'homologation des pesticides à usage limité est essentielle. Le 24 juin 2002, on a annoncé un nouveau financement (54,5 millions de dollars sur six ans, dont 20,8 millions de dollars pour l'ARLA et 33,7 millions de dollars pour Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC)), qui permettra aux producteurs canadiens d'avoir un meilleur accès



aux pesticides à risques réduits, notamment aux pesticides à usage limité, tout en respectant les mêmes normes rigoureuses et scientifiques. Nous avons embauché des employés additionnels en prévision de la hausse des demandes d'homologation de pesticides à usage limité, et nous avons nommé un conseiller en matière de pesticides à usage limité qui assurera la liaison avec les agriculteurs canadiens, AAC et l'EPA des États-Unis. Ainsi, nous avons pu homologuer 743 usage limité en 2002-2003, comparativement à 171 en 2001-2002.

Nous avons respecté nos normes de rendement pour l'examen des demandes d'homologation de pesticides dans plus de 74 % des cas. Notre rendement est plus faible que l'an dernier (85 %), mais nous attribuons cette baisse au fait que nous avons concentré nos efforts sur les examens prioritaires conjoints, et les demandes concernant les pesticides à risques réduits et les pesticides à usage limité. Cette expérience nous permettra d'adapter nos pratiques opérationnelles dans les années à venir et de surveiller de près l'évolution de toutes les demandes afin d'atteindre les objectifs fixés en matière de rendement.

## **Nouvelle Loi sur les produits antiparasitaires**

En mars 2002, la ministre de la Santé a proposé au Parlement un nouveau projet de loi qui prévoit la réforme du règlement sur les pesticides et fournit des bases législatives solides pour le renforcement du système réglementaire de lutte antiparasitaire du Canada. Nous avons fourni le soutien législatif

nécessaire à l'examen du projet de loi, et la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) a obtenu la sanction royale en décembre 2002. Nous avons commencé à élaborer des règlements et des processus en prévision de la mise en place de la nouvelle loi, pour que celle-ci soit adoptée le plus tôt possible.

La nouvelle loi aidera à renforcer la protection de la santé et de l'environnement en incorporant au règlement sur les pesticides une approche moderne de l'évaluation et de la gestion des risques, qui tiendra spécialement compte des risques pour les nourrissons et les enfants, des risques associés à l'exposition à plusieurs pesticides de diverses provenances – dont la nourriture et l'eau – et des effets cumulatifs de différents pesticides. La nouvelle LPA renforcera également la transparence du système de réglementation et le contrôle des pesticides après leur homologation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la nouvelle loi, consulter : <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/legis/pcpa-f.html>.

## **Processus réglementaire ouvert, transparent et participatif**

Nous informons et consultons le public et les intervenants canadiens au sujet des décisions et des orientations proposées pour accroître la transparence de la réglementation sur les pesticides ainsi que la participation du public. Nous offrons aux demandeurs d'homologation potentiels des séances de consultation et de formation

préalables, afin de les aider à présenter de nouveaux pesticides. Nous publions des documents sur notre site Web pour consulter et informer le public et les intervenants. Nous avons mis en place un Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire pour répondre aux demandes d'information. Enfin, nous sollicitons régulièrement l'opinion de nos organismes consultatifs : le Conseil consultatif de la lutte antiparasitaire (CCLA), le Comité consultatif de la gestion économique (CCGE) et le Comité fédéral-provincial-territorial sur la lutte antiparasitaire et les pesticides.

Cette année, nous avons tenu 52 consultations préalables à la demande d'homologation ainsi qu'une séance de formation de trois jours à l'intention des demandeurs potentiels. Notre Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire a répondu à plus de 10 000 demandes. On a remarqué une augmentation de 60 à 70 % des demandes relatives au virus du Nil occidental – beaucoup de questions concernaient notamment les larvicides et les insectifuges personnels. Nous avons rencontré tous nos organismes consultatifs pour aborder des sujets comme la réévaluation, la nouvelle LPA, notre nouveau programme de recouvrement des coûts et l'initiative concernant les pesticides à usage limité. De plus, nos organismes consultatifs nous ont aidé à amorcer un dialogue avec nos intervenants sur des enjeux comme la stratégie pour des pelouses saines et les stratégies de réduction des risques. Nous tenons compte de leurs conseils dans le déroulement de nos activités et l'élaboration des politiques proposées. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les activités décrites ci-dessus, voir : <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/advbod/advbod-f.html>

<http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/appregis/cprc-f.html> (Consultations préalables à la demande d'homologation); <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/pubs-f.html> (Publications); <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/info/2003-f.pdf> (Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire); et <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/advbod/advbod-f.html> (Groupes consultatifs).

## Efforts déployés à l'échelle internationale

En déployant des efforts à l'échelle internationale, nous nous efforçons de faire en sorte que seuls les pesticides sûrs et efficaces soient accessibles sur le marché international. Afin d'aider à protéger la santé et à assurer la sécurité dans les pays en développement, nous avons travaillé de concert avec Environnement Canada pour mettre en œuvre les mécanismes de la Convention de Rotterdam sur le consentement préalable en connaissance de cause. Ainsi, certains produits chimiques et certains pesticides interdits ou soumis à des restrictions ne seront exportés que dans les pays qui ont préalablement consenti à ces exportations – <http://canadagazette.gc.ca/partII/tempPdf/g2-13618.pdf>.

L'harmonisation, avec l'EPA des États-Unis, des processus réglementaires visant les pesticides constitue un autre exemple des efforts que nous déployons à l'échelle internationale. Nous continuons de chercher ensemble des moyens d'accroître l'efficacité des processus de réévaluation et d'homologation des pesticides – nous procédons par exemple à des examens con-

joints et nous mettons en place des initiatives communes de réévaluation visant les catégories de produits chimiques les plus touchées par la *Food Quality Protection Act* des États-Unis. Ainsi, nous comptons accroître la sécurité sanitaire et environnementale à l'échelle de l'Amérique du Nord. Pour obtenir de plus amples détails, consulter : <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/intern/twg-f.html>.

## **AR 2.11 : Conformité à la Loi sur les produits antiparasitaires et à son règlement**

### **Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003**

Conformité avec les exigences relatives à l'importation, à l'emballage, à la fabrication, à la distribution, à l'étiquetage, à la vente et à l'utilisation des pesticides.

Pour faire respecter la réglementation, nous faisons appel à un réseau d'agents régionaux de l'ARLA et d'inspecteurs de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) qui œuvrent partout au Canada. Nous encourageons et assurons la conformité à la LPA au moyen de consultations, d'inspections et d'enquêtes visant trois groupes cibles distincts : les entreprises de pesticides qui fabriquent, importent et vendent des produits, les distributeurs de pesticides et les utilisateurs de pesticides. Nous collaborons avec les ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux pour que les programmes de conformité et les

mesures coercitives se complètent et se renforcent mutuellement.

Cette année, quelque 7,3 millions de dollars ont été investis dans notre programme national de conformité. Afin de protéger la population canadienne, les ressources vives et l'environnement, nous avons effectué 479 enquêtes, environ 1 400 visites d'inspection et plus de 1 300 analyses en laboratoire. Nous avons pris 340 mesures coercitives, dont 30 sanctions pécuniaires administratives (SPA) accompagnées soit d'un avis de violation, soit d'un avertissement. La plupart des infractions étaient mineures, et la situation a pu être corrigée au moyen de lettres informatives. Le système de SPA est un outil d'exécution de la Loi qui permet d'imposer des sanctions pécuniaires plutôt que d'entamer une poursuite en vertu de la LPA.

## **AR 2.12 : Pratiques de lutte antiparasitaire durables, qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides**

### **Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003**

Élaboration et application d'une politique de réduction des risques associés aux pesticides.

En 2002-2003, nous avons continué de promouvoir la réduction des risques associés aux pesticides en partenariat avec d'autres ministères fédéraux, les provinces,

les territoires et les intervenants, en misant sur les initiatives suivantes.

## **Stratégies de réduction des risques**

Le 23 mai 2002, on a annoncé de nouveaux fonds (7,3 millions de dollars en 2002-2003, dont 4 millions de dollars pour l'ARLA et 3,3 millions de dollars pour AAC) pour les initiatives visant à atténuer les risques associés aux pesticides et à favoriser la durabilité de l'environnement. Cette année, nous avons travaillé à des stratégies de réduction des risques pour les pommes de terre et les haricots secs (légumineuses). Nous avons recueilli des informations sur les enjeux pour la lutte antiparasitaire et nous avons participé à l'élaboration d'un profil de culture pour les légumineuses. Pour répondre aux préoccupations en matière d'environnement, nous travaillons de concert avec les producteurs de pommes de terre, les agents provinciaux et autres intervenants de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) et du Nouveau-Brunswick, AAC et Environnement Canada pour élaborer une stratégie de production durable de pommes de terre. Cette collaboration a été saluée lors du discours du Trône de 2002 à l'assemblée législative provinciale.

Nous avons aussi poursuivi nos efforts en vue d'élaborer et de promouvoir des pratiques de lutte antiparasitaire intégrée (LAI), qui puissent réduire les risques associés à l'utilisation des pesticides. Les projets de LAI auxquels nous avons travaillé au cours de l'année visaient notamment les canneberges, les pommes, le canola et le pou du poisson de salmoniculture. Nous

avons participé à l'élaboration de matériel pédagogique et d'outils de formation à l'intention des producteurs de canola. Nous avons également contribué à l'élaboration de lignes directrices et de guides concernant certaines cultures spécifiques, afin de fournir aux producteurs des conseils pratiques pour l'application de la LAI en agriculture. En outre, afin de déterminer le degré d'adhésion des producteurs et des agriculteurs aux pratiques de LAI, nous élaborons des mécanismes qui nous permettront de mesurer l'adoption des stratégies d'atténuation des risques.

## **Initiative visant les pesticides à risque réduit**

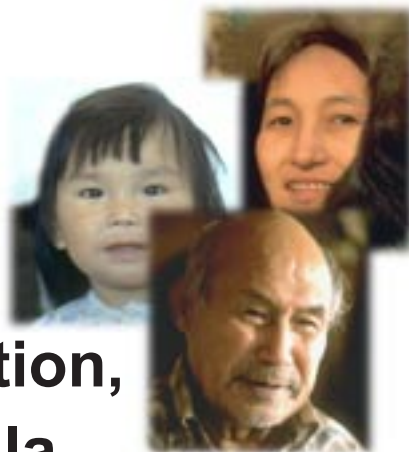
Nous avons lancé, en mai 2002, une initiative visant à inciter les fabricants de pesticides à faire homologuer au Canada les produits antiparasitaires à risque réduit qui sont déjà homologués aux États-Unis. Cette initiative complète le programme d'examen conjoint du Canada et de l'EPA des États-Unis pour les produits à risque réduit. Nous avons adopté les critères de l'EPA des États-Unis pour établir l'admissibilité d'un produit au programme, et nous reconnaissons la désignation des biopesticides de l'EPA des États-Unis. Nous mesurerons l'incidence de l'initiative visant les pesticides à risque réduit – et l'impact réel de cette dernière sur la réduction des risques associés aux pesticides – dans les années à venir. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le sujet, consulter : <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2002-02-f.pdf>.

## Stratégie pour des pelouses saines

Dans le cadre de notre stratégie fédérale-provinciale-territoriale pour des pelouses saines (2000), nous avons continué de promouvoir la lutte antiparasitaire à risque réduit en ce qui a trait aux pelouses en publiant un fascicule de conseils – accessible sur le site Web de Pelouses saines (<http://www.healthylawns.net>). Le document en question a été distribué à plus de 1 200 municipalités canadiennes, à des particuliers et à divers intervenants. Par l'entremise du

Comité FPT sur la lutte antiparasitaire et les pesticides, on a élaboré une proposition de système harmonisé de classification des pesticides au Canada pour ensuite procéder à des consultations sur le sujet, on a formulé des recommandations visant à améliorer l'information relative à la réduction des risques qui figure sur les étiquettes des produits antiparasitaires, et on a mis en place une formation plus pertinente en matière de LAI pour la certification des manipulateurs de produits antiparasitaires. Ces activités contribueront à réduire l'exposition de la population canadienne aux pesticides.

# Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé



## Objectif

Fournir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, en collaboration avec les provinces et territoires, pour lutter contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies, de sorte que les Premières nations et les Inuits atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens.

## Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	1 322,1 \$	1 472,3 \$	1471,3 \$
Recettes	(9,1)	(6,9)	(5,9)
Dépenses nettes	1 313,0 \$	1 465,4 \$	1 465,4 \$*

\* Cette somme représente 53,9 % des dépenses réelles de l'ensemble du Ministère.

Les recettes autorisées sont inférieures de 2,1 millions de dollars aux recettes prévues en raison du transfert de l'Hôpital de Sioux Lookout à la province.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable aux éléments suivants :

- nouvelle approbation de fonds (non prévues au budget) pour maintenir la viabilité du PSPNI;
- transfert de ressources, depuis le secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir, pour la gestion, des initiatives portant sur l'Infostructure canadienne de la santé (ICS), la reddition des comptes et la présentation des rapports;
- comptabilisation du financement de la construction et de la restauration d'installations sur les réserves des Premières nations dans le secteur d'activité de la Gestion et administration ministérielles.

## Contexte

Santé Canada contribue à améliorer la santé des collectivités des Premières nations et des Inuits (PNI) et la viabilité des services de santé offerts dans ces collectivités, de la manière suivante :

- en fournissant un accès aux programmes et aux services de santé;
- en se concentrant sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé;
- en favorisant un rôle accru des Premières nations et des Inuits en ce qui a trait à leurs propres services de santé;
- en participant à l'intégration des programmes et des services fédéraux et provinciaux.

Le Ministère, de concert avec ses partenaires, offre des services de santé publique et de promotion de la santé – par exemple dans les domaines de la salubrité de l'environnement et de la prévention des maladies transmissibles – dans les réserves et dans les collectivités inuites. Il offre également des services de pharmacie et de santé dentaire et des services de santé complémentaires aux PNI, sans égard à leur lieu de résidence, ainsi que des soins de santé primaires dans les réserves et dans les régions éloignées et isolées dépourvues de services provinciaux. Au cours de l'année, nous avons investi au total 1 464,8 millions de dollars<sup>1</sup> dans les programmes et services. La plupart de nos programmes et services sont offerts d'un océan à l'autre, par huit bureaux régionaux.

<sup>1</sup> Incluant le Régime de prestations aux employés.

## Attentes relatives au rendement (AR) 3.1 : Amélioration de l'accès aux services et de la qualité des services, résultant en une meilleure qualité de vie, un plus grand nombre d'années en santé et une diminution sensible des décès, maladies et invalidités qui peuvent être prévenus

### Priorité énoncée dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Investir dans la santé des Premières nations et des Inuits en fournissant des services de santé publique et des soins primaires de la façon la plus efficace et durable possible.

Un des engagements clés du gouvernement du Canada est l'amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits. Santé Canada a déployé des efforts pour soutenir et améliorer la prestation de services de santé publique et de soins primaires aux Premières nations et aux Inuits, afin d'améliorer leur état de santé.

Santé Canada reconnaît que les services de santé publique – visant notamment la salubrité de l'environnement, doublés d'un solide réseau de soins primaires, constituent

le fondement d'une collectivité saine. En 2002-2003, les dépenses de Santé Canada au titre des services de santé publique et de soins primaires se sont élevées à plus de 500 millions de dollars.

Les activités de santé publique de Santé Canada vont de la vérification de la salubrité de l'eau potable au contrôle des maladies transmissibles et à l'immunisation.

La population canadienne s'attend à être protégée des maladies transmissibles et à avoir accès à des environnements sûrs et salubres, notamment à de l'eau potable ne présentant aucun risque. L'incidence de nombreuses maladies pouvant être prévenues par la vaccination, ainsi que de toxi-infections alimentaires et de maladies hydriques, est plus élevée dans les collectivités des PNI que dans le reste de la population canadienne. Ainsi, en 2002-2003, on a élaboré et mis en œuvre des protocoles pour le contrôle de la qualité de l'eau potable ainsi qu'une base de données sur la qualité de l'eau, de façon à améliorer l'échantillonnage, l'examen et le repérage des contaminants présents dans l'eau. Ces mécanismes contribueront à faire diminuer l'incidence élevée de maladies hydriques dans les collectivités des PNI. Dans le même ordre d'idées, on a mis en place un cours sur la salubrité alimentaire qui offre une formation améliorée sur la manipulation des aliments, ce qui aide à réduire l'incidence des toxi-infections alimentaires.

Les sites contaminés par des déversements ou des fuites de carburant susceptibles d'endommager les ressources vivrières sont assainis par Santé Canada, qui procède par ordre de priorité en s'attaquant d'abord

aux sites les plus contaminés. En 2002-2003, sur un total de 38 sites, sept ont été assainis pour la somme de 2,2 millions de dollars.

Au cours de la dernière année, Santé Canada a élaboré une stratégie d'immunisation pour les enfants des Premières nations qui vivent sur les réserves. Cette stratégie contribuera à atténuer les risques associés aux maladies transmissibles et à réduire le nombre d'hospitalisations attribuables aux complications de maladies qui auraient pu être prévenues par la vaccination. Par suite des efforts de Santé Canada, le budget de 2003 prévoyait des dépenses de 32 millions de dollars sur cinq ans pour la stratégie d'immunisation des enfants dans les réserves.

Les programmes de santé publique de Santé Canada comprennent aussi des activités visant à prévenir des maladies comme le VIH/sida et la tuberculose, et à promouvoir la sensibilisation et l'acquisition de connaissances et de comportements en vue d'aider les collectivités et les individus à prévenir la propagation de ces maladies. On a lancé, en 2002-2003, un nouveau programme de planification qui vise l'éradication de la tuberculose et la distribution de vaccins contre cette maladie. Le soutien apporté au Réseau canadien autochtone du sida et à Pauktuutit, l'association des femmes inuites, pour leurs programmes portant sur le sida, a également renforcé les moyens d'action des réseaux communautaires en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins de santé primaires comme des « soins de santé essentiels fondés sur des



méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer [...] ». Santé Canada reconnaît que les soins de santé primaires constituent le fondement d'un bon système de santé, et c'est pourquoi le Ministère cherche à rendre les services essentiels de santé aussi accessibles aux PNI qu'ils le sont pour l'ensemble de la population canadienne habitant dans des régions similaires. Au sein des collectivités des PNI les soins primaires sont fournis essentiellement par les infirmières. Santé Canada a élaboré une stratégie pour les soins infirmiers, qui vise à recruter et à maintenir en poste les précieuses infirmières qui permettront d'offrir et d'améliorer les services essentiels dans les collectivités du pays. En reconnaissance de l'importance de ces services, on a affecté à la stratégie un financement de 75,9 millions de dollars sur cinq ans :

Les postes infirmiers, les centres de santé et les autres établissements sanitaires sont essentiels à l'exécution des programmes visant les Premières nations et les Inuits. Nous avons amélioré l'accès aux services et amélioré les conditions de travail des professionnels de la santé en construisant 33 établissements sanitaires et en rénovant ou en agrandissant 54 établissements existants dans les réserves du pays.

Santé Canada s'est engagé à aider les PNI qui souffrent de maladies chroniques ou aiguës à maintenir un état de santé optimal. Les Services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) évaluent

les patients et offrent des soins infirmiers à domicile et des services de relève à domicile pour les personnes handicapées ou qui souffrent de maladies chroniques ou aiguës ou qui ont besoin de soins post-hospitaliers. À la fin de 2002-2003, 82 % de la population des réserves avait accès aux SDMC. On a donc dépassé l'objectif de 75 % pour l'année.

Les soins dentaires, notamment les services préventifs, font partie des soins primaires. En 2002-2003, le Ministère a continué de financer l'École de dentothérapie de Prince Albert, en Saskatchewan, pour qu'elle forme des dentothérapeutes qui soient en mesure d'offrir aux collectivités des PNI les services d'hygiène dentaire dont elles ont besoin. En outre, on a commencé à élaborer un programme de santé buccodentaire qui aidera les enfants de 0 à 5 ans à prévenir les caries et les problèmes dentaires à l'âge adulte. On a également fait la promotion de la fluoruration de l'eau – une composante clé de la santé dentaire – dans les collectivités où l'eau n'est pas traitée au fluor.

Le Ministère continue d'élaborer des modèles de soins primaires qui intègrent mieux les services de Santé Canada et des provinces et qui sont adaptés aux Premières nations et aux Inuits. En 2002-2003, on a renforcé les services de soins primaires en créant, au Ministère, le Bureau de la médecine communautaire, lequel soutient les ressources humaines qui offrent des services aux collectivités des PNI.

Les programmes communautaires constituent un autre aspect important de l'engagement de Santé Canada en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé des PNI.

Ces programmes sont axés sur le développement de la petite enfance, la prévention des maladies chroniques, la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies. En 2002-2003, plus de 140 millions de dollars au total ont été investis dans ces secteurs.

Les programmes de développement de la petite enfance ont offert des activités dans les secteurs de l'intervention précoce, de la nutrition et du soutien prénatals et de l'intégration des programmes. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves a rejoint environ 7 700 enfants dans 305 sites. Des améliorations ont été apportées au cours de la dernière année : rénovations majeures et agrandissement de certains sites, production de matériel pédagogique et formation des intervenants auprès des jeunes enfants. On a offert dans 75 collectivités le programme sur le syndrome de l'alcoolisation fœtale et les effets de l'alcoolisation fœtale, auquel on a aussi apporté des améliorations : formation des intervenants de première ligne, ateliers de sensibilisation des collectivités et préparation de programmes d'extension communautaires.

Le Programme canadien de nutrition prénatale (volet Premières nations et Inuits) a soutenu 439 projets dans 683 collectivités des PNI, rejoignant environ 7 000 femmes enceintes, allaitant ou à haut risque et en âge de procréer. On estime donc que le programme a eu une incidence sur environ 6 000 naissances. En outre, plus de 500 travailleurs ont bénéficié d'une formation qui leur a permis d'acquérir des compétences de base en matière de nutrition prénatale, ce qui a accru la capacité du programme d'offrir des programmes plus efficaces.

Santé Canada, Développement des ressources humaines Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada travaillent à la création d'un guichet unique pour les programmes de développement de la petite enfance. Dans le cadre de ce projet, on procédera à une analyse de conjoncture nationale sur les programmes, on organisera des projets pilotes sur les outils de planification et d'évaluation dans les collectivités, et on mobilisera un réseau de dispensateurs de services autochtones.

On a également offert des activités de prévention des maladies chroniques – portant sur le diabète et la nutrition notamment. L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a soutenu plus de 600 projets dans les collectivités des PNI, et 39 programmes de prévention primaire du diabète à l'intention des Métis, des Premières nations hors réserve et des Inuits des milieux urbains dans tout le Canada. De plus, on a élaboré et mis en œuvre une campagne de marketing social pour sensibiliser davantage les Autochtones du pays au diabète. Dans trois collectivités éloignées du Nord, on a réalisé des projets pilotes sur les aliments nutritifs et périssables. Les résultats de ces projets orienteront les efforts visant à améliorer la santé nutritionnelle des personnes qui vivent dans des endroits inaccessibles par la route ou le train.

On a également offert des programmes orientés vers le mieux-être mental et la prévention du suicide et des toxicomanies. On a mis en place des programmes de santé mentale dans plus de 350 collectivités, élaboré un modèle intégré de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, et créé un programme de formation accréditée à

l'Université du Manitoba à l'intention des intervenants du domaine du mieux-être. Dans le cadre de la Stratégie de guérison des Innus, on a formé des équipes professionnelles itinérantes pour renforcer les programmes sanitaires dans les domaines de la santé mentale, de la santé de la mère et de l'enfant et du développement communautaire au Labrador.

Le rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide a été publié. Les 30 recommandations qui y figurent sont regroupées sous quatre thèmes : accroître les connaissances sur les solutions gagnantes en matière de prévention du suicide; mettre en place des services de santé plus efficaces et mieux intégrés à l'échelle nationale, régionale et locale; soutenir les approches axées sur la collectivité; imaginer des stratégies pour renforcer l'identité, l'endurance et la culture chez les jeunes. Pour donner suite aux recommandations formulées dans le rapport, dans un premier temps, on a organisé une table ronde sur le suicide, à laquelle ont participé des jeunes des Premières nations de tout le pays.

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, qui est un programme de soins en établissement, a assuré le fonctionnement de 48 centres de traitement à l'échelle du pays, ce qui représente 695 lits et plus de 5 200 clients. Plus de 500 collectivités des PNI ont reçu du soutien dans le cadre des programmes communautaires de prévention des toxicomanies et de l'alcoolisme – des services d'orientation et d'information ont notamment été offerts par 650 travailleurs sur le terrain. Le programme pour la prévention de l'abus de solvants

chez les jeunes, qui est aussi un programme de soins en établissement, a assuré le fonctionnement de dix centres de traitement, représentant 126 lits et plus de 200 clients. La stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits a permis à plus de 105 collectivités de participer à la réalisation de 90 projets. Au total, on a financé 16 projets pilotes sur les meilleures pratiques de lutte contre le tabagisme.

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) complète les programmes et services communautaires et offre aux Indiens inscrits et aux Inuits et Innus reconnus une gamme de produits et services médicaux essentiels qui s'ajoutent aux prestations qu'ils peuvent recevoir d'autres programmes provinciaux et territoriaux privés ou publics. Le programme contribue largement à l'atteinte de l'objectif visé : offrir aux PNI une assurance-maladie globale. Les services couverts par le programme sont les suivants : médicaments, soins dentaires, soins oculaires, fournitures et équipement médicaux, services d'intervention en santé mentale en cas de crise, primes d'assurance dans certaines provinces, et transport pour accéder aux services de santé médicalement nécessaires. Les dépenses associées aux SSNA se sont élevées à 688,2 millions de dollars en 2002-2003.

Au cours de l'année, on a concentré les efforts sur la viabilité du Programme. Des mesures ont été prises pour garantir une gestion efficiente et efficace. Dans le cadre de l'examen continu des prestations de transport pour raison médicale, le programme des SSNA a amélioré la gestion dans ce domaine en établissant un cadre stratégique national provisoire, qui fusionne les poli-

tiques et lignes directrices régionales en un seul document. Le cadre contient des lignes directrices pour l'approbation des prestations et assure l'application uniforme des conditions relatives aux prestations de transport pour raison médicale, dans toutes les régions.

Santé Canada a également mis en place un Centre national de révision en orthodontie, qui a ouvert ses portes le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Le Centre assure l'uniformité des examens de demande de financement pour des soins en orthodontie et simplifie le processus pour les dispensateurs de soins. Un conseiller indépendant en orthodontie examine chaque demande de financement en se fondant sur les lignes directrices du programme de SSNA.

On a accordé une attention particulière à l'initiative des SSNA sur le consentement. Pour gérer le programme, le personnel du SSNA doit recueillir et utiliser des renseignements personnels sur les clients afin de traiter les demandes de prestations. Les SSNA sollicitent donc le consentement des clients pour recueillir, utiliser et transmettre certains renseignements personnels. L'initiative sur le consentement vise à assurer le respect du droit individuel à la vie privée décrit dans la *Charte canadienne des droits et libertés*. C'est dans cette optique que Santé Canada continue de déployer tous les efforts nécessaires pour que les clients comprennent l'initiative sur le consentement et puissent faire un choix éclairé au moment de donner leur consentement. Le formulaire de consentement a été traduit dans plusieurs langues des PNI. Santé Canada continue de travailler de concert avec les organisations des PNI qui désirent élaborer leur propre

formulaire de consentement, et de diffuser des renseignements sur l'initiative au moyen de séances d'information communautaires offertes par le personnel régional, d'une part, et de la ligne sans frais du Centre d'information sur le consentement des SSNA, d'autre part.

Les questions entourant la confidentialité étaient aussi à l'avant-plan des activités des SSNA. Conformément aux conseils donnés aux ministères fédéraux par le Commissaire à la protection de la vie privée, le programme des SSNA a réalisé cette année une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (ÉFVP). Plusieurs recommandations ont été émises à la suite de l'ÉFVP, notamment l'élaboration d'un code de protection de la vie privée qui orienterait le programme des SSNA en ce qui a trait au traitement confidentiel et à la protection des renseignements personnels. Un code de confidentialité et un module de formation correspondant ont été élaborés par la suite.

## AR 3.2 : Système de soins de santé renforcé

### Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Coopération et collaboration entre le gouvernement fédéral, les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces et territoires et les fournisseurs de services afin de moderniser et d'adapter le système de services de santé pour les Premières nations et les Inuits.

En ce qui a trait au système de santé des PNI, l'objectif de Santé Canada est de four-

nir des services et des programmes de santé efficaces, efficaces et viables qui contribueront à améliorer l'état de santé des PNI.

Une des façons d'atteindre ce but est de faire en sorte que les partenaires clés coopèrent et collaborent pour moderniser et réformer le système de santé des PNI. Santé Canada travaille de près avec les PNI et les provinces et territoires pour remédier aux écarts de santé entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones, au moyen d'une meilleure intégration des services de santé. Il faut beaucoup de temps et d'énergie pour mettre en place ces partenariats à divers échelons (national, régional et local), et est nécessaire de soutenir les PNI pour qu'ils puissent jouer un rôle efficace dans la planification et la prestation de leurs services de santé.

Santé Canada, en collaboration avec les PNI, finance des bourses pour les carrières en santé afin d'accroître le nombre d'étudiants autochtones dans le secteur. À l'échelle régionale, des fonds sont également investis pour stimuler l'intérêt de la population à l'égard des carrières en santé.

Santé Canada, plusieurs collectivités des Premières nations et les gouvernements provinciaux de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan, de l'Alberta et du Manitoba explorent, élaborent et mettent en œuvre des partenariats concrets pour améliorer la qualité et l'intégration des services de santé. Par exemple, l'Assemblée des Premières nations (APN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'Alberta et Santé Canada, ont collaboré à un plan directeur de télésanté et à un plan stratégique pour relier 20 collectivités de Premières nations à des services de télé-

santé. Ainsi, on a ouvert de nouveaux programmes et on a rendu accessible un portail Internet aux 400 travailleurs de la santé de l'Alberta. On utilisera ce modèle pour mettre en place des approches similaires dans d'autres régions.

En matière de partenariat communautaire, le projet sur les soins primaires d'Eskasoni, au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse, fonctionne selon un modèle multidisciplinaire de soins de santé primaires : médecins de famille et personnel infirmier salariés, éducation sanitaire, services diététiques et pharmacie. Le modèle prévoit le transfert des responsabilités administratives au Conseil de bande d'Eskasoni, l'abandon du modèle de rémunération à l'acte au profit d'une approche axée sur l'équipe, où les membres sont salariés, la construction d'un complexe sanitaire à l'aide du financement des gouvernements fédéral et provincial, et l'établissement de centres régionaux de santé pour faciliter le processus d'aiguillage vers les médecins et les autres services.

Santé Canada a terminé l'intégration de l'Hôpital de la zone de Sioux Lookout et d'un centre de santé de district provincial. Les deux établissements sont aujourd'hui dirigés par un nouveau conseil sanitaire, créé conformément à la législation provinciale. Le conseil est composé aux deux tiers de membres des Premières nations et au tiers de représentants de la collectivité de Sioux Lookout, et il tiendra ses activités dans les deux établissements jusqu'à ce qu'un nouvel hôpital moderne soit bâti. L'objectif global de l'intégration des deux établissements est d'améliorer l'état de santé des membres des Premières nations.

Enfin, Santé Canada a commencé à travailler en collaboration avec les provinces et territoires et avec les organisations autochtones nationales pour mettre en place une stratégie visant le traitement des questions autochtones et la participation à la mise en œuvre d'éléments de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

### **AR 3.3 : Information et connaissances plus solides pour soutenir la prise de décisions fondées sur des données probantes**

#### **Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003**

Améliorer et intégrer l'information et les connaissances sur les indicateurs de santé et les soins de santé afin d'améliorer la prestation des services, la planification et l'évaluation de programmes.

Santé Canada doit relever divers défis pour harmoniser les besoins opérationnels, les exigences sur le plan de la prestation des services de santé, et les technologies de l'information et des communications. On a donc mis en œuvre une approche stratégique et intégrée pour l'élaboration d'une infrastructure de gestion des renseignements liés à la santé.

On a mis en place une structure de gouvernance qui assure une orientation et un leadership forts en vue de l'élaboration d'un cadre de gestion de l'information (CGI). De

plus, on a formé un groupe de travail sur la vie privée pour la politique du Ministère sur la protection de la vie privée et clarifier la position de la DGSPNI par rapport à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE). La DGSPNI a rédigé la version préliminaire d'une politique et d'un protocole sur la protection des renseignements personnels. Ainsi, la gestion de l'information respectera le principe de confidentialité.

Santé Canada a mis en place le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI), qui a branché ensemble 359 sites servant 427 collectivités des PNI. Cette initiative appuie les efforts visant à élaborer une infrastructure de santé efficace, dotée d'outils de saisie et de transmission de l'information. On a également entrepris des activités pour améliorer l'information en santé accessible aux collectivités des PNI, en élaborant deux applications de gestion de cas pour le dossier électronique de santé. Au cours de l'année 2002-2003, le groupe de travail du Système national de surveillance du diabète a continué de soutenir les partenariats avec les groupes autochtones dans le but d'améliorer la surveillance du diabète dans les populations autochtones en reliant entre elles les bases de données. On a créé et mis à l'essai le Système d'information sur la santé environnementale, qui fournit des données sur l'eau, les moisissures dans les résidences et la salubrité des aliments. On a aussi enrichi d'autres bases de données sur l'environnement – notamment sur l'eau et sur le virus du Nil occidental au Canada.

La recherche est essentielle à une gestion des connaissances qui appuie l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des résultats probants. Ainsi, on a créé divers outils de recherche, notamment une base de données consultable sur les organisations qui réalisent des recherches sur les Autochtones, et un répertoire d'articles scientifiques pertinents sur la santé autochtone. On prévoit financer des recherches sur les contaminants de l'environnement afin de mieux connaître les effets de ces polluants sur les membres de la collectivité. Par exemple, on a réalisé un projet qui a permis d'enquêter sur les contaminants présents dans les principaux réseaux hydrographiques du Nouveau-Brunswick et de comprendre leurs effets sur certaines collectivités de la province. Dans le cadre d'un autre projet, on a exploré les incidences du biphényle polychloré (BPC) transplacentaire sur le développement du jeune enfant.

Dans la foulée de la réunion des premiers ministres en 2000, les ministres de la santé se sont entendus pour élaborer ensemble, à compter de septembre 2000, un cadre global fondé sur des indicateurs comparables et des mécanismes redditionnels établis conjointement. On avait retenu trois thèmes – l'état de santé, les résultats sur le plan de la santé et la qualité du service – et 14 indicateurs. Santé Canada a rempli ses obligations redditionnelles sur les trois thèmes en ce qui concerne les Premières nations des réserves en présentant, en septembre 2002, le rapport sur les indicateurs de rendement intitulé *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé*. Le Ministère a également produit un *Profil statistique de la santé des Premières*

*nations au Canada*, qui décrit en détail l'état de santé des Premières nations et englobe des indicateurs sur des déterminants non médicaux de la santé.

Santé Canada a aussi accru ses capacités en matière d'évaluation interne et a procédé à plusieurs évaluations de programmes au cours de 2002-2003. La fonction d'évaluation a été renforcée par l'élaboration d'une politique sur l'évaluation et d'un plan pluriannuel d'évaluation visant à favoriser une meilleure coordination.

### **AR 3.4 : Services de santé durables et responsables, qui appuient un système de santé moderne pour les Premières nations et les Inuits, dans un contexte d'autonomie et de contrôle accrus de leur part**

#### **Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003**

Mettre en place des mesures souples, durables, efficaces et responsables qui favoriseront la bonne santé des individus, des familles et des communautés tout en rendant mieux compte des résultats des investissements dans les programmes et les services, en cernant les lacunes dans les services, en améliorant la capacité de service, en mesurant

le rendement et en améliorant les pratiques de gestion globales.

Augmenter la capacité de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits de gérer les fonds transférés de façon responsable.

Le modèle de reddition de comptes du Ministère en ce qui a trait à la prestation des services et à l'exécution des programmes visant les Premières nations et les Inuits établit un cadre pour une planification et une affectation de ressources rationnelles dans le secteur de la santé. Le modèle prévoit une attribution claire des obligations redditionnelles et des responsabilités, la propriété et le leadership collectifs des programmes de santé ainsi qu'une gestion et une mesure du rendement axées sur les résultats.

Dans un tel contexte, Santé Canada a deux grands types d'obligations redditionnelles : 1) les obligations redditionnelles relatives à la *conformité* aux lois, règlements et pratiques courantes visant l'utilisation des fonds publics; 2) les obligations redditionnelles concernant le *rendement* des programmes. Santé Canada a accompli des progrès importants dans ces deux sphères.

Santé Canada continue d'élaborer et de mettre en œuvre des outils de reddition de comptes relativement à l'exécution des programmes visant les PNI. On a entre autres rédigé une politique et un guide d'intervention qui déterminent le moment et la nature de l'intervention du Ministère en ce qui a trait aux ententes de financement visant les PNI, et mis en place des mécanismes d'établissement de rapports à l'interne qui renforcent le suivi et l'établissement des

rapports sur les exigences redditionnelles relatives à l'entente. Afin de soutenir et de faciliter la mise en œuvre des ententes types de financement conclues en mars 2001 relativement à l'exécution des programmes et des services de santé visant les PNI, nous avons élaboré un processus de mise à jour annuelle des ententes de financement qui nous permettra de peaufiner les ententes afin qu'elles reflètent les changements de politiques et de directives du gouvernement fédéral.

Le Ministère a également élaboré et mis en œuvre un plan de vérification annuel et un guide de vérification. Ces deux documents orientent les vérifications des dépenses de santé pour les PNI, et ont permis la réalisation de 40 vérifications de contributions – ce qui correspond à une hausse de 25 % si on compare à l'année précédente – portant sur 76 ententes de financement. En fonction des résultats des vérifications, on a élaboré – et on élabore toujours – des plans d'action qui prévoient des correctifs financiers et administratifs, adaptés aux circonstances.

Dans le but de rationaliser les exigences du programme en matière de reddition de comptes et de réduire le fardeau administratif des collectivités des PNI, on a entrepris un examen des exigences redditionnelles de Santé Canada en ce qui a trait aux ententes de financement visant les PNI.

La mise en œuvre de huit projets pilotes de régime de soins a permis aux collectivités des PNI visées d'améliorer leur gestion de la santé et leurs capacités administratives. En plus d'élaborer des régimes de santé qui ont permis de mieux tenir compte des besoins et des priorités en matière de santé,



on a créé et mis en place des outils dans les sites pilotes, notamment des modèles de gestion et de reddition de comptes.

Santé Canada a continué de déployer des efforts pour améliorer la reddition de comptes dans le contexte du programme des SSNA. Depuis 1999-2000, on a réalisé approximativement 600 vérifications de pharmacies, de soins dentaires, et de fournitures et équipements médicaux, ce qui nous a permis de recouvrer ou d'économiser 8,2 millions de dollars. Le Ministère a élaboré un plan d'action pour mettre en œuvre un cadre de gestion des SSNA axé sur les résultats.

On a mis en place un cadre de gestion des contrats pour guider la DGSPNI dans le domaine des pratiques et des procédures contractuelles, et pour assurer la conformité de ces pratiques et procédures aux politiques et lignes directrices du Ministère et du Conseil du Trésor et aux principes de reddition de comptes et de saine gestion publique.

Pour pouvoir adopter des méthodes rigoureuses de reddition de comptes, il faut disposer d'une capacité organisationnelle adéquate. Santé Canada a donc élaboré une stratégie de renforcement des capacités pour la gestion et l'administration des ententes de financement. La stratégie en question permet de relever les lacunes internes et externes sur le plan des capacités, et d'y remédier.

Le Ministère a promis d'améliorer les capacités en communication dans les collectivités isolées. On a acheté du matériel de communication par satellite, qu'on a installé dans 63 collectivités, et on a rendu Internet accessible dans 148 collectivités.

Au cours de la deuxième année de la Stratégie de développement durable 2000 (SDD 2000) de Santé Canada, on a atteint 42 % des objectifs fixés au chapitre de la santé des PNI, et progressé relativement à 44 % des objectifs à atteindre d'ici mars 2004. De plus, le Bureau du développement durable de la DGSPNI a établi un répertoire des « substances appauvrissant la couche d'ozone » et a élaboré des plans de gestion de l'amiante pour les établissements hospitaliers des réserves.

Le Comité des comptes publics (CCP) a formulé des recommandations en ce qui a trait à la santé des PNI à la suite du rapport du Vérificateur général de 2000. Le CCP demandait à Santé Canada de mettre en œuvre des initiatives de reddition de comptes et de gestion et de présenter des rapports sur les progrès réalisés dans ces sphères d'activité. Pour plus d'information sur les mesures de suivi, consulter l'annexe électronique C, : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm>. On peut également trouver à la Section VIII un rapport sommaire sur les mesures de suivi, remis au CCP.

# Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé



## Objectif

Un système de santé qui produit de meilleurs résultats pour la santé par l'utilisation plus efficace des technologies de l'information, par l'augmentation du volume et de la qualité des recherches en santé, et par l'utilisation efficace d'information et d'analyses à jour, accessibles et fiables favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure reddition de comptes au public.

## Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses nettes	179,5 \$	111,1 \$	111,1 \$*

\* Cette somme représente 4,1 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable :

- au transfert de ressources allouées pour la gestion des initiatives de l'infrastructure canadienne de la santé (ICS), la reddition des comptes et l'établissement des rapports, au secteur d'activité de la Santé des Premières nations et des Inuits et du secteur de service de la Santé de la population et santé publique;
- à la modification du profil de financement du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS), des paiements de transfert ayant été reportés à 2003-2004.

## Contexte

Dans ce secteur, 48 % des dépenses ministérielles servent à financer le fonctionnement des systèmes essentiels de gestion de l'information et du savoir et de technologie de l'information du Ministère. On pense par exemple aux opérations informatiques, aux télécommunications, à l'élaboration d'applications logicielles et aux systèmes et services de gestion de l'information qui soutiennent les programmes et services nationaux de santé offerts à la population canadienne ainsi qu'à plus de 8 000 employés du Ministère à l'échelle du pays. Les 52 % restants servent à appuyer la réalisation de meilleurs résultats sur le plan de la santé, par l'innovation et par la mise en place de technologies de l'information et des communications et de processus décisionnels fondés sur des données probantes.

Santé Canada a retenu trois objectifs ainsi que des priorités connexes pour 2002-2003, afin d'améliorer la base de données probante et d'accroître l'utilisation des technologies de l'information et des communications pour permettre de meilleures décisions en santé. La population canadienne accorde beaucoup d'importance aux responsabilités redditionnelles associées à chaque objectif.

## Attentes relatives au rendement (AR)

### 4.1 : Infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les

## renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décision et la responsabilisation envers la population

### Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Progrès importants par rapport aux principales priorités pour la mise en place d'une infostructure pancanadienne de la santé, tel que recommandé dans la mise à jour du Plan tactique 2001, approuvée par les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Démontrer les possibilités d'amélioration mesurable de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des systèmes et services de santé, grâce à l'utilisation des technologies de l'information et des communications.

La mise en place de l'infostructure canadienne de la santé est une entreprise de longue haleine qui vise à améliorer la prestation des services de santé par une utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé.

Pour appuyer cette entreprise, le budget de 2003 prévoit des dépenses de 600 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada Inc. Inforoute est une société indé-

pendante sans but lucratif qui a pour mandat est d'accélérer la création et l'adoption de systèmes modernes de technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé. Inforoute concentre ses efforts sur la création de dossiers électroniques de santé, éléments essentiels d'un système de santé moderne et intégré, et sur l'élaboration d'applications de télésanté, essentielles à l'amélioration des soins dans les régions rurales et éloignées.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur Inforoute, consulter : <http://www.infoway-inforoute.ca/>.

Comme nous l'expliquons ci-dessous, les activités de Santé Canada comprennent aussi une stratégie visant l'utilisation accrue des technologies et de l'information électroniques par les fournisseurs de soins de santé, des activités de recherche, le financement de projets pilotes et la création du Portail canadien sur la santé.

À la suite de consultations auprès des professionnels de la santé et des intervenants clés, le Ministère a élaboré une stratégie pour inciter les professionnels de la santé à utiliser des outils électroniques pour la pratique clinique, la gestion des connaissances et les tâches administratives, et à se connecter aux systèmes de santé des établissements, des régions, des provinces et des territoires. Cette stratégie a été transférée par la suite à Inforoute, en juin 2002.

Pour appuyer la mise en place de l'infrastructure de la santé, Santé Canada a financé des activités de recherche au titre du Programme de développement et d'échange des connaissances (PDEC), qui disposait de 1,2 million de dollars en 2002-2003 pour

faire avancer les questions entourant la santé électronique, notamment la télésanté. On a accompli des progrès importants en réalisant 14 projets de diverses natures – en Alberta, par exemple, on s'est interrogé sur la façon dont les dispensateurs de soins de la santé, les patients et l'ensemble de la collectivité pourraient se préparer à l'avènement des services de santé Internet dans les zones rurales et éloignées, tandis que dans la région de l'Atlantique, on a exploré les moyens de partager les expériences, les connaissances et les pratiques exemplaires des régions en matière de télésanté. De plus, le PDEC a aidé des groupes à élaborer des méthodes de formation et à sensibiliser les professionnels de la santé aux technologies de l'information.

Santé Canada a aussi financé 29 projets pilotes dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS). Il s'agit d'un programme triennal de 80 millions de dollars, dont le but est de soutenir la collaboration, l'innovation et le renouvellement par les technologies de l'information dans le domaine de la prestation des soins de santé au Canada.

Le programme a touché toutes les provinces et tous les territoires. Dans le cadre d'un projet du PPICS réalisé au Québec, par exemple, des patients à domicile ont reçu des soins médicaux grâce aux technologies de télésurveillance qui permettent aux professionnels de la santé d'observer certains symptômes et états problématiques. Et dans 15 collectivités isolées du Nunavut, on a utilisé les postes de travail de télésanté pour accroître la fréquence des rencontres entre les médecins et leurs patients.

Même si on n'a pas encore mené à terme tous les projets du PPICS, presque tous sont, à l'heure actuelle, intégrés au système de prestation continue des soins de santé, ce qui témoigne de la réussite de la démarche. On produira pour chaque projet un rapport final, un énoncé de vérification et un rapport d'évaluation. En outre, on procédera à une évaluation globale du PPICS à la fin du programme en mars 2004.

Enfin, en partenariat avec plusieurs autres ministères fédéraux, Santé Canada a dirigé l'élaboration du Portail canadien sur la santé (PCS) dans le cadre de l'initiative fédérale du Gouvernement en direct. Lancé en mai 2002, le PCS est un site Internet et un guichet unique qui permet d'accéder à de l'information fiable et crédible sur la santé. À partir du portail, le public peut accéder à des renseignements d'actualité sur la santé, en provenance de divers ministères et organismes fédéraux, et aux pages d'accueil des ministères provinciaux de la santé. Le site est extrêmement populaire : on a enregistré 2,3 millions de visites entre juillet 2002 et mars 2003, et les statistiques sur les utilisateurs révèlent que le nombre de visites a décuplé dans les six premiers mois.

Pour visiter le PCS, se rendre à : [www.chp-pcs.gc.ca](http://www.chp-pcs.gc.ca).

## **AR 4.2 : Décisions stratégiques en matière de santé fondées sur des données probantes; meilleure compréhension des**

## **questions liées aux soins de santé**

### **Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003**

Augmenter les données et les analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de soins de santé.

Faire en sorte que les décideurs en matière de santé comprennent mieux les questions relatives aux ressources humaines auxquelles les professionnels de la santé sont confrontés.

Mettre en place un système d'information qui permettra au Ministère d'accéder directement à une vaste gamme de données sur l'état de santé, ses déterminants et le rendement du système de soins de santé.

Pour bien éclairer les décideurs, il faut effectuer une analyse rigoureuse à partir de données fiables. Santé Canada avait pour priorité en 2002-2003 de mieux comprendre la santé des Premières nations et des Inuits (PNI). Pour ce faire, nous avons repéré et analysé les facteurs qui entraînent des dépenses en matière de santé pour l'ensemble de la population canadienne et pour les PNI en particulier, notamment dans les programmes de Santé Canada. Les résultats de l'étude ont clairement orienté la décision du gouvernement de débloquer 1,3 milliard de dollars supplémentaires au cours des cinq prochaines années pour assurer la viabilité des programmes de Santé Canada qui offrent des services de santé aux PNI.

En outre, nous avons travaillé de concert avec Statistique Canada et l'Institut

canadien d'information sur la santé pour améliorer les données en santé, que les gestionnaires du système de santé, les gouvernements et la population pourront utiliser pour prendre de meilleures décisions en matière de soins de santé et de politique de la santé.

Le Ministère a également joué un rôle important en soulignant le besoin constant en investissements dans la production et la diffusion de données sur la santé des Canadiens et le fonctionnement de leur système de santé. De tels investissements aident à assurer la reconduction d'initiatives telles que l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* et les *Rapports sur la santé et les soins de santé au Canada*, et à rassembler des données plus solides pour l'établissement des rapports sur le rendement des systèmes de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

En publiant le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* ainsi que trois *Documents de travail pour la recherche sur les politiques*, Santé Canada a également répondu au besoin de ses partenaires à la recherche de données probantes pour fonder leurs décisions en matière de politique de la santé <http://www.hc-sc.gc.ca/iacbdgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/bulindex.html>. Les numéros du *Bulletin*, largement distribués, portaient sur les thèmes suivants : efficacité des mesures de promotion de la santé; santé et environnement : voies critiques; remédier aux problèmes de santé de la population autochtone.

On entreprendra une enquête auprès des lecteurs du *Bulletin* et des *Documents de travail* pour déterminer dans quelle me-

sure la recherche et le contenu analytique influencent leurs décisions en matière de politiques et de programmes. Les résultats de l'enquête devraient sortir à l'hiver 2003.

Dans le but de favoriser une planification plus éclairée des ressources humaines en santé, Santé Canada a élaboré de nouveaux modèles pour prévoir l'offre et la demande en médecins et infirmières. Le Ministère a bénéficié des commentaires d'associations professionnelles de la santé, d'économistes de la santé et d'experts en modélisation pour l'élaboration des modèles relatifs à l'offre, et élaboré les modèles relatifs à la demande en collaboration avec *Alberta Health and Wellness*, le ministère provincial de la Santé. Ensemble, ces modèles aideront les responsables de la planification à agir de façon éclairée lorsqu'ils établiront des politiques dans les secteurs de l'éducation sanitaire, du recrutement, du maintien en poste, du champ de pratique et de la structure de prestation des services.

La gamme de produits du *Data and Information System (DAIS)* a été transposée pour être accessible sur Internet. Ainsi, les analystes de Santé Canada qui travaillent dans les bureaux régionaux, les secteurs isolés ou à la maison auront accès aux ressources d'information stratégiques qui étaient auparavant accessibles exclusivement dans la région de la capitale nationale. Aujourd'hui, grâce à cet outil unique et facile à utiliser qui a été achevé en 2002-2003 pour l'essentiel, les analystes de Santé Canada accèdent rapidement aux rapports analytiques, aux bases de données sous-jacentes – notamment celles de Statistique Canada – et aux rapports de sondages établis en vertu d'un contrat.

## **AR 4.3 : Responsabilisation à l'égard des programmes, des politiques et des fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments**

### **Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003**

Collaborer avec les provinces et territoires afin d'élaborer un cadre complet de présentation des rapports pour les indicateurs comparables de l'état de santé, les résultats de santé et la qualité des services, de façon que chaque gouvernement puisse commencer à produire des rapports en septembre 2002, tel que convenu dans l'accord entre les premiers ministres de septembre 2000.

Au sein de Santé Canada, renforcer la fonction d'évaluation afin de soutenir les examens stratégiques, les évaluations et les décisions ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre des mesures du rendement appropriées.

Augmenter la capacité, la vitesse et la sécurité de l'infrastructure ministérielle de la technologie de l'information.

Reconnaissant l'importance de l'évaluation et de la mesure du rendement pour la prise de décisions éclairées, Santé Canada a accordé 600 000 \$ de plus (pour un total de 2,1 millions de dollars) au groupe d'évaluation ministériel, qui compte en 2002-2003

18 membres au lieu de 11. Outre les études d'évaluation et les cadres de rendement, on a réalisé de nombreuses autres activités connexes, comme la mise en œuvre d'une approche systématique pour l'évaluation des programmes de subventions et de contributions dans le but de respecter les exigences du Conseil du Trésor, et la création d'une nouvelle politique sur l'évaluation à Santé Canada, qui comprend des normes visant à renforcer le caractère rigoureux des activités liées à l'évaluation et à la mesure du rendement.

Santé Canada a réalisé en 2002-2003 deux projets majeurs d'infrastructure, qui ont servi à améliorer la prestation de services électroniques à la population canadienne par le Ministère (on pense par exemple à la page Web de Santé Canada) et à préparer le terrain pour la réponse à une demande accrue de services au cours des cinq à sept prochaines années. Outre, ces améliorations à l'infrastructure de réseaux du Ministère, on a mené à terme le projet de Renouveau du bureau virtuel, dans les délais convenus et sans dépasser le budget de 10,8 millions de dollars. Ainsi, on a mis à niveau les logiciels et les outils technologiques utilisés par les employés de Santé Canada pour répondre aux besoins de la population canadienne. Les améliorations apportées ont notamment permis aux chercheurs qui travaillaient sur le SRAS d'avoir accès rapidement à l'appui logiciel voulu. Grâce aux mécanismes de distribution automatique des logiciels, accessibles tout au long du projet, le Ministère a réalisé des économies brutes d'un million de dollars chaque fois qu'un logiciel sera distribué à l'échelle du Ministère. Les améliorations

apportées à l'infrastructure permettent également à Santé Canada de mieux se positionner pour atteindre les objectifs du Gouvernement en direct.

**Site Web pertinent :**

Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/francais/dgiac/dgiacindex.html>



# Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada



## Objectif

Offrir un soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

## Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	171,3 \$	223,1 \$	206,5 \$
Recettes	(0,7)	(0,7)	(0,4)
Dépenses nettes	170,6 \$	222,4 \$	206,1 \$*

\* Cette somme représente 7,6 % des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues et les crédits autorisés sont essentiellement attribuables aux éléments suivants :

- comptabilisation dans ce secteur d'activité du financement alloué pour aider à construire et à rénover des établissements des Premières nations dans les réserves;
- nouveaux fonds alloués pour soutenir efficacement l'exécution des programmes de Santé Canada.

Les dépenses réelles sont inférieures de 16,3 millions de dollars aux crédits autorisés. Cette situation est essentiellement attribuable aux fonds mis de côté pour couvrir les coûts accrus du régime d'avantages sociaux des employés, aux ressources non dépensées lors du Sommet du G8 au Canada en 2002, et à d'autres coûts assumés par le Ministère.

## Contexte

Afin d'aider ses programmes à atteindre les objectifs décrits dans le présent rapport, le Ministère a mis en place un certain nombre de fonctions de soutien qui contribuent à l'amélioration de la qualité des programmes. On pense notamment à la modernisation des pratiques de gestion du Ministère, à la mise en valeur et à l'épanouissement des communautés de langue officielle en situation minoritaire, à l'exécution de programmes de Santé Canada adaptés aux besoins locaux, et au renforcement du leadership, de la cohérence et de l'expertise en vue de soutenir l'orientation stratégique globale des responsabilités et des activités scientifiques de Santé Canada.

**Attentes relatives au rendement (AR) 5.1 : Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité ainsi que de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne, les subventions et contributions, la responsabilisation en matière d'octroi de**

## contrat et la gestion des ressources humaines

### Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère, y compris la fonction de contrôleur moderne.

Par l'entremise des directeurs généraux régionaux et de leurs équipes, exécution efficace des programmes de Santé Canada dans les régions, adaptée aux besoins locaux.

Par l'intermédiaire du Bureau de l'expert scientifique en chef, amélioration de la capacité du Ministère de produire des résultats et de mobiliser l'excellence dans les sciences de la santé et la recherche en santé afin d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens.

## Stratégie de gestion moderne de Santé Canada

Le document *Stratégie de gestion moderne (SGM) – Mise en œuvre de la fonction de contrôleur moderne à Santé Canada* a été approuvé en mai 2002. On peut trouver une description plus complète de cette stratégie et des autres activités ministérielles contribuant de la mise en œuvre de pratiques de gestion modernes à la Section IV : Thèmes du gouvernement et enjeux en matière de gestion.

On a mis en place une unité ministérielle d'assurance de la qualité pour assurer la réalisation d'examen indépendants des pratiques et contrôles de gestion, par l'analyse des politiques, des pratiques et des activités et par la définition et l'évaluation des risques et des mesures d'atténuation des risques dans le domaine des subventions et contributions et de l'octroi de contrats.

Le Ministère a obtenu d'importants succès pour ce qui est de rendre ses effectifs plus représentatifs afin de mieux répondre aux besoins de la population canadienne. En date du 31 mars 2003, la répartition des employés de Santé Canada entre les groupes visés par l'équité en matière d'emploi était la suivante : 11,3 % de minorités visibles, 6,4 % d'Autochtones, 4,3 % de personnes handicapées et 66,9 % de femmes.

## **Mise en valeur et épanouissement des communautés de langue officielle en situation minoritaire**

Au cours de la dernière année, Santé Canada a contribué à la mise en valeur et à l'épanouissement des collectivités minoritaires de langues officielles au Canada. Le Ministère a bénéficié des conseils et du soutien de deux comités consultatifs sur les priorités des minorités francophones et anglophones en matière de santé. On a notamment investi 1,9 million de dollars dans le lancement d'une initiative de réseautage des communautés francophones en situation minoritaire de l'Ontario, du Manitoba, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Alberta.

Les leçons tirées de cette entreprise seront partagées avec les autres communautés francophones minoritaires qui envisagent l'établissement de réseaux.

En outre, Santé Canada et Patrimoine canadien ont accordé un financement combiné de 3,8 millions de dollars pour des projets communautaires dans le cadre de l'initiative Partenariats interministériels avec les collectivités de langue officielle, de Patrimoine canadien. On a également investi 1,2 million de dollars dans un projet de télé-oncologie qui a permis la mise en place d'un système efficace et complet de dépistage du cancer du col de l'utérus, afin de réduire le taux de mortalité lié à cette maladie dans la communauté francophone minoritaire du Nouveau-Brunswick. De plus, on a accordé 200 000 \$ à un projet québécois de réseau d'appui communautaire pour les patients, qui vise à relier les collectivités ayant peu ou pas accès aux services de santé en langue anglaise et un réseau anglophone de Montréal, qui offre de l'information sur la santé, un soutien aux patients, des groupes de soutien et l'accès à une expertise médicale.

Le plan d'action du gouvernement pour les langues officielles, lancé en mars 2003, prévoit un investissement de 119 millions de dollars dans les soins de santé afin de mettre en œuvre des mesures positives pour répondre aux besoins des collectivités, notamment une initiative de formation et de maintien en poste pour les professionnels de la santé et de réseautage communautaire, conçue pour améliorer l'accès aux services de santé offerts aux communautés de langues officielles en situation minoritaire. Sur ce montant, on prévoit réaffecter

ter 30 millions de dollars du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires pour améliorer l'accès de ces communautés aux services de santé. Les investissements et les initiatives relatifs aux soins de santé sont l'aboutissement de plusieurs années de collaboration entre les communautés de langues officielles en situation minoritaire et Santé Canada.

## Exécution des programmes de Santé Canada dans les régions

En 2002-2003, les directeurs généraux régionaux et leur personnel, reconnaissant que l'engagement collectif de multiples partenaires est nécessaire à la réalisation d'un travail efficace dans le domaine de la santé, ont utilisé les réseaux d'intervenants déjà établis à l'échelle régionale et en ont créé de nouveaux pour mettre en œuvre plusieurs initiatives qui ont amélioré le partage de l'information, la collaboration l'adaptation des programmes ministériels aux besoins locaux. Les bureaux régionaux ont également contribué à définir l'orientation du Ministère en ce qui a trait à la réforme de la santé.

Avec le concours du Conseil des hauts fonctionnaires fédéraux de la région du Pacifique (CHFFRP), le Ministère a coordonné les activités fédérales concernant les mesures d'urgence en Colombie-Britannique et a organisé quatre événements visant à accroître la capacité des gestionnaires fédéraux à diriger des dossiers exigeant une coordination interministérielle et à fournir

des services à la population dans les deux langues officielles.

Afin d'aider les groupes communautaires à mieux planifier et évaluer leur travail relativement aux déterminants de la santé, le personnel de Santé Canada au Manitoba et en Saskatchewan a collaboré avec la *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, qui œuvre en milieu universitaire, pour publier un manuel qui fait état des incidences des programmes de santé sur les déterminants de la santé de la population et qui vise une planification et une reddition de comptes plus efficaces. Les concepts clés du manuel ont été présentés dans le cadre d'ateliers de renforcement des capacités qui se sont tenus au Manitoba et en Saskatchewan. Quatre-vingts pour cent des participants qui ont évalué la séance conviennent qu'ils sont plus en mesure d'intégrer les déterminants de la santé de la population à la planification et à l'évaluation de leurs programmes depuis qu'ils ont suivi l'atelier.

Les relations de travail qui se sont nouées entre la région Alberta/Territoires du Nord-Ouest et les divers niveaux administratifs de l'Alberta au cours des préparatifs du sommet du G8 de 2001 constituent un modèle pertinent de travail interministériel et intergouvernemental à l'échelle locale. Les éléments clés du modèle sont les suivants : un accès rapide au Ministère par l'intermédiaire des fonctionnaires de Santé Canada qui travaillent dans les régions, l'adaptation des processus fédéraux aux besoins locaux des diverses administrations, et l'établissement d'un mécanisme unique de communication à des fins de suivi.

Pour atténuer les obstacles auxquels font face les fonctionnaires fédéraux qui font partie d'une minorité visible et pour remédier à leur sous-représentation au sein de la fonction publique, on a élaboré une stratégie dans le cadre du plan d'action « Faire place au changement dans la fonction publique fédérale ». Santé Canada était le partenaire responsable de la promotion et de la coordination, avec le Conseil fédéral interministériel de l'Ontario.

La région du Québec a pris part activement au 6<sup>e</sup> atelier fédéral sur le développement durable, organisé par le Groupe interministériel fédéral sur le développement durable (GIFDD). L'atelier rassemblait 30 ministères fédéraux, agences et sociétés d'État et accueillait, pour la première fois cette année, des intervenants du secteur privé et académique. Cet événement a permis l'échange d'information et de bonnes pratiques, de même que le partage de connaissances entre les participants, dans le but de favoriser l'intégration du développement durable dans leurs activités et leurs opérations.

Dans la région de l'Atlantique, Santé Canada mise sur les partenariats avec les quatre ministères provinciaux de la santé pour former un comité de planification stratégique de l'Atlantique en matière de santé. Au cours de 2002-2003, les cinq partenaires ont continué de travailler à leur première priorité commune : la Stratégie de l'Atlantique sur le mieux-être pour une vie active et une alimentation saine. Les partenaires ont lancé des initiatives conjointes pour cerner les capacités communautaires et définir un cadre stratégique qui soutienne la stratégie sur le bien-être.

## **Bureau de l'expert scientifique en chef**

Le Bureau de l'expert scientifique en chef offre un leadership, une cohérence et une expertise en ce qui a trait à l'orientation stratégique globale des responsabilités et des activités scientifiques de Santé Canada. En plus de fournir des conseils relativement aux tendances et possibilités dans le domaine des sciences, le Bureau de l'expert scientifique en chef a intensifié ses partenariats de recherche en santé avec les universités, l'industrie, les organismes non gouvernementaux et les organisations internationales en appuyant des ateliers, des conférences et des symposiums. Le Forum de recherche de Santé Canada : De la science à la politique a offert une vitrine à plus de 200 initiatives scientifiques du Ministère. Le Forum des sciences sur l'évaluation du risque, coprésidé par l'Agence canadienne d'inspection des aliments, a rassemblé des participants du Canada et d'autres pays. L'événement a stimulé les interactions entre les évaluateurs de risque et les gestionnaires du risque en vue de clarifier leurs champs d'action respectifs.

Le Bureau de l'expert scientifique en chef et ses partenaires ont accordé 1,2 million de dollars à 13 équipes interdisciplinaires de recherche du Canada afin d'encourager la recherche visant à réduire les disparités sur le plan de la santé et à promouvoir la santé chez les populations vulnérables. De concert avec ses partenaires, Santé Canada a également conclu une entente pour soutenir l'Initiative sur la salubrité des aliments et de l'eau. Au titre de cette initiative, 1,5 million de dollars sont accessibles chaque année

pour financer des propositions de recherche, pour une période de trois ans.

Au Québec, le comité Sciences et technologies a organisé une activité de démarchage auprès des médias scientifiques, réunissant des représentants de 22 centres de recherche fédéraux au Québec, dont quelque 60 chercheurs, ainsi que des représentants de divers médias. Deux chercheurs ont représenté Santé Canada. L'évènement a permis de promouvoir les activités scientifiques effectuées dans ces centres, dans les domaines de l'eau, de l'espace, de la terre, de la faune et la flore, de l'énergie et de l'être humain, mais aussi de développer le réseautage entre les chercheurs et permettre la réalisation d'un compendium de toutes les recherches présentées lors de l'évènement. Par ailleurs, Santé Canada, ainsi que quatre autres ministères fédéraux, ont participé à la création d'un cahier spécial sur la recherche réalisée au Québec par des scientifiques travaillant pour le gouvernement du Canada. Cet encart, paru dans un magazine scientifique, a rejoint plus de 300 000 lecteurs.

Le nouveau cadre de Santé Canada en matière de science vise à renforcer notre capacité de stimuler et de coordonner les activités scientifiques de haute qualité qui correspondent au mandat du Ministère et s'inscrivent dans la lignée des travaux de recherche réalisés à l'échelle nationale et internationale.

L'établissement du Comité d'éthique pour la recherche a pour but de garantir que les recherches de Santé Canada réalisées sur des sujets humains sont exécutées en

conformité avec les normes éthiques les plus strictes. Ce comité indépendant est entré en fonction en 2002 afin d'officialiser le processus d'examen de Santé Canada en matière d'éthique. Le Comité examine les projets de recherche sur des sujets humains qui sont financés ou exécutés par Santé Canada, réalisés en collaboration avec des chercheurs externes ou exécutés dans les locaux de Santé Canada.

**Amélioration des compétences des gestionnaires du système de santé :** Désireux d'accroître l'importance accordée à la recherche sur la santé, le gouvernement fédéral a affecté 25 millions de dollars à un programme novateur visant à perfectionner les compétences des gestionnaires du système de santé (les infirmières et les médecins gestionnaires ainsi que les directeurs des services de santé) en ce qui concerne la façon d'utiliser la recherche pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes et améliorer la gestion du système canadien de santé. Le Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche permettra de tisser des liens entre les décideurs et les chercheurs et de favoriser l'échange d'informations sur les perspectives, les idées et les besoins entre ces deux groupes et entre les cadres des secteurs de la santé et de la gestion. Les participants incluront des cadres intermédiaires ou supérieurs des organismes de soins de santé, et chacun d'eux recevra une bourse de recherche de deux ans. Le Programme sera exécuté par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (<http://www.chsrf.ca>), avec laquelle Santé Canada continuera de travailler de près afin de gérer cette subvention.

## Section IV :

# Thèmes du gouvernement et enjeux en matière de gestion

## Fonction de contrôleur moderne (pratiques de gestion modernes)

Le mise en œuvre d'une culture d'excellence en matière de gestion représente un processus de longue haleine qui suppose des changements de divers ordres au sein d'une organisation. Les initiatives porteuses de changement sont décrites dans le document de mai 2002 publié par Santé Canada qui s'intitule *Mise en œuvre de la fonction de contrôleur moderne à Santé Canada — Une stratégie de gestion moderne* (SGM).

Le Ministère a confié à son Sous-comité sur les opérations la responsabilité de la mise en œuvre de la SGM afin que cette

dernière fasse l'objet d'une surveillance permanente.

Le Bureau de la fonction de contrôleur moderne joue un rôle clé puisqu'il diffuse la SGM et soutient les gestionnaires des directions générales et des bureaux régionaux qui mettent de l'avant des initiatives d'optimisation de la gestion. Le Bureau surveille les progrès accomplis et en rend compte à l'interne et aux organismes centraux, en plus de mettre à jour la section sur la fonction de contrôleur moderne dans le site Web de Santé Canada. Pour consulter la SGM et le rapport d'étape sur la mise en œuvre de cette dernière, se rendre à l'adresse suivante : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/controleur\\_moderne.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/controleur_moderne.htm).

En novembre 2002, on a soumis au Secrétariat du Conseil du Trésor un *Rapport d'étape sur la mise en œuvre de la Stratégie de gestion moderne à Santé Canada*. Ce document mettait en valeur les efforts du Ministère et les progrès accomplis relativement à plusieurs pratiques et initiatives de gestion moderne.

Un an après le début de la mise en œuvre de la SGM, plus de 60 % des mesures prévues pour donner suite aux principales conclusions de l'évaluation des capacités (2001) ont été mises en œuvre, et des initiatives sont déjà en place pour donner suite aux autres recommandations clés.

**Initiatives clés contribuant à jeter les bases d'une modernisation réussie de nos pratiques de gestion – un ensemble commun de valeurs et de principes éthiques et une main-d'œuvre et un environnement de travail sains**

Dans la foulée d'un dialogue fructueux sur les valeurs et l'éthique qui s'est tenu à l'échelle du gouvernement, le Centre d'éthique en milieu de travail de Santé Canada a préparé un rapport intitulé *Façonner notre culture organisationnelle* qui comprend un énoncé de valeurs et de principes éthiques. On a également élaboré un plan d'action pluriannuel global portant sur les valeurs et les principes éthiques qui donnera suite au dialogue. Le document a été approuvé en août 2002, et on procède actuellement à sa mise en œuvre.

L'Initiative sur la santé en milieu de travail et la modernisation des ressources humaines, lancée en 2002, mise sur des travaux déjà entrepris pour élaborer un plan d'action ministériel sur la santé en milieu de travail et mettre à jour la stratégie ministérielle sur la gestion des ressources humaines. On a entrepris de jeter un regard critique sur notre environnement interne de travail et sur la santé de nos employés, en formant des groupes de travail composés d'employés qui ont pour tâche de formu-

ler des recommandations sur les mesures à prendre dans les secteurs de l'apprentissage et du perfectionnement continu, de la promotion de la santé et des pratiques sanitaires, du milieu physique, de la culture organisationnelle et de la modernisation des ressources humaines. On a élaboré un plan d'action intitulé *Un personnel sain dans une organisation saine et efficace : une feuille de route pour Santé Canada*, qui sera mis en œuvre sur trois ans.

Grâce au cours « *Une gestion axée sur les résultats* » offert aux gestionnaires, le Ministère favorise un environnement où les gestionnaires peuvent apprendre à mieux connaître et à mieux comprendre les systèmes ministériels et les pratiques de gestion qui les aideront à prendre de bonnes décisions en matière de gestion et à atteindre des résultats plus probants.

**Autres initiatives clés contribuant à jeter les bases d'une organisation moderne sur le plan de la gestion : gestion intégrée des risques, systèmes de contrôle de qualité et cadres redditionnels**

On a créé le Bureau de la gestion intégrée du risque pour diriger l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre intégré de gestion des risques qui s'inscrirait dans le plan d'action du Ministère concernant la SGM.

Jusqu'ici, on a mis en œuvre 75 % des 52 recommandations formulées dans le Cadre de contrôle et le plan d'action relatif aux subventions et contributions. Le Centre d'expertise sur les subventions et les contributions de Santé Canada a normalisé les ententes de contribution, mis en place une formation obligatoire au sein du Ministère



et rationalisé les systèmes de gestion des subventions et contributions. Ces initiatives assurent une reddition de comptes efficace relativement à la gestion des programmes de subventions et de contributions du Ministère.

À cause de la nature changeante des exigences redditionnelles à l'échelle du gouvernement, on a créé un plan d'action ministériel concernant le cadre de gestion des contrats afin d'uniformiser les ententes et de permettre aux gestionnaires de programmes de mieux connaître les politiques, lignes directrices et procédures en vigueur au gouvernement en ce qui a trait à l'octroi de contrats au secteur privé pour la production de biens ou de services. Le plan d'action aborde des enjeux comme la conformité avec les politiques et les règlements contractuels en matière de production de biens et services, et l'amélioration globale des pratiques contractuelles. À ce jour, le Ministère a donné suite à 58 % des 72 recommandations qu'il a émises.

Compte tenu de la main-d'œuvre vieillissante dans les ministères et organismes du gouvernement, le recrutement de vérificateurs issus du milieu de la vérification pose un problème majeur. Grâce à des efforts de recrutement massifs, le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR) dispose aujourd'hui d'un effectif complet. Bâtir une équipe de professionnels dans un laps de temps si court (c.-à-d. moins de cinq mois) était d'une importance capitale pour notre fonction de vérification. En décidant de siéger à un nombre accru de comités, le Bureau a également réussi à renforcer considérablement ses réseaux au sein du Ministère et les liens qu'il entretient avec

les organismes centraux et les associations professionnelles indépendantes. Ensemble, ces initiatives ont permis à Santé Canada d'élaborer et de commencer à mettre en œuvre un plan de vérification globale fondé sur les risques pour 2003-2004, en s'inspirant du Cadre stratégique de gestion du risque du Ministère et des consultations qui se sont tenues auprès de plus d'une centaine de cadres supérieurs à l'échelle du Ministère.

Dans le cadre du projet d'amélioration de la gestion des documents au Ministère, on a fait le ménage des documents sur papier, on en a fait l'inventaire puis on a procédé à la fusion et à la mise en œuvre des pratiques optimales de gestion des dossiers. Le projet a également permis la classification et la transposition des dossiers en fonction d'une structure de classification commune, laquelle marque le début d'une stratégie de gestion de l'information.

Au cours de la dernière année, on a achevé l'examen exhaustif des programmes de sécurité de Santé Canada dans le but d'améliorer la protection des employés, d'accroître les dispositifs de sécurité entourant les biens de nature délicate et les informations confidentielles, et d'améliorer le caractère sécuritaire des installations de Santé Canada. On en est aujourd'hui à donner suite aux recommandations émanant de l'examen : par exemple, dans le but de coordonner plus efficacement la prestation des services de sécurité visant les employés et les clients à l'échelle nationale, on en est à mettre en œuvre un programme intégré de sécurité qui fonctionnera en vertu d'un cadre de gestion unique.

# Développement durable

La Stratégie de développement durable (SDD) 2000 de Santé Canada a été mise en œuvre il y a plus de deux ans. La SDD a été élaborée à partir de trois champs d'action prioritaires, qu'on désigne comme des thèmes.

- Contribuer à créer des environnements sociaux et physiques simples.
- Intégrer le développement durable au processus décisionnel et aux méthodes de gestion du Ministère.
- Réduire au minimum les effets nocifs, sur la salubrité de l'environnement, du fonctionnement et des activités du Ministère.

À l'intérieur de ces trois champs d'action, les engagements de l'organisation sont regroupés par objectifs puis par cibles. Les objectifs désignent les résultats prioritaires qui correspondent à chacun des thèmes de développement durable, tandis que les cibles désignent les extrants plus spécifiques et plus mesurables qui contribuent à la réalisation de chacun des objectifs. À ce jour, 31 % des objectifs de la SDD 2000 sont atteints, et 57% des cibles sont en voie de l'être d'ici mars 2004. On a rencontré des obstacles relativement à 12 % des cibles visées, et l'on tente de rectifier la situation au moyen de mesures correctives.

La SDD 2000 de Santé Canada a été rédigée en fonction de rapports, priorités et initiatives clés du gouvernement fédéral en matière de développement durable. On

pense notamment aux lignes directrices concernant les stratégies ministérielles décrites dans le *Guide de l'écogouvernement* et au document *Avancer dans la voie du progrès : La deuxième génération de stratégies de développement durable*, publié en 1999 par le commissaire à l'environnement et au développement durable qui fait part de ses attentes quant à la deuxième vague de SDD.

L'engagement fondamental de Santé Canada à l'égard du développement durable a une portée qui va bien au-delà du cycle de trois ans prévu pour chaque stratégie : il s'agit d'une approche intégrée des enjeux environnementaux, économiques et socio-culturels. La SDD 2000 est une stratégie globale portant à la fois sur les politiques et les programmes ministériels et sur la gestion des opérations internes du Ministère. Au moment de l'élaboration de la SDD 2000, on s'est assuré de clairement associer les extrants mesurables à chacune des cibles à court terme qui nous permettraient de réaliser les objectifs à long terme. Toutefois, il n'y avait à ce moment-là aucun indicateur spécifique de rendement pour évaluer la réalisation des objectifs à plus long terme, ce qui limitait la portée de l'établissement de rapports.

Les progrès accomplis en matière de développement durable ne sont pas exclusivement attribuables à la stratégie. À mesure que le concept de développement durable est intégré au Ministère, certaines responsabilités sur le plan de l'environnement, de l'économie et de l'éthique deviennent inhérentes aux politiques et programmes nouveaux et revus. Pour obtenir un rapport complet sur le développement durable à

Santé Canada, veuillez consulter le rapport annuel de 2002-2003 concernant la SDD 2000 à l'adresse suivante : [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bdd/report.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bdd/report.htm).

Le programme de recyclage des piles, lancé en 2001, sert à récupérer les piles – qui sont considérées comme des déchets dangereux – dans les sites d'enfouissement. En 2002-2003, on a élargi le programme pour inclure tous les établissements de la région de la capitale nationale occupés par Santé Canada. Au cours des six premiers mois du programme, on a recyclé 36 % de plus de petites piles usagées (A, AA, AAA) qu'au cours de toute l'année financière précédente, tandis que cette proportion s'élève à 43 % pour les batteries (6V et 12V) pour la même période.

Le site Web du Bureau du changement climatique et de la santé a été lancé à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bccs/index.htm>. Le site comprend de l'information sur les incidences des changements climatiques sur la santé et le bien-être de la population canadienne, sur la façon de travailler des scientifiques qui font avancer les connaissances dans le domaine, sur les moyens dont le secteur public de la santé dispose pour entreprendre de planifier son adaptation, sur les événements et publications à venir et sur d'autres sujets d'intérêt.

## Initiative d'amélioration des services

L'initiative d'amélioration des services vise les ministères qui offrent directement un service à la population canadienne. L'objet de l'initiative est d'améliorer la satisfaction des Canadiens à l'égard des services qu'ils reçoivent. Voici les résultats obtenus en 2002-2003 par Santé Canada, qui est un des six ministères responsables de la mise en œuvre de l'initiative :

Le **Centre national d'exception des médicaments des SSNA** traite les demandes des personnes qui désirent se procurer des médicaments d'exception ou à usage restreint en vertu du Programme des services de santé non assurés. Dans le but d'améliorer le service, on a réalisé en juin 2002 une enquête visant au hasard 1 000 pharmaciens qui avaient demandé l'autorisation de se procurer certains médicaments pour des Indiens inscrits et des Inuits. Le Centre d'exception a donné suite aux commentaires et suggestions des pharmaciens en apportant des changements appropriés au fonctionnement de l'organisation : on a notamment simplifié les procédures d'approbation relatives à certains médicaments. Sur une échelle de un à cinq, on accorde en moyenne un quatre aux services offerts par le Centre.

*Votre santé et vous*, ce sont des fiches de renseignements qui servent à transmettre à la population canadienne des informations d'ordre général sur la santé. Au moyen

d'une enquête visant les distributeurs et les utilisateurs de ces documents, on a repéré des possibilités d'améliorer la distribution, notamment par la promotion de la version en direct et la mise à jour des listes de bases de données. À la suite de cet exercice et d'autres recommandations, on a réduit les fiches de renseignements à deux ou trois pages, on a rendu les articles accessibles sur Internet en format pdf et html, et on a accru la capacité de diffusion du site afin que les clients puissent être avisés au moment de la publication de nouvelles fiches de renseignements. Afin d'assurer l'uniformité du format et du contenu rédactionnel, on a mis en place des normes et on utilise un langage clair et simple. On a organisé en novembre 2002 un lancement national de la publication. Le degré de satisfaction est de quatre sur une échelle de cinq.

On a lancé en octobre 2002 à Toronto les **Lignes de renseignements généraux de Santé Canada**, projet pilote régional visant à améliorer les services offerts à la population. Depuis qu'on a ajouté une ligne sans frais, on a reçu plus de 10 700 appels. Le système interactif bilingue d'aiguillage vocal permet d'accéder à d'autres sources d'information comme le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Toronto Public Health*, Développement des ressources humaines Canada et le service 1 800 O CANADA. Le système d'aiguillage permet également d'accéder à la Direction générale des produits de santé et des aliments et au Programme de la sécurité des produits de consommation de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, qui offrent tous deux un service bilingue. Le numéro

sans frais est inscrit dans les pages bleues de tous les répertoires téléphoniques de l'Ontario. En offrant un service bilingue, les lignes directrices d'information générales fournissent aux résidents de l'Ontario un accès équitable aux informations de Santé Canada, quel que soit le lieu de résidence ou la langue officielle du demandeur.

Le **Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire** répond aux demandes courantes qui concernent les risques que posent les produits antiparasitaires pour la santé humaine et l'environnement. On a effectué des entrevues téléphoniques auprès des utilisateurs de la population en général et des titulaires de produits homologués, après quoi on a complètement revu le système de menus téléphoniques. On fait mention de la participation et des suggestions du public sur le site Web de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA). En ce qui a trait à la satisfaction de la clientèle, l'ARLA a obtenu une cote de 4,6 sur cinq.

Le **Réseau canadien de la santé (RCS)** est un service national bilingue d'information sur la santé accessible par Internet. On a effectué un sondage en direct des utilisateurs qui nous a permis de recueillir un certain nombre de recommandations. On a mis en œuvre un plan d'action qui prévoyait la restructuration de la page Web afin de la rendre plus conviviale, et l'amélioration du moteur de recherche du site C question de donner suite à la recommandation clé du rapport d'enquête. Au chapitre de la satisfaction globale, le RCS a obtenu une cote de 3,3 sur une échelle de cinq.

Le **Système de gestion des appels d'urgence disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept** : il s'agirait d'un point d'accès unique pour la gestion des urgences nationales en matière de santé, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Tandis que l'on continue de travailler sur le projet, qui permettrait aux professionnels de la santé d'accéder au système de gestion des appels en composant un seul et même numéro, on continuera d'avoir recours au système existant en cas d'urgence.

## Responsabilisation envers la population canadienne

En septembre 2000, les premiers ministres du Canada se sont engagés à rendre publiquement des comptes à la population relativement au rendement de leur système de santé. Le gouvernement du Canada a rempli son engagement le 30 septembre 2002 lorsque Santé Canada a publié *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002* (<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html>). Le rapport comprend des informations sur la population canadienne dans son ensemble et sur les populations spécifiques comme les Premières nations qui habitent dans les réserves, les anciens combattants, le personnel militaire et les détenus des pénitenciers fédéraux, car le gouvernement fédéral a des responsabilités précises en

matière de prestation de services de santé à ces populations. Ce rapport, au même titre que d'autres rapports similaires émanant de toutes les provinces et de tous les territoires, marque le début d'un processus continu d'établissements de rapports comparatifs par les divers ordres de gouvernement.

## Gouvernement en direct

L'initiative du Gouvernement en direct (GED) vise à mieux servir la population canadienne et à faire en sorte que le gouvernement du Canada soit plus branché sur ses citoyens. Le Ministère continuera d'établir des partenariats pour la prestation de services électroniques avec d'autres ministères fédéraux ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux. Voici les réalisations concernant le GED en 2002-2003 :

**Portail canadien sur la santé (PCS) :** Santé Canada a agi en partenariat avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Environnement Canada, Statistique Canada et Anciens Combattants Canada pour réaliser ce site, et ce, en vertu de protocoles d'entente ratifiés par toutes les parties. Le Ministère collabore également avec plusieurs autres ministères fédéraux comme Citoyenneté et Immigration Canada, l'Agence canadienne de développement international, le Service correctionnel du Canada, Développement des ressources humaines Canada, Ressources naturelles Canada, la Gendarmerie royale du Canada, le Solliciteur général et Transports Canada, qui fournissent du contenu pour le Portail

canadien sur la santé (PCS) dans le cadre de l'initiative plus large du Gouvernement en direct. Le PCS est un site Internet qui fournit aux Canadiens un guichet unique vers des informations fiables et dignes de confiance en matière de santé. Le PCS a été lancé le 31 mai 2002 et est accessible à partir du site du gouvernement du Canada. Le portail permet aujourd'hui d'accéder à des informations d'actualité émanant des divers ministères et organismes fédéraux, ainsi qu'aux pages d'accueil des ministères provinciaux de la santé. L'adresse Internet est la suivante : <http://chp-pcs.gc.ca/index.jsp>.

**Gestion du Web :** On a poursuivi en 2002-2003 la mise en œuvre du nouveau site Web de Santé Canada qui regroupera au moins 130 sous-sites. Le projet a été lancé en mai 2001. À ce moment-là, on prévoyait le terminer en décembre 2002, mais on a reporté l'échéance à l'automne 2003, ce qui nous a donné le temps d'adapter les processus ministériels de publication sur le Web aux changements apportés. À mesure que le projet avance, il faut faire en sorte que les services d'information offerts aux clients et aux intervenants ne soient pas affectés par les changements.

**Télesanté pour les Premières nations :** On a mis en place des technologies de télesanté dans 21 collectivités de Premières nations en Alberta (le total s'élève à 23 sites si on inclut les bureaux régionaux et les bureaux de secteur de Santé Canada). Grâce à une solution novatrice supposant l'utilisation d'un satellite bidirectionnel et d'une large bande terrestre conventionnelle, 41 centres de santé ont accès à Internet à haute vitesse. Environ 500 professionnels de la santé des Premières nations ont maintenant

accès à Internet. D'avril 2002 à avril 2003, ces professionnels ont visité en moyenne 125 sites par jour pour obtenir des informations relatives à la santé, et ils ont organisé 251 vidéoconférences. Le projet vise à rendre plus accessibles les informations sur la santé aux personnes qui vivent dans les régions isolées ou qui ont de la difficulté à avoir accès à ce type de formation à cause d'obstacles culturels ou linguistiques ou à cause du manque de ressources cliniques. Le projet se poursuivra jusqu'en 2004 – des activités de déploiement, d'élaboration de programmes et d'améliorations du fonctionnement ainsi que des activités de soutien sont prévues – et devraient prendre fin en 2005. C'est à ce moment-là qu'on procédera à l'évaluation du projet. Parmi les problèmes qui risquent d'entraver le bon déroulement du projet, mentionnons la perte de signal attribuable à des facteurs atmosphériques le désalignement de l'antenne parabolique ainsi que la pénurie de personnel technique dans les collectivités des Premières nations. Les leçons qu'on a pu tirer de l'expérience jusqu'ici nous indiquent que la technologie de télesanté doit être facile à utiliser : si elle ne l'est pas, les utilisateurs refuseront de s'en servir. En outre, il faut s'attaquer aux enjeux entourant la responsabilité et la confidentialité avant d'aborder l'aspect technique du projet. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la page suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/spsp/telesante/index.htm>.

**Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits – dossier de santé électronique (DSÉ) :** On a créé une application sur les soins de santé à domicile, les soins communautaires et le diabète chez les

Autochtones, qui servira de complément au système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits. Ces applications, combinées à une composante englobant des informations sur les toxicomanies, constituent la base de ce qui deviendra le dossier électronique sur la santé des Premières nations et des Inuits. Jusqu'à 600 collectivités des Premières nations bénéficieront du projet, une fois qu'on aura réalisé des essais pilotes à l'automne 2003. De plus, on fournira un accès par satellite à environ 130 collectivités éloignées, ce qui permettra à de nombreux établissements de santé d'avoir accès pour la première fois à Internet haute vitesse et au courriel. Cette initiative a le même but que bien d'autres : améliorer l'accès aux informations sur la santé, optimiser les services de santé et faire en sorte que l'état de santé des Premières nations et des Inuits soit comparable à celui du reste de la population canadienne. Le document *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002* fournira des données de base qui permettront de mesurer l'amélioration de l'état de santé des Autochtones.

**Réseau de surveillance de la santé au Canada :** Santé Canada a continué de tirer profit des progrès technologiques pour rendre les systèmes de surveillance plus accessibles et plus conviviaux. Le Ministère a rendu accessible sur Internet son Système d'information en santé publique, afin qu'un plus grand nombre de fournisseurs de services de santé puissent bénéficier d'un système automatisé et intégré de dossiers médicaux des clients et de production de rapports. Il s'agit d'une étape importante dans l'élaboration des composantes de san-

té publique qui constitueront le dossier de santé électronique. En fonction des essais pilotes qui ont donné des résultats positifs au Manitoba, en Colombie-Britannique et dans une régie régionale de la santé en Alberta, Santé Canada travaillera en collaboration avec les provinces et territoires pour élargir le système et ainsi répondre aux besoins actuels et futurs des intervenants et de la population. Ce travail en collaboration, qui se déroule dans le cadre de la création du Système canadien intégré de la santé publique (SCISP), nous aidera à surmonter les difficultés associées au regroupement des informations qui concernent la surveillance en santé publique à l'échelle nationale. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le SCISP, consultez l'adresse suivante : [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/csc-ccs/ciphs\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/csc-ccs/ciphs_f.html).

**Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire en direct :** Lorsque l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) a mis en place des mécanismes de recouvrement des coûts en 1997-1998, on s'est fixé comme objectif d'accroître l'efficacité des examens des demandes d'homologation de 40 % avant 2003. L'ARLA a créé un site Internet pilote pour faciliter les demandes électroniques d'homologation de pesticides. Un petit groupe de détenteurs d'homologation a mis à l'essai les outils, les formulaires et les gabarits électroniques du site, puis, à la fin de 2002, on a rendu ces composantes accessibles à l'ensemble des détenteurs d'homologation. Les demandes électroniques comptent aujourd'hui pour une part importante des progrès réalisés sur le plan de l'efficacité. Les applications seront inté-

grées à un projet électronique réglementaire de plus grande envergure qui portera sur les demandes électroniques et visera à répondre à certaines exigences spécifiées dans la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*. L'ARLA continue de travailler de concert avec ses homologues internationaux pour promouvoir la mise en place d'approches électroniques compatibles en ce qui a trait aux processus réglementaires. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le sujet, consulter l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/main/gol-f.html>.

Pour accéder au Rapport public de Santé Canada sur le GED, consulter la page suivante : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/realiser\\_ged.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/realiser_ged.htm).

## Rapport sur le rendement du système de santé

Le Ministère a poursuivi le travail de collaboration avec ses homologues des gouvernements provinciaux et territoriaux dans le but de réaliser les engagements de l'Entente-cadre sur l'Union sociale (améliorer la mesure du rendement et la production de rapports sur le rendement), ceux du communiqué sur la santé émis en septembre 2000 par les Premiers ministres dans le but d'élaborer un cadre pour la production de rapports comparables, et ceux de l'entente signée par les premiers ministres en 2003 en vue de l'établissement d'indicateurs comparables. En septembre 2002, toutes les administrations ont fourni des rapports

sur les indicateurs des résultats pour la santé, de l'état de santé et de la qualité des services. Ainsi, la population canadienne et les décideurs ont accès à des informations uniformes et comparables.

Nous avons intégré à l'annexe A du Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada en 2001-2002 cette méthode d'établissement de rapports quantitatifs.

## Solutions de rechange en matière de prestation de services – Fondements

**Améliorer le système canadien de statistiques sur la santé :** Santé Canada travaille en collaboration étroite avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé afin de répondre aux besoins de la population canadienne en matière d'information sur la santé. Au cours de la dernière année, Santé Canada a joué un rôle important en investissant continuellement dans la production et la diffusion de données sur la santé de la population canadienne et le fonctionnement du système de soins de santé. Aussi, en vertu du budget 2003, 140 millions de dollars seront accordés sur cinq ans aux activités qui concernent les statistiques sur la santé. Santé Canada gère actuellement une contribution et une subvention (dont le financement a



été obtenu en trois phases) avec l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces subventions et contributions permettent la réalisation de nombreuses activités liées à la diffusion d'information sur la santé, comme l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, les rapports sur la santé et les soins de santé au Canada et d'autres activités visant à moderniser et à tenir à jour les statistiques sur la santé de la population canadienne et sur les soins de santé au pays. Les activités de collecte de données financées au titre de ces investissements constituent une composante clé de l'établissement de rapports sur le rendement du système de santé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les projets financés, consulter l'adresse suivante :

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=profile\\_roadmap\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_roadmap_f).

**Accélération du processus d'élaboration de solutions en vue de la mise en place d'un dossier électronique sur la santé :** Dans la foulée de l'entente des premiers ministres sur la santé, conclue en septembre 2000, le gouvernement fédéral s'est engagé à fournir initialement 500 millions de dollars pour qu'une entreprise indépendante élabore et fasse appliquer des normes pancanadiennes sur l'information et qu'elle prépare des technologies de communication compatibles. On a choisi comme organisme sans but lucratif l'Inforoute Santé du Canada Inc., dont le mandat est entre autres d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes modernes de technologie de l'information et des communications dans

le domaine de la santé. Les sous-ministres de la santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (à l'exception du sous-ministre du Québec, qui a choisi de ne pas participer pour l'instant) composent l'organisation. La priorité immédiate de l'Inforoute est de favoriser et d'accélérer l'élaboration de solutions pancanadiennes et rentables pour mettre en place un système de dossiers électroniques compatibles sur la santé, ce qui permettra d'accroître la qualité des soins offerts. L'Inforoute a rendu public le sommaire de son premier plan d'activité en juin 2002; elle a également publié sa stratégie d'investissement et son premier rapport annuel.

Fidèle à son plan d'activités, l'Inforoute a annoncé en 2002-2003 deux phases d'investissement axées sur l'architecture et les normes du système et sur les registres de clients et de fournisseurs.

Au titre de l'accord de 2003 sur la santé, les premiers ministres se sont entendus pour mettre encore davantage l'accent sur la mise en place de dossiers électroniques de santé, et sur la création d'applications de télésanté, dans la mesure où le gouvernement fédéral s'engage à fournir des fonds additionnels pour permettre la réalisation de ces objectifs. Le gouvernement a effectivement affecté 600 millions de dollars à l'Inforoute au titre du budget fédéral de 2003. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <http://www.infoway-inforoute.ca/>.

# Approvisionnement et attribution de contrats

1. Le rôle que jouent les achats et les marchés dans la prestation des programmes.

Au Ministère, l'approvisionnement et l'attribution de contrats sont intégrés au soutien de l'exécution des programmes. L'objectif des activités d'approvisionnement et d'attribution de contrats est de fournir du matériel et des services utilisés dans le cadre des activités des programmes qui visent la réalisation des buts et objectifs ministériels.
2. Survol des processus et des stratégies de la gestion des marchés au Ministère.

Dans le cadre de ses efforts généraux visant à renforcer ses pratiques et processus de gestion, Santé Canada a entrepris un examen de la gestion de la fonction d'attribution de contrats. En conséquence, et conformément aux principes de la fonction de contrôleur moderne, Santé Canada a préparé un cadre de gestion des contrats et un plan d'action pour mettre en œuvre les occasions d'amélioration relevées. Le plan d'action aborde quatre grands thèmes : responsabilité, responsabilisation, supervision et contrôle, et vérification. La haute direction de Santé Canada s'est engagée à adopter des pratiques de gestion de contrat rigoureuses à l'échelle du Ministère.
3. Les progrès et nouvelles initiatives permettant l'adoption des pratiques efficaces et efficientes d'achat.

Voici les réalisations de la Division de la gestion du matériel au cours de la dernière année :

  - trois nouveaux cours – cours de formation des comités de contrôle des contrats et des demandes; énoncé de travail; cours de perfectionnement sur les demandes de propositions;
  - amélioration des outils de travail comme les modèles de contrat, les formulaires d'autorisation et d'acheminement et la délégation des pouvoirs de signer des documents financiers;
  - mise en place des comités de contrôle des contrats et des demandes (CCCD) dans chaque direction générale et chaque région à compter du 1er avril 2003;
  - dialogue permanent avec les intervenants des CCCD dans le contexte des groupes de discussion des CCCD et de la création du comité consultatif sur la gestion du matériel.
4. Des liens Internet et (ou) les adresses de sites Web.

Santé Canada a créé un nouveau site Web sur la gestion du matériel qui comprend des informations pertinentes tirées de la base de données (en Lotus Notes) du centre des politiques ministérielles. Il faut encore faire plusieurs mises à jour avant de lancer le site Web qui remplacera la base de données du centre des politiques.

## Gestion du matériel

1. Évaluation et (ou) inventaire des ressources.

L'inventaire complet de tous les biens immobiliers a été réalisé à l'automne 2000. Les feuilles d'inventaire sont mises à jour de façon continue. Chaque année, les registres principaux des actifs évalués à plus de 10 000 \$ sont remis aux membres du comité du plan d'investissement à long terme (PILT) à des fins de vérification.
2. Fondement de l'évaluation et degré de confiance du Ministère à l'égard de l'évaluation.

On a dressé l'inventaire de tous les biens dont la valeur dépasse 1 000 \$ et de tous les biens jugés attrayants, même si leur valeur est de moins de 1 000 \$. La vérification de l'inventaire a été faite par chaque secteur de programme. Dans le récent rapport annonçant la création d'un cadre de gestion des actifs pour le Ministère, on en est à aborder la gestion des actifs et de l'inventaire.
3. Coûts du cycle de vie des biens essentiels à la mission.

Ces coûts sont décrits dans le PILT.
4. Élaboration d'un plan pour les biens essentiels du cycle ou de la mission.

Le 12 février 2002, on a présenté au Conseil du Trésor le Plan d'investissement à long terme. Une version mise à jour (partie II) devrait être présentée dans le cadre de la Mise à jour annuelle des niveaux de référence.
5. Progrès accomplis en vue d'inventorier ces biens et d'évaluer les coûts opérationnels qui s'y rattachent.

On a dressé l'inventaire de tous ces biens et on a cerné leurs coûts opérationnels.
6. Principales préoccupations et problèmes relevés.

Le PILT a permis de cerner des lacunes touchant le F&E et le financement des activités d'entretien des biens.
7. Évaluations des risques rattachés aux biens essentiels à la mission et conséquences financières éventuelles sur les capacités opérationnelles.

Les projets de construction sont soumis à l'examen du Commissaire des incendies du ministère du Travail, examen réalisé pendant la préparation des plans architecturaux, ainsi qu'à une dernière inspection précédant l'emménagement visant à garantir que toutes les installations nouvellement construites ou rénovées respectent les codes et les règlements appropriés en matière de construction. De plus, on fournit régulièrement des rapports sur l'état des immeubles dans le but de cerner toutes les situations potentiellement dangereuses pour la santé ou la sécurité. Le personnel chargé de l'entretien régional procède aussi à une inspection annuelle des installations; on prépare un budget de réparation et de remplacement dès qu'une situation exceptionnelle survient. On a cerné les répercussions financières : lacunes au chapitre du budget de F&E et du financement visant l'entretien et la durabilité des biens.

# Analyse comparative entre les sexes

On a récemment élaboré une stratégie de mise en œuvre pour mettre en vigueur la politique sur l'analyse comparative entre les sexes à l'échelle de Santé Canada. La stratégie décrit les activités, les résultats et les extrants clés qu'on prévoit réaliser de 2003

à 2008 afin que cette politique horizontale soit soutenue et mise en application dans toutes les directions générales. D'ici la fin de la mise en œuvre de la stratégie, prévue sur cinq ans, on prévoit que les connaissances relatives à l'analyse comparative entre les sexes auront été largement diffusées, que l'analyse en question aura donné lieu à des travaux substantiels, et qu'elle aura été intégrée à la planification et aux activités quotidiennes.

# Section V :

## Rendement financier

### Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent donnent un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 2002-2003 et présentent des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Santé Canada s'efforce d'utiliser ses ressources de la manière la plus efficace et efficiente possible, ce qui suppose habituellement une réorganisation des ressources pendant l'exercice même. Voici quelques exemples d'une telle activité ayant eu lieu en 2002-2003 :

- 10,8 millions de dollars ont été accordés au service de gestion des produits pharmaceutiques afin de renforcer la surveillance de l'effet thérapeutique des médicaments (avantages et risques) sur les Canadiens, une fois la vente des médicaments approuvée au Canada; la création d'un processus consultatif intergouvernemental commun se rapportant à l'évaluation des substances destinées à être incluses dans les régimes d'assurance-médicaments du gouvernement (c.-à-d. le processus commun d'examen des médicaments); et un examen des pratiques exemplaires actuellement en place pour la prescription des médicaments et la promotion d'une utilisation appropriée de ceux-ci;
- 9 millions de dollars ont été prévus pour l'application de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, pierre angulaire de la protec-

tion de l'environnement au Canada – qui contribue au développement durable et joue un rôle capital quand il s'agit de protéger les êtres humains contre les effets néfastes de produits chimiques, d'autres substances, ainsi que les menaces pour l'environnement;

- 3 millions de dollars ont été accordés aux Services d'analyse des drogues pour que ceux-ci demeurent la seule source d'analyse de drogues illicites aux fins de la lutte antidrogue et pour qu'ils répondent aux exigences accrues des organismes d'application de la loi.

Les ressources nécessaires au financement de ces initiatives ont été prises des activités jugées moins prioritaires ainsi que des programmes où diverses stratégies pouvaient servir à réduire les coûts tout en atteignant les objectifs fixés. Du fait de ces efforts, les Canadiens sont davantage assurés d'en avoir pour leur argent.

Dans l'ensemble, en 2002-2003, la non-utilisation de fonds a été négligeable à Santé Canada. L'excédent était de 20,8 millions de dollars, ou moins de 1 % pour les ressources de fonctionnement et les ressources visant les subventions et les contributions. Cet excédent est principalement attribuable à la non-utilisation de fonds se rapportant à la stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles serviront à parachever les activités reliées à cette initiative. L'excédent est également attribuable à des fonds qui ont été réservés afin de couvrir l'augmentation des coûts des régimes d'avantages sociaux des employés et d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement.

# Tableau financier 1 :

## Sommaire des crédits approuvés

### Autorisations pour 2002-2003

Le tableau qui suit illustre la répartition des ressources de Santé Canada par crédit approuvé. Santé Canada a deux crédits : le crédit 1 pour les dépenses de fonctionnement et le crédit 5 pour les subventions et contributions.

Les dépenses réelles associées au crédit 1 sont inférieures de 20,2 millions de dollars aux autorisations, surtout en raison d'une non-utilisation des fonds se rapportant à la stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole, à des fonds pour l'augmentation des coûts des régimes d'avantages sociaux des employés et à d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement. Les autorisations totales pour le crédit 1 sont de 232 millions de dollars supérieures aux dépenses prévues, surtout en raison de nouvelles ressources approuvées pour plusieurs initiatives telles que les mesures visant la pérennité des programmes

de santé pour les Premières nations et les Inuits, la stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole et les mesures visant le développement des jeunes enfants.

Les dépenses réelles associées au crédit 5 sont inférieures de 0,6 million de dollars aux autorisations, découlant principalement des ressources non utilisées dans le cadre du Sommet du G8 au Canada. Les autorisations totales pour le crédit 5 sont de 164,6 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues, principalement en raison des modifications du profil de financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) et du report à des exercices futurs des ressources prévues pour les services de soins de santé ainsi que le retraçage des donneurs et des receveurs en ce qui concerne l'hépatite C.

#### Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit	Santé Canada	2002-2003		
		Dépenses prévues <sup>1</sup>	Autorisations totales <sup>2</sup>	Dépenses réelles <sup>2</sup>
1	Dépenses de fonctionnement	1 367,0	1 598,9	1 578,7
5	Subventions et contributions	1 197,2	1 032,6	1 032,0
(S)	Ministre de la Santé - Traitements et allocations d'automobile	-	0,1	0,1
(S)	Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	91,5	106,8	106,8
(S)	Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,4	0,3
<b>Total pour le Ministère</b>		<b>2 655,7</b>	<b>2 738,8</b>	<b>2 717,9</b>

Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.

- 1) Selon le Rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003
- 2) Selon les Comptes publics de 2002-2003

# Tableau financier 2 :

## Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit illustre la façon dont les ressources sont utilisées à Santé Canada, par crédit et par secteur d'activité. On trouve des explications des écarts par secteur d'activité à la section III : Rendement du Ministère. Le tableau 5 – Recettes – con-

tient des précisions sur les recettes non disponibles. Le coût des services fournis par d'autres ministères vise les locaux, la protection au titre des accidents de travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

### Dépenses prévues et dépenses réelles par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	Équivalents temps plein	Fonctionnement	Immobilisations	Subventions & contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
<b>Politique en matière de soins de santé</b>							
(Dépenses prévues)	305	59,4		168,0	227,4		227,4
(Autorisations totales)	383	78,4		54,7	133,1		133,1
(Dépenses réelles)	422	78,4		54,7	133,1		133,1
<b>Promotion et protection de la santé</b>							
(Dépenses prévues)	4 249	532,9		285,2	818,1	(52,9)	765,2
(Autorisations totales)	4 404	633,4		231,0	864,4	(57,6)	806,8
(Dépenses réelles)	4 561	617,9		230,9	848,8	(46,6)	802,2
<b>Santé des Premières nations et des Inuits</b>							
(Dépenses prévues)	1 427	670,8		651,3	1 322,1	(9,1)	1 313,0
(Autorisations totales)	1 460	794,4		677,9	1 472,3	(6,9)	1 465,4
(Dépenses réelles)	1 685	793,4		677,9	1 471,3	(5,9)	1 465,4
<b>Gestion de l'information et du savoir</b>							
(Dépenses prévues)	741	114,3		65,2	179,5		179,5
(Autorisations totales)	615	79,3		31,8	111,1		111,1
(Dépenses réelles)	636	79,3		31,8	111,1		111,1
<b>Gestion et administration ministérielles</b>							
(Dépenses prévues)	1 208	139,9	3,9	27,5	171,3	(0,7)	170,6
(Autorisations totales)	1 316	173,5	12,4	37,2	223,1	(0,7)	222,4
(Dépenses réelles)	1 529	157,4	12,4	36,7	206,5	(0,4)	206,1
<b>Total</b>							
(Dépenses prévues)	7 930	1 517,3	3,9	1 197,2	2 718,4	(62,7)	2 655,7
(Autorisations totales)	8 178	1 759,0	12,4	1 032,6	2 804,0	(65,2)	2 738,8
(Dépenses réelles)	8 833	1 726,4	12,4	1 032,0	2 770,8	(52,9)	2 717,9
<b>Autres recettes et dépenses</b>							
<b>Recettes non disponibles</b>							
(Dépenses prévues)							(7,6)
(Autorisations totales)							(7,6)
(Dépenses réelles)							(35,2)
<b>Coût des services fournis par d'autres ministères</b>							
(Dépenses prévues)							67,5
(Autorisations totales)							67,5
(Dépenses réelles)							78,5
<b>Coût net du Programme</b>							
(Dépenses prévues)							2 715,6
(Autorisations totales)							2 798,7
(Dépenses réelles)							2 761,2

# Tableau financier 3 :

## Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit présente l'évolution des dépenses au fil du temps par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées durant les discours du budget récent (p. ex. les ressources pour aider à maintenir la pérennité du système de santé pour les Premières nations et les Inuits dans le cas des services de santé non assurés en 2002-2003) et lorsque nécessaire, le report des ressources d'une année à l'année suivante ou aux années suivantes (p. ex. les Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) inscrits dans la politique en matière de soins de santé de 2002-2003) ainsi que le transfert de ressources concernant la gestion, la res-

ponsabilisation et les obligations de communication des initiatives relatives à l'infrastructure canadienne de la santé (ICS) – de la Gestion de l'information et du savoir à la Promotion et la protection de la santé et à la Santé des Premières nations et des Inuits.

Certains des fonds annoncés ne valaient que pour un exercice, comme c'était le cas pour la Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. approbation d'une subvention non renouvelable de 95 millions de dollars à l'intention de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la mise en œuvre du projet de Carnet de route de l'information sur la santé).

### Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
Politique en matière de soins de santé	112,6	107,1	227,4	133,1	133,1
Promotion et protection de la santé	634,4	743,0	765,2	806,8	802,2
Santé des Premières nations et des Inuits	1 266,5	1 339,1	1 313,0	1 465,4	1 465,4
Gestion de l'information et du savoir	126,7	281,3	179,5	111,1	111,1
Gestion et administration ministérielles	180,3	208,6	170,6	222,4	206,1
<b>Total</b>	<b>2 320,5</b>	<b>2 679,1</b>	<b>2 655,7</b>	<b>2 738,8</b>	<b>2 717,9</b>

Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.



**Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités**  
Dépenses totales prévues et dépenses réelles en 2002-2003 (en millions de dollars)

Résultats stratégiques	Secteurs d'activités					Secteurs d'activités		
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	Total (\$)	% du total	Équivalents temps plein
Un système de soins de santé solide et durable	227,4 (Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b> 133,1					227,4 <b>133,1</b>	8,6% <b>4,9%</b>	305 <b>422</b>
Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies		378,9 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 415,5				378,9 <b>415,5</b>	14,3% <b>15,3%</b>	941 <b>1 282</b>
Produits de santé et aliments sûrs		153,6 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 144,5				153,6 <b>144,5</b>	5,8% <b>5,3%</b>	1 727 <b>1 625</b>
Environnements plus sains et produits plus sûrs		202,6 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 210,5				202,6 <b>210,5</b>	7,6% <b>7,7%</b>	1 142 <b>1 250</b>
Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens		30,1 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 31,7				30,1 <b>31,7</b>	1,1% <b>1,2%</b>	439 <b>404</b>
Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé			1 313,0 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 1 465,4			1 313,0 <b>1 465,4</b>	49,4% <b>53,9%</b>	1 427 <b>1 685</b>
Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé				179,5 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 111,1		179,5 <b>111,1</b>	6,8% <b>4,1%</b>	741 <b>636</b>
Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada					170,6 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 206,1	170,6 <b>206,1</b>	6,4% <b>7,6%</b>	1 208 <b>1 529</b>
<b>Résultats stratégiques</b>	227,4 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 133,1	765,2 <b>802,2</b>	1 313,0 <b>1 465,4</b>	179,5 <b>111,1</b>	170,6 <b>206,1</b>	2 655,7 <b>2 717,9</b>		
<b>% du total</b>	8,6% <b>4,9%</b>	28,8% <b>29,5%</b>	49,4% <b>53,9%</b>	6,8% <b>4,1%</b>	6,4% <b>7,6%</b>		100,0% <b>100,0%</b>	
<b>Équivalents temps plein (ETP)</b>	305 <b>(Dépenses prévues)</b> <b>(Dépenses réelles)</b> 422	4 249 <b>4 561</b>	1 427 <b>1 685</b>	741 <b>636</b>	1 208 <b>1 529</b>			7 930 <b>8 833</b>

Nota: les chiffres ayant été arrondis, il est possible que les totaux ne correspondent pas à la somme des chiffres des colonnes.

## Tableau financier 5 : Recettes disponibles

Le tableau qui suit présente le total des recettes disponibles par secteur d'activité et secteur de services, et des recettes non disponibles par classement et par source. Les recettes non disponibles sont regroupées par source afin de présenter l'information de façon utile.

Diverses recettes disponibles sont présentées, notamment pour les instruments médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation

des présentations de drogue, les médicaments vétérinaires, la réglementation de la lutte antiparasitaire, la sécurité des produits, les recettes d'hôpital provenant du paiement de services à l'intention des hôpitaux des Premières nations et des Inuits, visés par les régimes provinciaux et territoriaux, et de la vente de médicaments et de services de santé aux communautés des Premières nations.

### Recettes (en millions de dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
	Recettes réelles	Recettes réelles	Recettes prévues	Autorisations totales <sup>1</sup>	Recettes réelles
<b>Recettes disponibles<sup>2</sup></b>					
<b>Secteurs d'activités/secteurs de service</b>					
<b>Promotion et protection de la santé</b>					
Santé de la population et santé publique	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Produits de santé et aliments	34,5	35,5	36,1	40,7	32,2
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	6,9	7,4	9,8	9,8	7,5
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,0	6,9	7,0	7,0	6,8
<b>Santé des Premières nations et des Inuits</b>					
Santé des Premières nations et des Inuits	7,2	6,9	9,1	6,9	5,9
<b>Gestion et administration ministérielles</b>					
Services de gestion	0,3	0,4	0,7	0,7	0,4
<b>Total des recettes disponibles<sup>2</sup></b>	<b>55,9</b>	<b>57,2</b>	<b>62,7</b>	<b>65,2</b>	<b>52,9</b>

### Recettes non disponibles

#### Principal classement et principale source

<b>Recettes fiscales :</b>					
Taxe sur les produits et services	0,2	-	-	-	-
<b>Recettes non fiscales :</b>					
Remboursement de dépenses	11,6	14,5	-	-	27,0
Vente de biens et de services	-	-	-	-	0,7
Autres frais	1,7	1,8	7,6	7,6	7,2
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,8	0,6	-	-	0,3
Diverses recettes non fiscales	8,5	15,6	-	-	-
<b>Recettes non disponibles totales</b>	<b>22,8</b>	<b>32,5</b>	<b>7,6</b>	<b>7,6</b>	<b>35,2</b>
<b>Recettes totales</b>	<b>78,7</b>	<b>89,7</b>	<b>70,3</b>	<b>72,8</b>	<b>88,1</b>

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.

2) Recettes disponibles : ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à-valoir sur le crédit »; elles peuvent être dépensées par le Ministère.

## Tableau financier 6 : Paiements de transfert

Le tableau qui suit présente la répartition des paiements de transfert (subventions, contributions et autres paiements de transfert) par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent principalement par le report de ressources à de futurs exercices en ce qui concerne le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) (à la Politique en matière de soins de santé) ainsi que le retraçage des donneurs et des receveurs en rapport avec l'hépatite C (à la Promotion et protection de la santé); et le transfert de ressources concernant la gestion, la responsabilisation et les obligations de communication des initiatives relatives à l'infrastructure canadienne de la santé de la Gestion de l'information et du savoir à la Promotion et la protection de la santé, et à la Santé des Premières nations et des Inuits.

Certains des fonds annoncés ne valaient que pour un exercice, comme c'était le cas pour la Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. approbation d'une subvention non renouvelable de 95 millions de dollars à l'intention de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la mise en œuvre du projet de Carnet de route de l'information sur la santé).

Pour plus de renseignements concernant les détails sur les paiements de transfert, veuillez consulter, en mode électronique, l'annexe B : Détails sur les paiements de transfert : dépenses réelles pour 2002-2003 à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm>.

### Paiements de transfert par secteur d'activité (en million de dollars)

Secteur d'activité	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Dépenses prévues	Autorisations totales <sup>1</sup>	Dépenses réelles
<b>Subventions</b>					
Politique en matière de soins de santé	11,9	1,1	0,9	3,5	3,5
Promotion et protection de la santé	23,7	23,3	30,3	20,5	20,5
Gestion de l'information et du savoir	0,0	95,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total des subventions</b>	<b>35,6</b>	<b>119,4</b>	<b>31,2</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>
<b>Contributions</b>					
Politique en matière de soins de santé	43,0	29,5	167,1	51,2	51,1
Promotion et protection de la santé	172,6	179,1	214,8	189,3	189,3
Santé des Premières nations et des Inuits	589,1	637,0	651,3	677,9	677,9
Gestion de l'information et du savoir	20,8	49,2	65,2	31,8	31,8
Gestion et administration ministérielles	41,0	52,1	27,5	37,2	36,7
<b>Total des contributions</b>	<b>866,5</b>	<b>946,9</b>	<b>1 125,9</b>	<b>987,4</b>	<b>986,8</b>
<b>Autres paiements de transfert</b>					
Promotion et protection de la santé	29,6	55,8	40,1	21,2	21,2
<b>Total des autres paiements de transfert</b>	<b>29,6</b>	<b>55,8</b>	<b>40,1</b>	<b>21,2</b>	<b>21,2</b>
<b>Total des paiements de transfert</b>	<b>931,7</b>	<b>1 122,1</b>	<b>1 197,2</b>	<b>1 032,6</b>	<b>1 032,0</b>

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.

## Tableau financier 7 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2002-2003 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité. Les explications relatives aux écarts par secteur d'activité se trouvent à la section III : Rendement du Ministère.

(En millions de dollars)

Organisation	Secteurs d'activités					Total
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	
<b>Politique de la santé et communications</b>						
(Dépenses prévues)	227,4					227,4
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>133,1</i>					<i>133,1</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>133,1</b>					<b>133,1</b>
<b>Santé de la population et santé publique</b>						
(Dépenses prévues)		378,9				378,9
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>420,1</i>				<i>420,1</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>415,5</b>				<b>415,5</b>
<b>Produits de santé et aliments</b>						
(Dépenses prévues)		153,6				153,6
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>144,5</i>				<i>144,5</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>144,5</b>				<b>144,5</b>
<b>Santé environnementale et sécurité des consommateurs</b>						
(Dépenses prévues)		202,6				202,6
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>210,5</i>				<i>210,5</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>210,5</b>				<b>210,5</b>
<b>Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire</b>						
(Dépenses prévues)		30,1				30,1
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>31,7</i>				<i>31,7</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>31,7</b>				<b>31,7</b>
<b>Santé des Premières nations et des Inuits</b>						
(Dépenses prévues)			1 313,0			1 313,0
<i>(Autorisations totales)</i>			<i>1 465,4</i>			<i>1 465,4</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>			<b>1 465,4</b>			<b>1 465,4</b>
<b>Information, analyse et connectivité</b>						
(Dépenses prévues)				179,5		179,5
<i>(Autorisations totales)</i>				<i>111,1</i>		<i>111,1</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>				<b>111,1</b>		<b>111,1</b>
<b>Services de gestion</b>						
(Dépenses prévues)					76,5	76,5
<i>(Autorisations totales)</i>					<i>114,5</i>	<i>114,5</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>					<b>98,7</b>	<b>98,7</b>
<b>Exécutif du Ministère</b>						
(Dépenses prévues)					94,1	94,1
<i>(Autorisations totales)</i>					<i>107,9</i>	<i>107,9</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>					<b>107,4</b>	<b>107,4</b>
<b>Total</b>						
(Dépenses prévues)	227,4	765,2	1 313,0	179,5	170,6	2 655,7
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>133,1</i>	<i>806,8</i>	<i>1 465,4</i>	<i>111,1</i>	<i>222,4</i>	<i>2 738,8</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>133,1</b>	<b>802,2</b>	<b>1 465,4</b>	<b>111,1</b>	<b>206,1</b>	<b>2 717,9</b>
<b>% du total</b>	<b>4,9%</b>	<b>29,5%</b>	<b>53,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>7,6%</b>	<b>100,0%</b>

Nota : Les montants en italiques représentent les autorisations totales pour 2002-2003 (budget principal, budgets supplémentaires et autres autorisations).  
Les montants en gras représentent les dépenses réelles en 2002-2003.

## Tableau financier 8 : Passifs éventuels

Le Ministère est nommé dans un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement, surtout pour des allégations de négligence concernant la réglementation des instruments médicaux ainsi que du sang et des produits

thérapeutiques. Comme les litiges en question en sont aux premiers stades et que les questions en jeu sont complexes, il n'est pas possible à ce moment de donner une estimation fiable des passifs éventuels qui pourraient s'ensuivre.



# Section VI :

## Autres renseignements

# Contactez-nous

## Bureaux régionaux

### Atlantique

Centre maritime, bureau 1918  
1505, rue Barrington  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6  
Téléphone : (902) 426-9564  
Télécopieur : (902) 426-6659

### Québec

Complexe Guy-Favreau, Tour Est  
Bureau 202  
200, boul. René Lévesque. Ouest  
Montréal (Quebec) H2Z 1X4  
Téléphone : (514) 283-5186  
Télécopieur : (514) 283-1364

### Ontario et Nunavut

25, avenue St. Clair Est, 4<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M4T 1M2  
Téléphone : (416) 954-3593  
Télécopieur : (416) 954-3599

## Administration centrale

Téléphone : (613) 957-2991  
Télécopieur : (613) 941-5366

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

Adresse postale :

Santé Canada  
0900C2 – Sous-sol  
Édifice Brooke Claxton  
Ottawa (Ontario) CANADA  
K1A 0K9

### Manitoba et Saskatchewan

391, avenue York  
Bureau 300  
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1  
Téléphone : (204) 983-4764  
Télécopieur : (204) 983-5325

### Alberta et Territoires du Nord-Ouest

Canada Place, bureau 710  
9700, avenue Jasper  
Edmonton (Alberta) T5J 4C3  
Téléphone : (780) 495-5172  
Télécopieur : (780) 495-5551

### Colombie-Britannique et Yukon

Sinclair Centre, Tour fédérale  
757, rue West Hastings, bureau 235  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
V6C 3E6  
Téléphone : (604) 666-2083  
Télécopieur : (604) 666-2258



# Références

## Sélection de publications de Santé Canada

C'est bon d'en parler – Guide du médecin : Cinq minutes pour mieux communiquer  
C'est bon d'en parler – Guide du patient : Comment obtenir le maximum d'une visite chez votre médecin  
Carnet de santé de l'enfant du Canada  
Danger : Gare à vos poumons  
Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés  
La santé des jeunes : tendances au Canada  
Le développement sain des enfants et des jeunes : le rôle des facteurs déterminants de la santé  
Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes  
Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse  
Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues  
Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues  
Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et alcoolisme et de toxicomanie  
Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé  
Pourquoi toutes les femmes qui pourraient devenir enceintes devraient prendre de l'acide folique  
Profil – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation au Canada  
Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada  
Vie 100 Fumer  
Virus du Nil occidental

### **Pour commander des document :**

Publications

Santé Canada

Ottawa (Ontario)

K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995

Télécopieur : (613) 941-5366

Appareil de télécommunications pour personnes sourdes : 1-800-267-1245



## Section VII :

# Mesurer la santé au Canada – résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens

De nombreux facteurs déterminent la santé d'une population : les mesures prises par le gouvernement ne sont qu'un facteur parmi d'autres. Néanmoins, on est mieux à même d'interpréter les informations sur les programmes gouvernementaux touchant la santé lorsqu'on les met en rapport avec l'état de santé global de la population canadienne. On a relevé des activités ministérielles qui peuvent nous aider à comprendre la relation entre le travail entrepris par Santé Canada et les facteurs sous-jacents qui ont une incidence sur la santé des Canadiens. On a déjà tenté de commencer à intégrer les indicateurs repérés au nouveau cadre de gestion du rendement de Santé Canada.

Le Document *Mesurer la santé au Canada* précise le contexte dans lequel l'étude a été réalisée en plus de fournir des informations sur l'état de santé des Canadiens,

des enfants, des Premières nations et des Inuits, sur les facteurs déterminants en matière de santé et les comportements et sur les ressources du système de santé. On fournit également des comparaisons internationales relativement à plusieurs mesures clés de la santé, afin de permettre au lecteur de mieux comprendre le contexte. Le plus souvent possible, on a utilisé le même sous-ensemble de nations pour toutes les comparaisons internationales; cependant, dans la mesure où on ne pouvait avoir accès à toutes les données concernant certains indicateurs, cette démarche n'a pas pu être systématiquement adoptée.

On a déployé tous les efforts possibles pour n'utiliser que des données connues et fiables pour rédiger la présente section. Toutes les sources utilisées ont été bien documentées.

## Mesurer la santé au Canada fournit les informations suivantes :

### Indicateurs transsectoriels en matière de santé

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada, 1979-2000 .....	134
Autoévaluation positive de l'état de santé, selon le sexe, de 1994-1995 à 2000-2001 .....	134

### Un système de soins de santé solide et durable

Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 2000 .....	135
Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 2000 .....	135
Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 2000 .....	136
Autoévaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 2001 .....	136

### Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Prévalence normalisée selon l'âge des affections chroniques autodéclarées, Canada, 15 ans et plus, 1994-1995 – 2000-2001 .....	137
Taux de mortalité normalisé selon l'âge, causes sélectionnées, Canada, 1950-1999 .....	137
Années potentielles de vie perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999 .....	138
Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987-2000 .....	138
Activité physique au Canada, selon le sexe, 1994-2000 .....	139
Prévalence de l'asthme chez les enfants, 1994-1995 – 2000-2001 .....	139
Prévalence du bénévolat pour une organisation de santé selon l'âge, 1997 et 2000 .....	140

## **Produits de santé et aliments sûrs**

Prévalence de l'obésité au Canada, 1994-1995 – 2000-2001 .....	140
Incidence des intoxications alimentaires et des maladies hydriques, Canada, 1987-2000 .....	141
Effets indésirables des médicaments – cas signalés – Canada, 1999-2002 .....	141

## **Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne**

Prévalence du tabagisme au Canada, 1999-2002 .....	142
Prévalence de la fumée secondaire dans les ménages canadiens, 1999-2002 .....	142
Prévalence de l'usage quotidien de la cigarette chez les personnes de 15 ans et plus, comparaisons internationales 2001 .....	143

## **Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé**

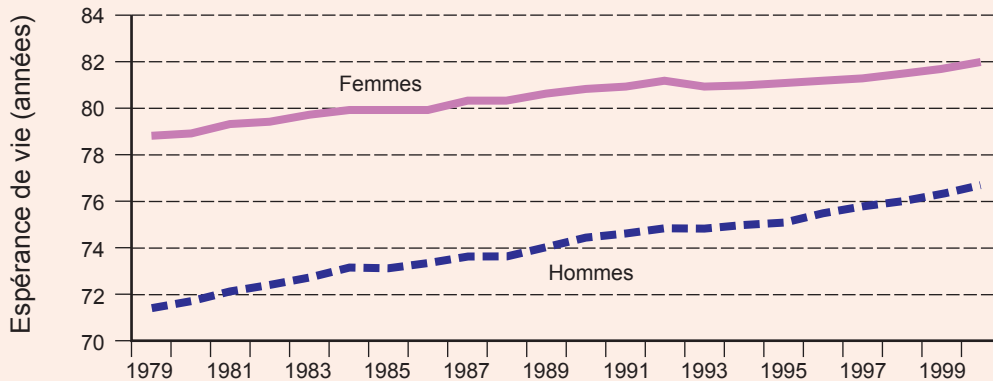
Espérance de vie à la naissance, Premières nations et Canada, 1980-2000 .....	143
Poids faibles et poids élevés à la naissance exprimés en pourcentage du taux brut de natalité, Premières nations et Canada .....	144
Taux d'incidence des maladies entériques, des toxi-infections alimentaires et des maladies hydriques, Premières nations et Canada, 1999 .....	144
Comparaison des taux de pourcentage d'immunisation systématique chez les enfants de deux ans des Premières nations, dans les réserves (1999) et dans l'ensemble de la population canadienne (1998) .....	145

## **Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé**

Utilisation d'Internet à domicile pour obtenir des informations sur la santé, selon l'âge, 1998-2000 .....	146
Visites de sites Web pour obtenir des informations sur la santé, 2002-2003 .....	146

## Indicateurs transsectoriels en matière de santé

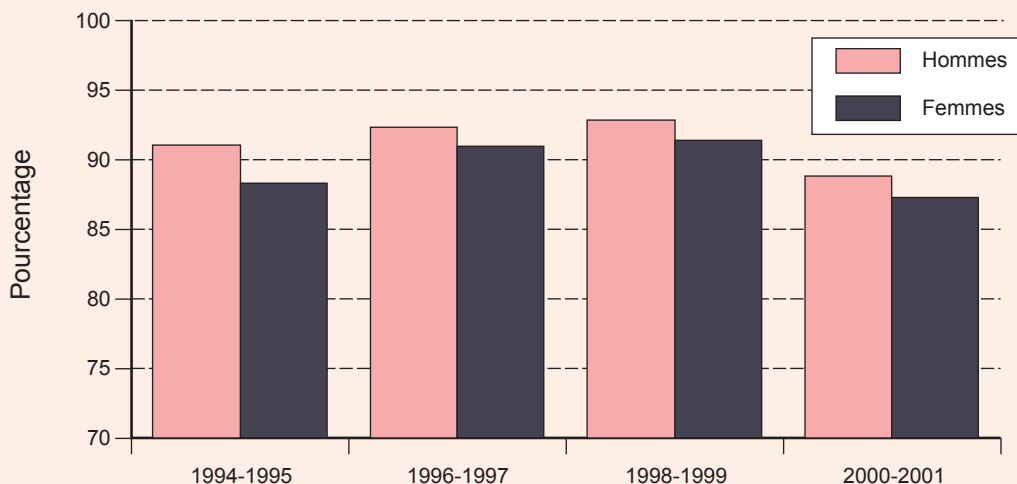
### Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada, 1979-2000



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et sur les décès, et Division de la démographie (estimations de la population)

- L'espérance de vie à la naissance a constamment augmenté au XX<sup>e</sup> siècle, même au cours des récentes décennies.
- En 2000, l'espérance de vie était de 82,0 ans chez les femmes et de 76,7 ans chez les hommes.
- Même si les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, l'écart entre les sexes se rétrécit : il est passé de 6,3 ans en 1990 à 5,3 ans en 2000.
- Le défi est de s'assurer que l'augmentation de l'espérance de vie va de pair avec une bonne santé.

### Autoévaluation positive de l'état de santé, selon le sexe, de 1994-1995 à 2000-2001

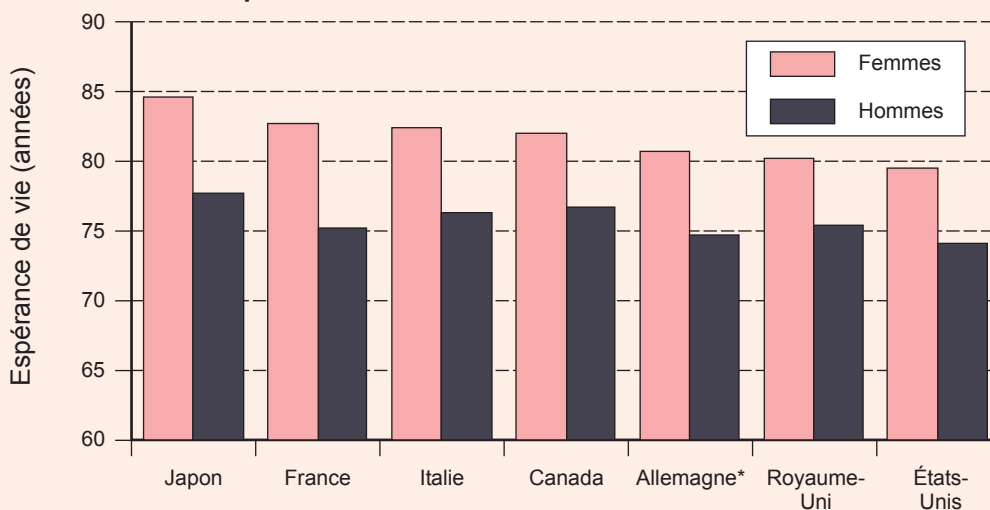


Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 – 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités, 2000-2001

En 2000-2001, environ 88 % des Canadiens considéraient qu'ils étaient en bonne, très bonne ou excellente santé. Cependant, le nombre de Canadiens qui estimaient que leur santé était moyenne ou mauvaise a légèrement augmenté entre 1994-1995 et 2000-2001.

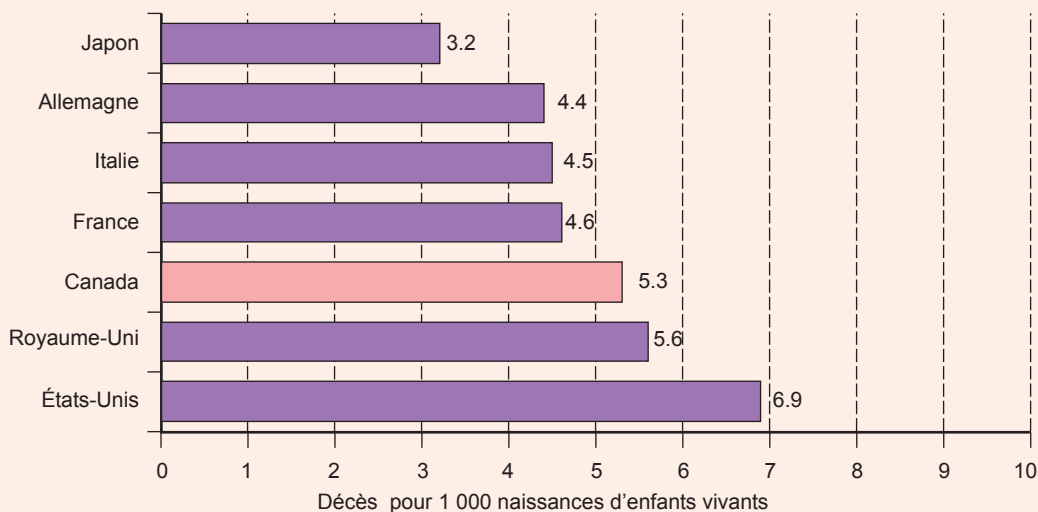
## Un système de soins de santé solide et durable

### Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 2000



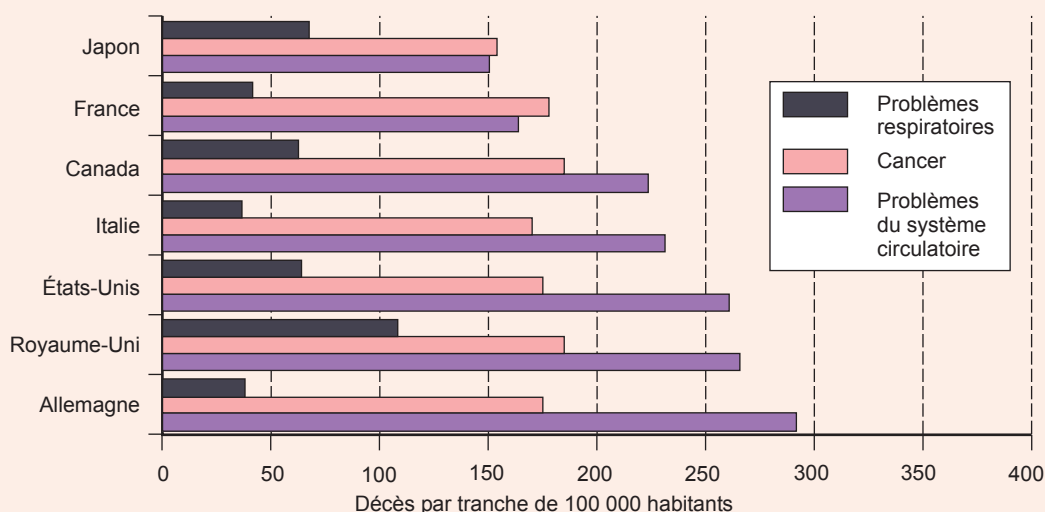
L'espérance de vie de la population canadienne est comparable à celle des autres pays du G7. Le Canada se classe quatrième pour les femmes et deuxième pour les hommes. Dans les pays du G7, l'espérance de vie des hommes et des femmes est la moins élevée aux États-Unis (74,1 pour les hommes et 79,5 pour les femmes) et la plus élevée au Japon (77,7 pour les hommes et 84,6 pour les femmes).

### Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 2000



Le taux de mortalité infantile au Canada, qui est de 5,3 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants, ressemble à celui des autres pays du G7. Le Japon affiche le taux de mortalité infantile le plus faible des pays du G7 en 2000 : 3,2 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants.

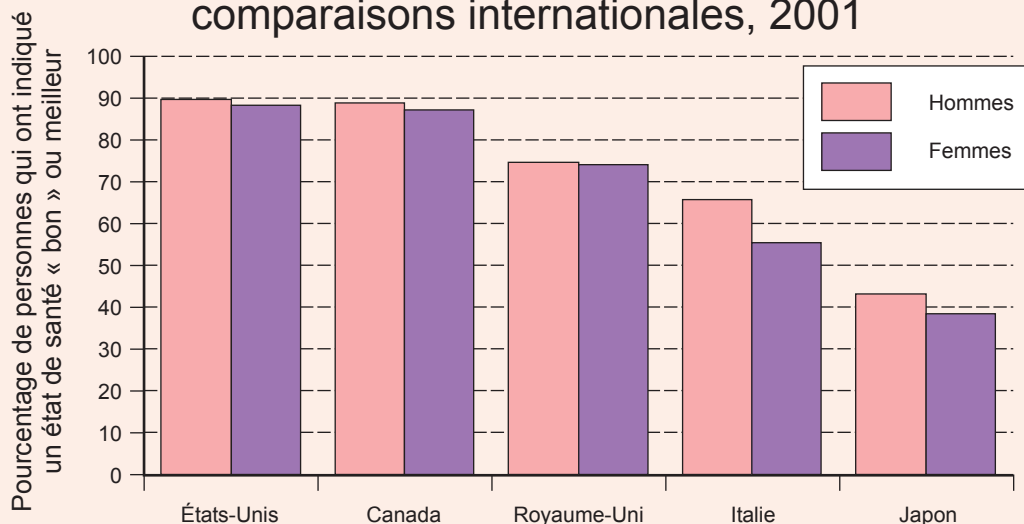
## Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 2000



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables au cancer et aux maladies des systèmes respiratoire et circulaire au Canada sont comparables à ceux des autres pays du G7. Si on examine les données pour l'ensemble de ces pays, on remarque que les écarts entre les décès attribuables aux maladies circulatoires sont plus marqués que les différences entre les décès attribuables au cancer ou aux maladies respiratoires.

## Autoévaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 2001



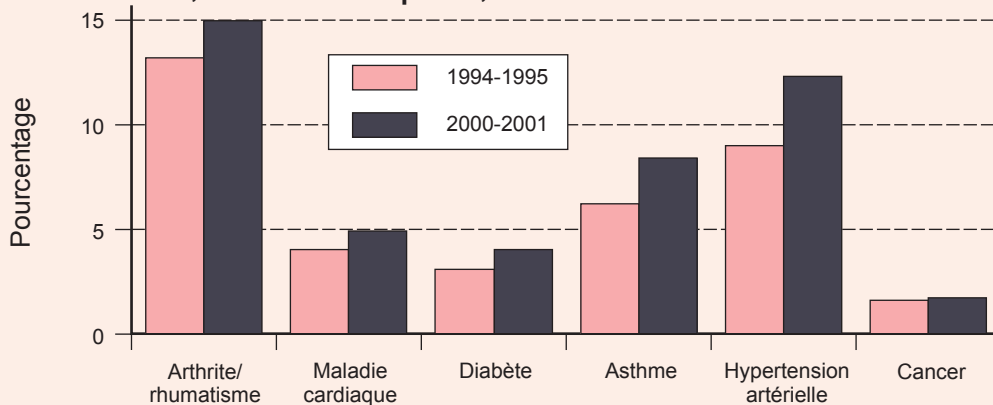
Source : Données sur la santé de l'OCDE 2003 (données inaccessibles pour l'Allemagne et la France)

L'état de santé évalué par les Canadiens est pratiquement le même que celui des Américains. Les deux pays affichent des taux de bonne santé considérablement plus élevés que les autres pays du G7.



## Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Prévalence normalisée selon l'âge des affections chroniques autodéclarées, Canada, 15 ans et plus, 1994-1995 – 2000-2001

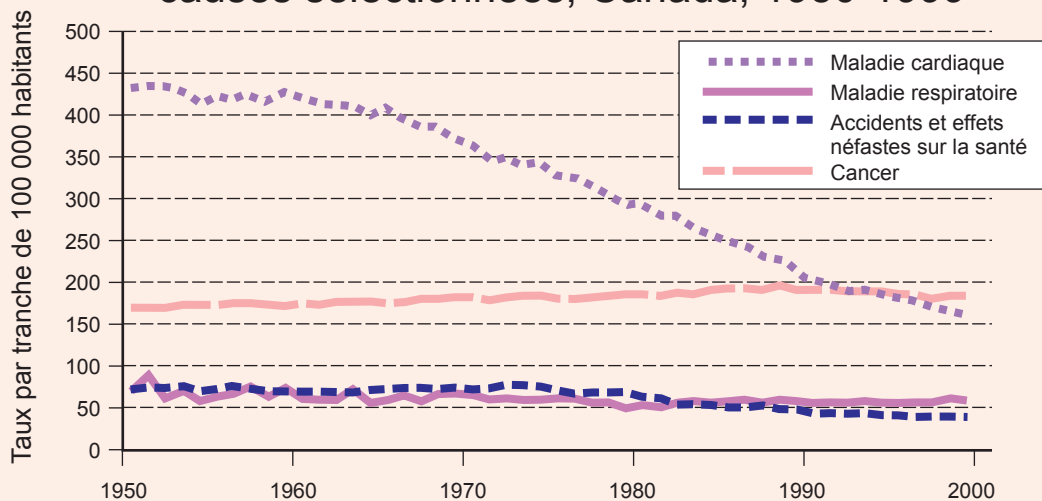


Sources : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

Le nombre de Canadiens qui affirment souffrir d'une affection chronique diagnostiquée par un professionnel de la santé a augmenté dans toutes les principales catégories de problèmes de santé chronique depuis 1994-1995. Santé Canada réalise actuellement plusieurs activités de prévention de la maladie – on pense notamment à la Stratégie canadienne du diabète.

Nota : Le répondant devait préciser s'il souffrait ou avait souffert pendant six mois d'une affection diagnostiquée par un professionnel de la santé. Les données ont été normalisées en fonction de la population canadienne de 1991.

Taux de mortalité normalisé selon l'âge, causes sélectionnées, Canada, 1950-1999

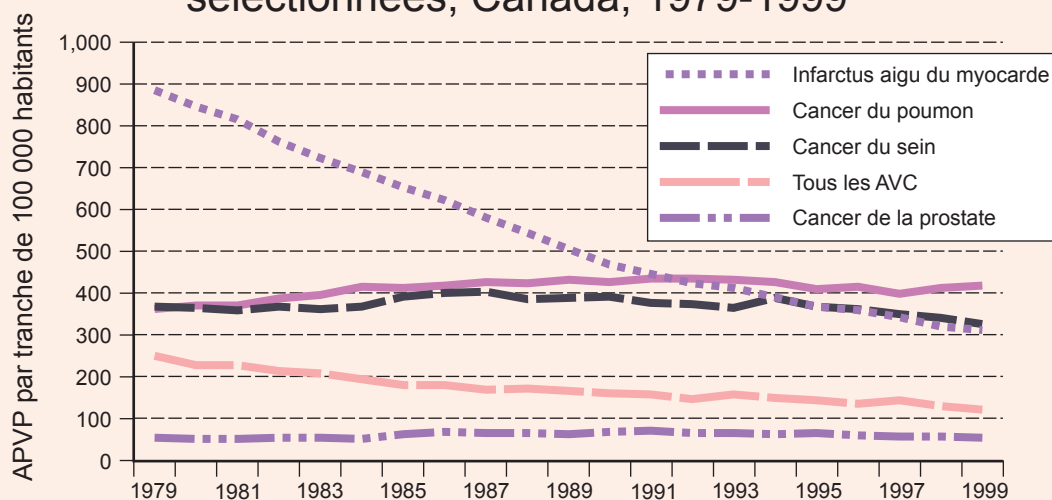


Source : Statistique Canada, base de données sur la mortalité

Les décès normalisés selon l'âge attribuables aux maladies cardiaques ont chuté considérablement au cours des cinquante dernières années. Le taux de mortalité attribuable au cancer a légèrement augmenté, tandis que le taux de mortalité attribuable aux accidents et aux effets néfastes a légèrement chuté. La mortalité attribuable aux maladies respiratoires est demeurée relativement stable.

Nota : Les données ont été normalisées en fonction de la population canadienne de 1991.

## Années potentielles de vie perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999

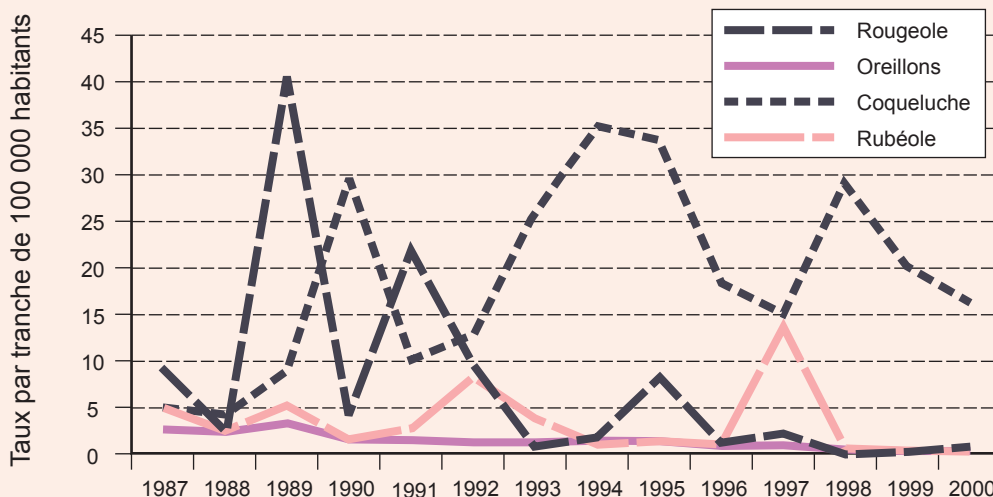


Source : Indicateurs de la santé de Statistique Canada 2002

Les années potentielles de vie perdues (APVP) peuvent témoigner de certains changements sur le plan de l'espérance de vie et de l'état de santé. Le nombre d'APVP attribuables à un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) a diminué de façon constante au cours des deux dernières décennies. Le cancer du poumon est devenu la première cause des années potentielles de vie perdues chez les Canadiens, tandis que le cancer du sein chez les femmes est la deuxième cause. Ces données confirment le caractère essentiel du travail de l'Alliance canadienne pour la surveillance du cancer de Santé Canada en matière de prévention et de traitement du cancer.

Nota : Les années potentielles de vie perdues constituent le nombre d'années « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément », quelle que soit la cause du décès, avant l'âge de 75 ans. Les données sur le cancer du sein concernent seulement les femmes, tandis que les données sur le cancer de la prostate concernent exclusivement les hommes.

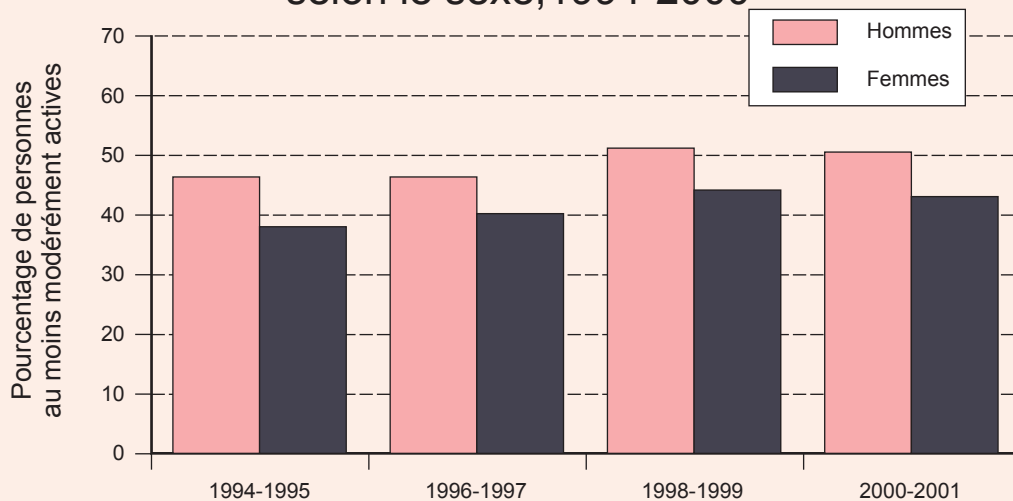
## Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987-2000



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence de la rougeole, de la coqueluche, des oreillons et de la rubéole a diminué depuis 1987 même si on remarque des variations assez marquées selon les années. Par contre, l'incidence de la coqueluche a augmenté au cours de cette période. Santé Canada surveille de près les maladies infectieuses afin de contrôler les progrès accomplis au regard de l'objectif consistant à réduire l'incidence de ces maladies.

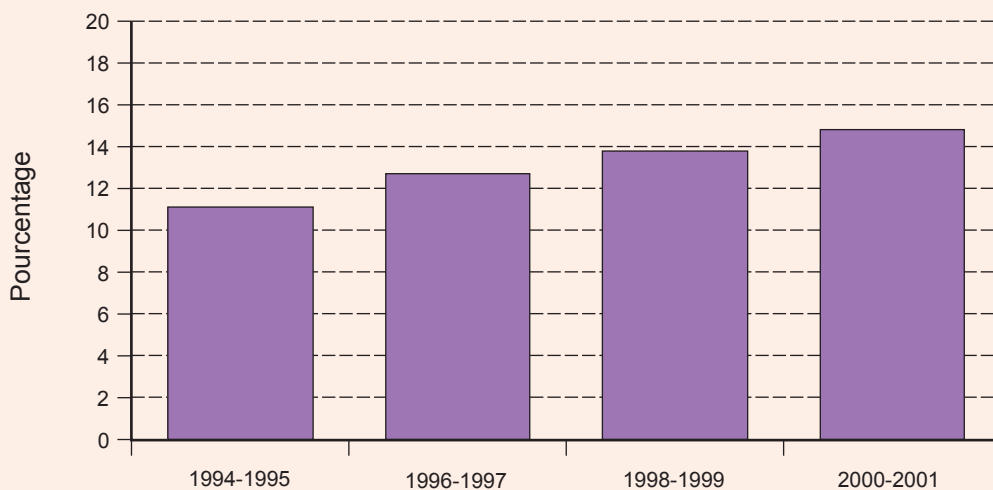
## Activité physique au Canada, selon le sexe, 1994-2000



Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 – 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités, 2000-2001

Le nombre de Canadiens qui sont au moins modérément actifs a augmenté chez les hommes et les femmes de 1994-1995 à 2000-2001. En continuant de mettre l'accent sur la bonne forme physique et la vie active, Santé Canada soutient cette tendance de plus en plus marquée. Le fait de pratiquer régulièrement une activité physique contribue largement à maintenir une bonne santé et à réduire le risque de maladie chronique, d'incapacité et de décès prématuré.

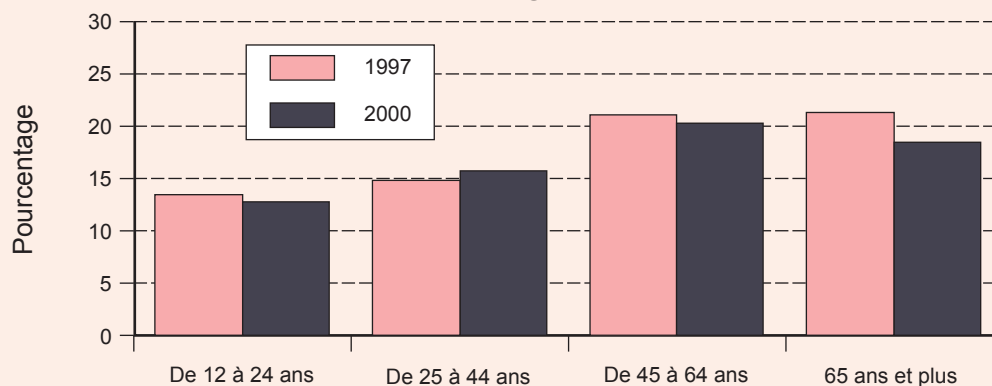
## Prévalence de l'asthme chez les enfants, 1994-1995 – 2000-2001



Source : Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 – 2000-2001

La prévalence de l'asthme chez les enfants canadiens augmente de façon constante depuis 1994-1995. Les enfants asthmatiques sont plus sensibles à l'appauvrissement de la qualité de l'air. Par le truchement du Programme des maladies respiratoires chroniques, Santé Canada œuvre dans les secteurs de la surveillance, de la recherche et de l'élaboration de politiques pour réduire la prévalence de l'asthme.

## Prévalence du bénévolat pour une organisation de santé selon l'âge, 1997 et 2000

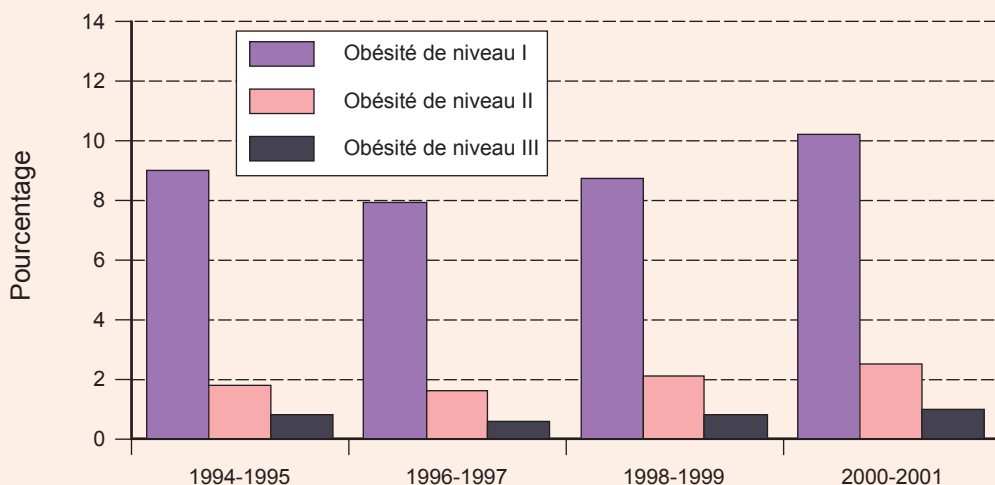


Source : Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, 1997 et 2000

Le nombre officiel de bénévoles qui œuvrent pour une organisation de santé a légèrement diminué entre 1997 et 2000. Les personnes plus âgées ont davantage tendance à faire du bénévolat pour des organisations de santé. Les organismes bénévoles fournissent un large éventail de services de soutien et de prévention, financent et dirigent des recherches sur la santé et offrent des programmes et des services à la population canadienne. On a établi que le bénévolat était lié à une satisfaction accrue à l'égard de la vie et à des taux de mortalité plus faibles surtout chez les adultes d'un certain âge.

## Produits de santé et aliments sûrs

### Prévalence de l'obésité au Canada, 1994-1995 – 2000-2001

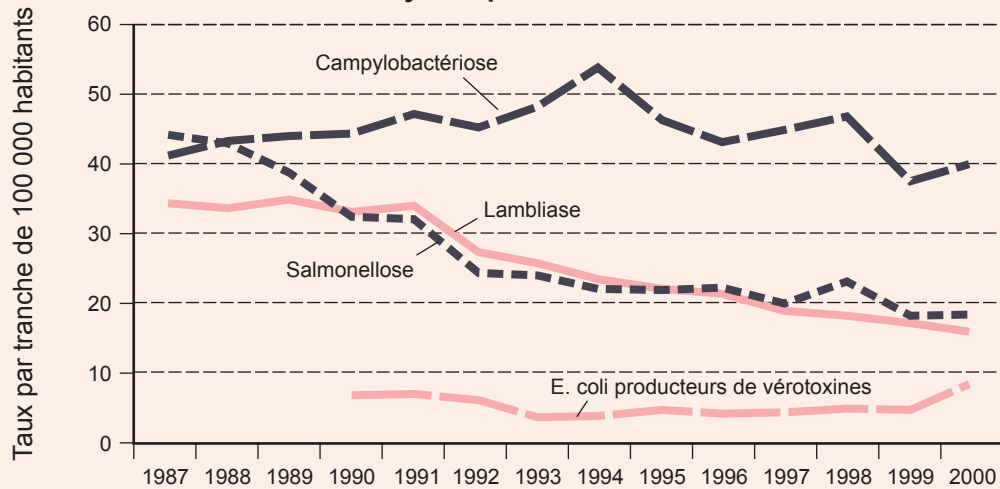


Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers à grande diffusion sur la santé, 1994-1995 – 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier à grande diffusion, 2000-2001

Depuis 1994-1995, la prévalence de tous les niveaux d'obésité augmente. Santé Canada tente de combattre l'obésité au pays en faisant la promotion d'une alimentation saine – par des outils comme le *Guide alimentaire canadien* – et de l'activité physique – notamment par le programme Vitalité.

Nota : Les données qui figurent ci-dessus ont été établies en fonction des nouvelles lignes directrices de Santé Canada sur l'obésité – c'est-à-dire à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), qu'on obtient en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres). L'obésité de niveau I désigne les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) se situe entre 30 et 34,9. L'obésité de niveau II désigne les personnes dont l'IMC se situe entre 35 et 39,9. L'obésité de niveau III désigne les personnes dont l'IMC est de 40 et plus.

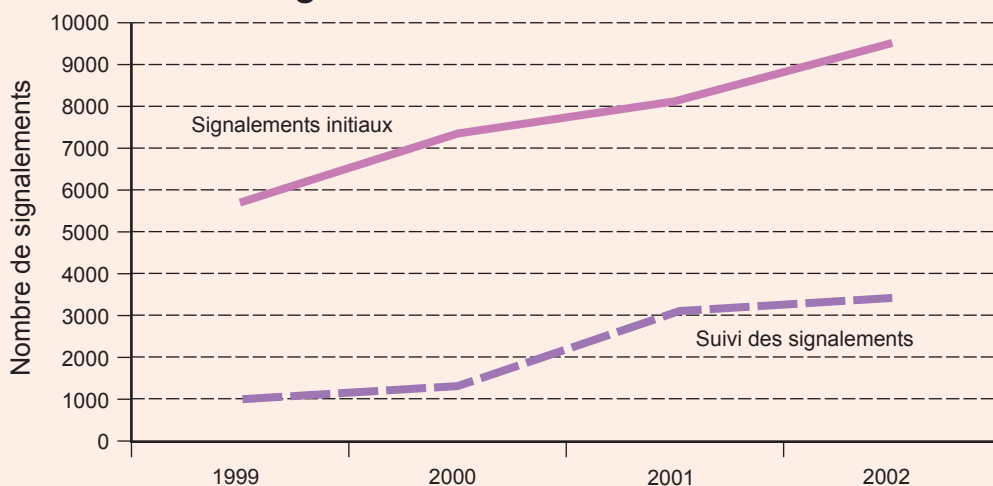
## Incidence des intoxications alimentaires et des maladies hydriques, Canada, 1987-2000



Source : Direction générale de la Santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence signalée de la campylobactériose, de la lambliaose et de la salmonellose, toutes des maladies transmises par des aliments ou par l'eau, a diminué depuis 1987. On remarque une augmentation des cas de *E. coli* au cours de cette période, probablement à cause de la tragédie de Walkerton en Ontario en 2000. Santé Canada a procédé à des évaluations et à des consultations auprès des consommateurs dans le but de mettre en place des pratiques qui permettraient de réduire encore davantage l'incidence des intoxications alimentaires et des maladies hydriques.

## Effets indésirables des médicaments – cas signalés – Canada, 1999-2002

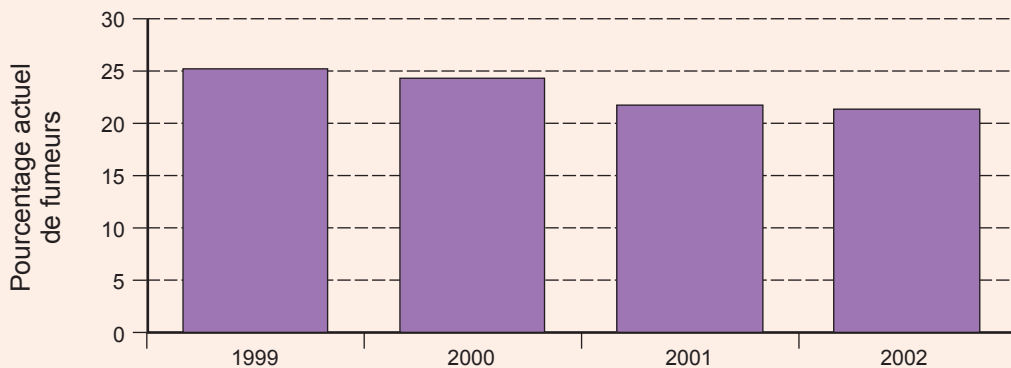


Source : Direction générale des produits de santé et des aliments, 1999-2002

Le nombre de cas signalés d'effets indésirables des médicaments augmente de façon constante au Canada depuis 1999. Cette situation est peut-être attribuable à la sensibilisation accrue des consommateurs et des professionnels de la santé aux effets indésirables. Santé Canada tente d'améliorer les mécanismes de surveillance après vente et d'évaluation qui concernent tous les produits de santé.

## Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne

### Prévalence du tabagisme au Canada, 1999-2002

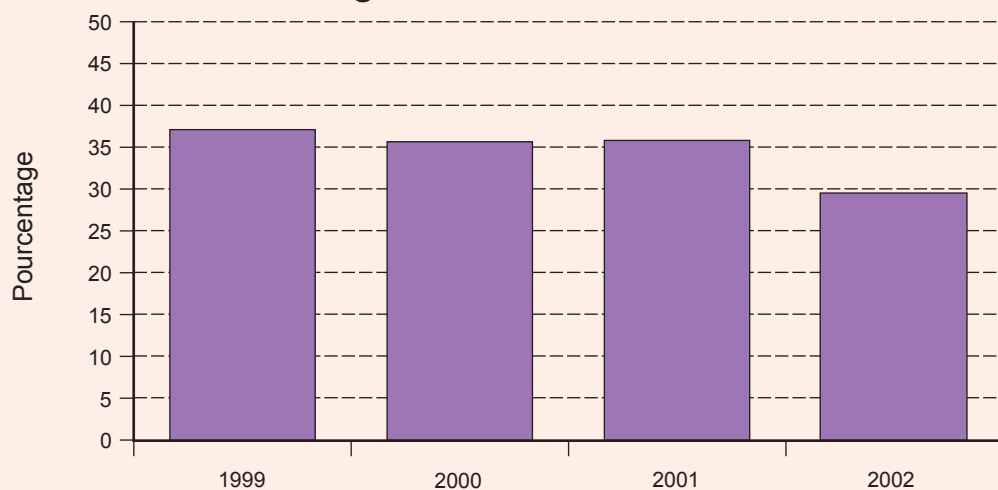


Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999-2002

Le pourcentage de fumeurs au Canada a chuté au cours des quatre dernières années : il est passé de 25 % en 1999 à 21,5 % en 2002. Santé Canada s'est engagé à réduire la prévalence du tabagisme chez les Canadiens au moment du lancement, en 2001, de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme.

Nota : Un « fumeur actuel » est quelqu'un qui se décrit comme un fumeur « quotidien » ou « occasionnel ».

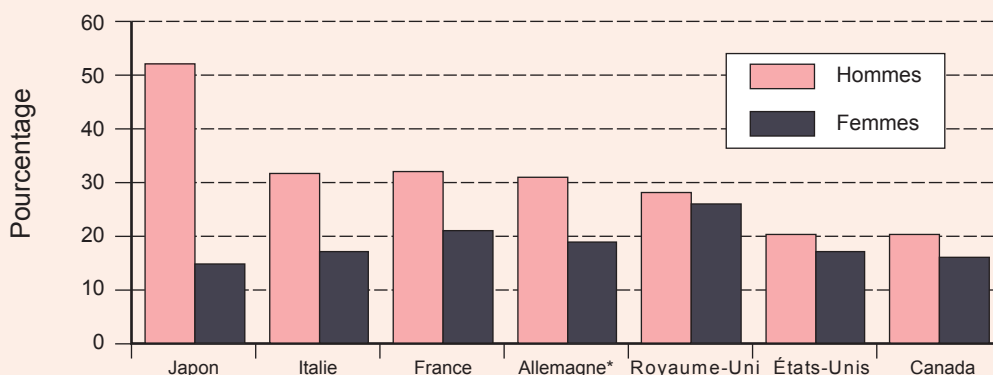
### Prévalence de la fumée secondaire dans les ménages canadiens, 1999-2002



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999-2002

Depuis 1999, le pourcentage de ménages canadiens comptant un fumeur a diminué. En 2002-2003, Santé Canada a lancé une campagne sur la fumée secondaire pour sensibiliser la population aux dangers présentés par la fumée de cigarette ambiante.

## Prévalence de l'usage quotidien de la cigarette chez les personnes de 15 ans et plus, comparaisons internationales 2001

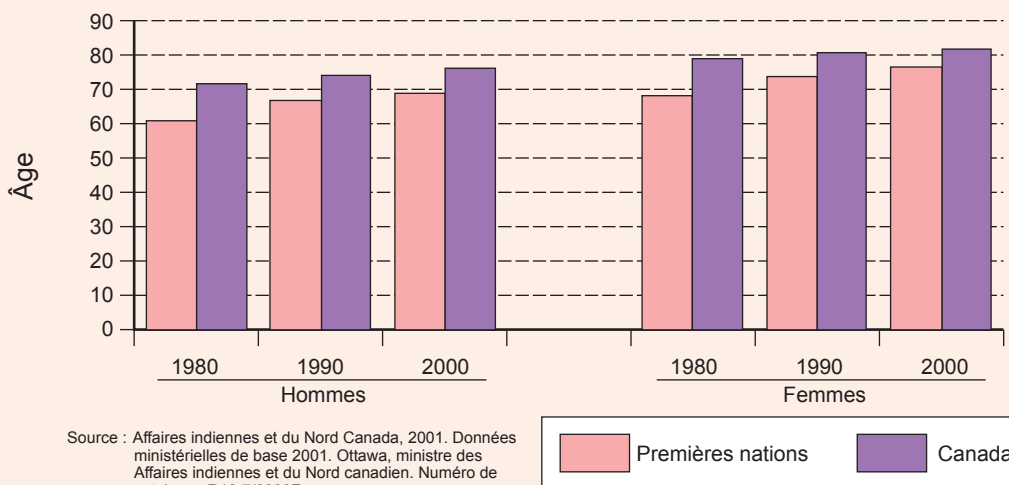


Source : Données sur la santé de l'OCDE 2003 (\*les données concernent l'Allemagne datent de 1999)

Le taux de tabagisme au Canada pour les deux sexes est parmi les plus bas des pays du G7. Le Canada a ratifié en 2003 la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé – le premier traité mondial de santé publique. La ratification de la CCLAT mènera à l'adoption de mesures collectives visant à combattre le commerce illicite, à protéger la population de l'exposition à la fumée du tabac et à favoriser la coopération dans les domaines de la recherche, de la surveillance et de l'échange d'information.

## Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé

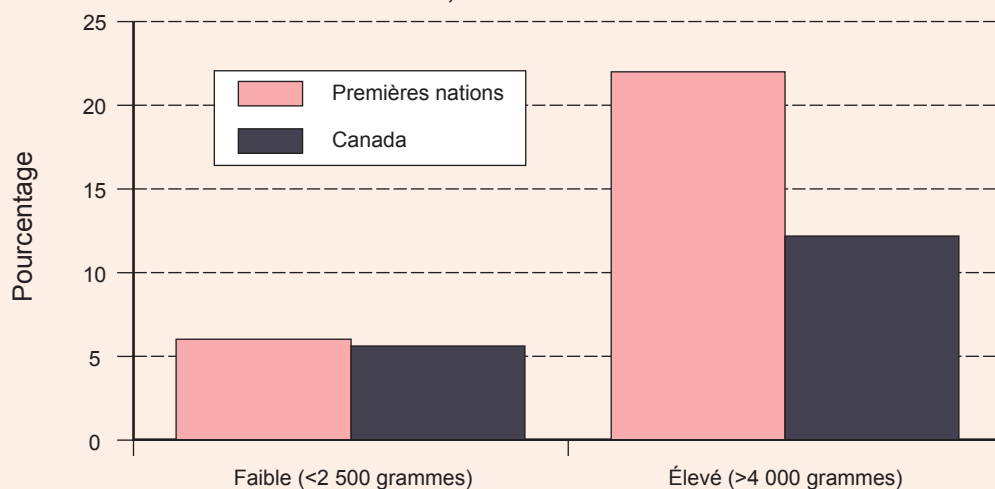
### Espérance de vie à la naissance, Premières nations et Canada, 1980-2000



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001. Données ministérielles de base 2001. Ottawa, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien. Numéro de catalogue R12-7/2000F

L'espérance de vie de la population des Premières nations augmente de façon constante depuis les deux dernières décennies. Ainsi, l'écart entre les populations autochtones et l'ensemble de la population canadienne s'est résorbé de presque la moitié au cours de cette période. Santé Canada continue de s'efforcer de remédier aux iniquités sur le plan de la santé chez les collectivités autochtones et inuites en offrant un accès aux programmes et aux services de santé et en concentrant ses efforts sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

### Poids faibles et poids élevés à la naissance exprimés en pourcentage du taux brut de natalité, Premières nations et Canada

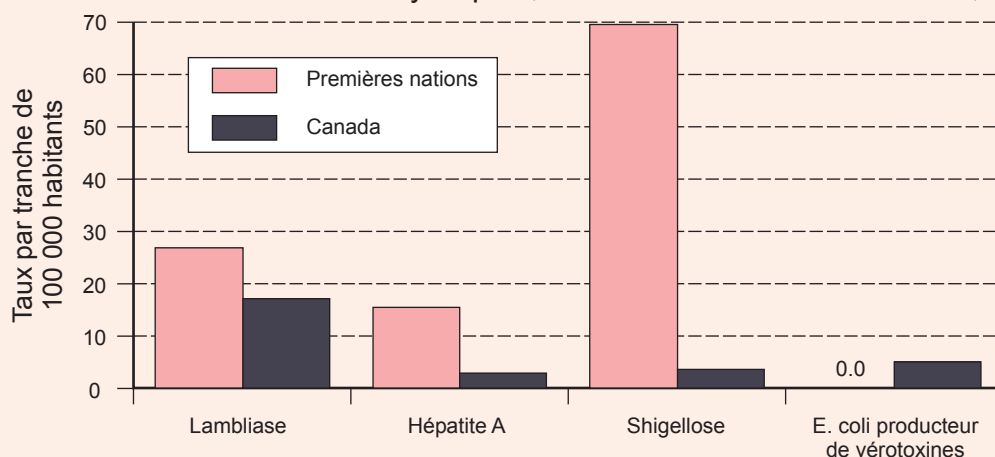


Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000. Ottawa, ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 2000

Le pourcentage de poids élevé est nettement plus élevé chez les Premières nations, tandis que le pourcentage de faible poids à la naissance est relativement le même chez les Premières nations que dans le reste de la population canadienne. La situation est toutefois préoccupante. On tente de remédier aux écarts par la mise en œuvre des plans d'action du Programme canadien de nutrition prénatale dans les collectivités des Premières nations.

Nota : Les données qui concernent les Premières nations datent de 1999 tandis que les données qui concernent l'ensemble du Canada ont été établies pour la période allant de 1992 à 1996.

### Taux d'incidence des maladies entériques, des toxi-infections alimentaires et des maladies hydriques, Premières nations<sup>1</sup> et Canada, 1999



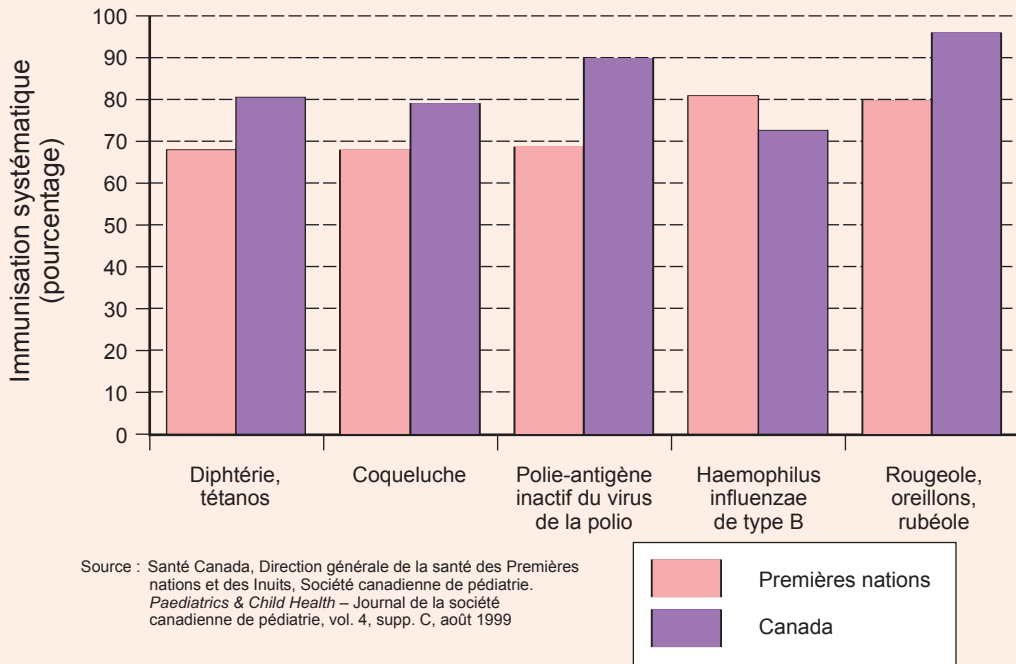
Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, relevé des maladies transmissibles au Canada, vol. 27S6

L'incidence de la lambliaise, de l'hépatite A et de la shigellose – toutes des maladies qui peuvent être contractées en raison de l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminée – est beaucoup plus élevée chez les Premières nations que dans le reste du Canada. Cette situation témoigne des problèmes liés à la quantité et à la qualité de l'eau accessible dans la plupart des collectivités autochtones et inuites isolées, dans la mesure où le manque d'eau contribue à l'appauvrissement de l'hygiène. Cette tendance illustre l'importance de l'élaboration de protocoles nationaux sur l'eau potable et de programmes de salubrité alimentaire dans les collectivités des Premières nations.

<sup>1</sup> Au total, sur 144 collectivités en Ontario, 47 n'ont pas pu fournir de données sur les maladies à déclaration obligatoire, tandis qu'au Québec, sur 41 collectivités, 29 n'ont pas été en mesure de fournir ces données. Les données concernant l'ensemble de la population canadienne proviennent de Santé Canada, 2001.



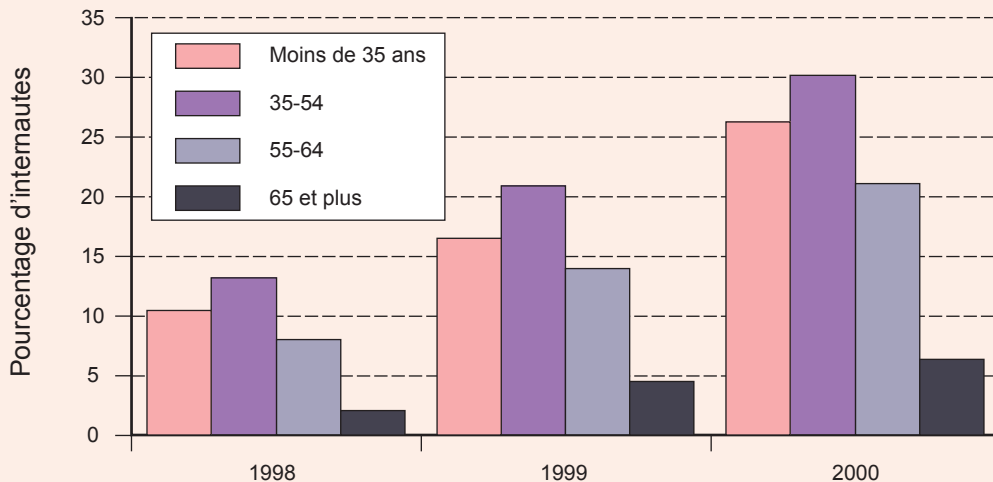
## Comparaison des taux de pourcentage d'immunisation systématique chez les enfants de deux ans des Premières nations, dans les réserves (1999) et dans l'ensemble de la population canadienne (1998)



Même si l'immunisation systématique est légèrement moins fréquente chez les enfants des Premières nations si on compare au reste du Canada, il n'en demeure pas moins qu'une grande majorité des enfants autochtones sont immunisés contre les maladies décrites ci-dessus. Santé Canada tente de réduire l'écart par des programmes d'immunisation dans les collectivités autochtones et inuites.

## Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé

### Utilisation d'Internet à domicile pour obtenir des informations sur la santé, selon l'âge, 1998-2000



Source : Enquête sur l'utilisation d'Internet par les ménages, 1998-2000

La fréquentation d'Internet par les Canadiens pour chercher des informations sur la santé augmente en flèche à mesure que de nouveaux services, comme la télésanté, deviennent accessibles en direct. Santé Canada investit présentement dans le Réseau canadien de la santé pour accroître l'accès à des renseignements à jour sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

### Visites de sites Web pour obtenir des informations sur la santé, 2002-2003

Site Web d'information sur la santé	Nombre de visites
Santé Canada**	20 millions
Sites du Réseau canadien de la santé**	11,6 millions
Institut canadien d'information sur la santé**	10 millions
Portail canadien sur la santé	2,3 millions*
Statistique Canada – Indicateurs de santé	1 million
Statistique Canada – Tableaux sur la santé	0,4 million

Sources : Bureau de la santé et l'inforoute, Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada

Il y a eu beaucoup de circulation sur les sites Web concernant la santé au cours de la dernière année, ce qui indique que la demande est élevée au sein de la population canadienne. Santé Canada respecte son engagement visant à améliorer, de concert avec ses partenaires – dont Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé – la qualité des données et de l'information sur la santé accessibles au Canada.

\* Les données ont été recueillies sur une période de neuf mois, c'est-à-dire de juillet 2002 à mars 2003.

\*\* Les données concernent les visualisations de pages.

# Section VIII :

## Sommaire exécutif : Réaction au dixième rapport du Comité permanent des comptes publics sur le Rapport du vérificateur général, octobre 2000

### **Santé des Premières nations – suivi**

#### **Introduction**

À la suite du Rapport du vérificateur général de 2000, le Comité des comptes publics (CCP) a formulé, en décembre 2001, des recommandations qui exigent que Santé Canada apporte des améliorations à ses activités de gestion et de responsabilisation, et qu'il produise des rapports à ce sujet. Santé Canada reconnaît, comme le précisent le Comité permanent et le vérificateur général (BVG), que les programmes de soins de santé destinés aux membres des Premières nations et aux Inuits doivent être gérés adéquatement et doivent être justifiés.

On a franchi plusieurs étapes clés en 2002-2003 : élaboration de nouveaux cadres redditionnels pour les programmes en vigueur, rédaction d'une politique et d'un manuel portant sur les interventions afin

d'aider les collectivités à gérer des situations exceptionnelles ou problématiques, mise en œuvre et surveillance de contrats types détaillés, mise en application d'un système unique de gestion des contrats et des contributions qui favorisent la reddition de comptes, élaboration d'une stratégie sur les capacités et d'un plan d'action visant à accroître les moyens d'action des Premières nations en fait de renforcement des capacités ainsi que la rédaction d'un plan pluriannuel pour appuyer une meilleure coordination des activités d'évaluation.

#### **Recommandations et mesures de suivi**

##### **Information communiquée au Parlement concernant l'avancement**

La principale recommandation à ce sujet est la suivante : Santé Canada doit informer le Parlement des progrès réalisés concernant la mise en œuvre des recommandations formulées dans le chapitre 13 du Rapport de 1997 et dans le chapitre 15 du Rapport de 2000 du vérificateur général du Canada,

ainsi que dans le cinquième rapport du Comité (36<sup>e</sup> législature, première session). L'information doit concerner en particulier les progrès réalisés concernant la mise en œuvre de chacune des recommandations. Elle doit être fournie chaque année dans les rapports sur le rendement de Santé Canada, à partir du rapport couvrant la période qui prend fin le 31 mars 2002.

### **Principales mesures prises**

Afin de donner suite à cette recommandation ainsi qu'aux recommandations 5, 9, 11, 16, 19, 23 et 24, Santé Canada a établi un lien vers le Rapport sur le rendement ministériel de 2002-2003, lien qui permettra d'accéder aux rapports jusqu'en 2005. On réévaluera les exigences à long terme en matière d'établissement de rapports, de concert avec la vérificatrice générale après la prochaine vérification des programmes de santé des Premières nations et des Inuits.

### **Responsabilisation en ce qui concerne les Programmes de santé communautaire.**

Le Ministère met de plus en plus l'accent sur l'importance d'offrir aux membres des Premières nations et aux Inuits des services et des programmes durables et sur lesquels on peut rendre des comptes. Nous prenons actuellement des mesures afin de mieux gérer, à l'interne comme à l'externe, la prestation du meilleur service possible aux Premières nations et aux collectivités inuites.

### **Principales mesures prises**

Pour donner suite aux recommandations concernant la reddition de comptes, Santé Canada a mis en œuvre plusieurs mesures. On a notamment élaboré et mis en place le

Système de gestion des contrats et contributions (SGCC), dispositif de surveillance axé sur les risques qui sert à contrôler les documents liés à la responsabilisation.

On a rédigé la version préliminaire d'un manuel détaillé sur la production de rapports concernant les programmes. Le document fournit des lignes directrices en matière de finances et de vérification.

- La version préliminaire sera révisée par les membres du personnel régional, et on rédigera le document final en tenant compte des commentaires et suggestions.
- Afin de rationaliser et de simplifier les exigences redditionnelles relatives aux collectivités autochtones et inuites, on a entrepris d'effectuer un examen de ces exigences en ce qui a trait aux ententes de financement. Une fois l'examen terminé, on pourra modifier en conséquence les lignes directrices des programmes en matière de reddition de comptes.
- On a effectué un examen d'assurance de la qualité portant sur les pratiques de reddition de comptes.

Une politique d'intervention a été élaborée pour les situations problèmes qui peuvent survenir dans le cadre d'accords de financement en matière de santé. Un guide facilitant la mise en œuvre de la politique a été approuvé et distribué.

- On prévoit exécuter d'ici l'automne 2003 les volets communications et formation de la politique d'intervention.
- On procédera à un examen de la politique d'intervention en avril 2005.

## **Soutien du renforcement des capacités**

Tout comme le Comité des comptes publics, Santé Canada croit que le renforcement des capacités constitue une priorité. On reconnaît qu'une approche participative permet de mieux renforcer les capacités des collectivités. La politique de transfert (1988) et l'Approche des services intégrés de santé communautaire (1999) permettent à Santé Canada de conclure des accords qui touchent les Premières nations et les Inuits et qui autorisent différents niveaux de prise en charge, que ce soit des accords de contribution intégrés et généraux, ou des accords de contribution concernant le transfert.

### ***Principales mesures prises***

Le Ministère a créé des sites pilotes de démonstration des plans de santé qui amélioreront notre capacité de gérer les services et les programmes de santé, notre capacité de reconnaître les besoins et les ressources en matière de santé communautaire, la coordination de notre gestion, l'intégration des programmes et des services de santé, l'amélioration des processus de répartition des ressources humaines et financières, ainsi que l'amélioration de la production de rapports et l'information concernant la gestion des programmes et des services.

Huit projets pilotes sont en cours. Dans trois des collectivités où on a mis en œuvre ces projets, la première phase de neuf mois est terminée – elle sert à jeter les bases qui permettront d'établir la structure de la gestion et de procéder à l'évaluation des besoins sur le plan de la santé. Ces collectivités sont passées à la deuxième phase, qui doit durer six mois et qui vise essentielle-

ment l'établissement d'objectifs qui nous permettront de répondre aux besoins de la collectivité en matière de santé et de choisir les programmes qui répondront le mieux à ces besoins. Deux autres collectivités seront bientôt prêtes à entreprendre la phase deux.

En outre, on a élaboré un plan d'action stratégique sur les capacités qui décrit les activités en cours pour renforcer les capacités des collectivités autochtones et inuites. Le document décrit les forces et les lacunes sur le plan des capacités en ce qui a trait à la gestion et à l'administration des ententes de financement entre Santé Canada et les collectivités autochtones et inuites. L'évaluation comprend également une analyse des capacités relatives à la reddition de comptes, à la collecte de données, à l'interprétation et à l'analyse en matière de gestion des ententes. On a en outre préparé une version préliminaire de l'examen des capacités, qui fait présentement l'objet d'une analyse.

### **Mesure du rendement, réalisation des résultats et gestion de l'information**

Santé Canada s'engage à gérer ses programmes de façon efficace en prenant des décisions importantes à l'aide de données pertinentes. La collecte de renseignements adéquats sur le rendement constitue donc une priorité pour le Ministère.

### ***Principales mesures prises***

Santé Canada a travaillé de concert avec Statistique Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) pour la réalisation de l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits. Le Ministère a contribué à l'élaboration de l'entente qui régira la diffusion des données

sur la santé des populations qui vivent dans les réserves. À la fin de l'exercice 2002-2003, on avait recueilli 50 % des données voulues sur la santé.

Afin de soutenir un processus décisionnel fondé sur des résultats probants, Santé Canada a produit des évaluations portant sur le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves. Les rapports finaux seront en principe publiés en mars 2004. On a renforcé la fonction d'évaluation en élaborant une politique sur l'évaluation ainsi qu'un plan d'évaluation pluriannuel visant à améliorer les mécanismes de planification et le processus décisionnel qui concernent les programmes. La Stratégie canadienne sur le VIH/sida pour les Autochtones des réserves prendra fin en août 2003.

### **Mesures de prévention et de contrôle des services de santé non assurés (SSNA)**

Le Comité des comptes publics a recommandé que Santé Canada améliore la qualité de la gestion de ses services offerts aux Premières nations et aux Inuits. Des mesures ont été prises pour améliorer la gestion des SSNA.

#### ***Principales mesures prises***

Le CCP a recommandé que Santé Canada mette immédiatement à niveau son système de points de vente pour les pharmacies dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, afin qu'on puisse prendre connaissance, grâce à ce système, des trois derniers médicaments prescrits à un client, des quantités prescrites et des dates auxquelles les ordonnances ont

été exécutées ainsi que des renseignements sur les médecins consultés. De concert avec des partenaires, Santé Canada a optimisé le système des points de vente, c'est-à-dire la Norme de communication électronique pharmaceutique (NCEP), et les fournisseurs ont pu utiliser la plus récente version du système. Le système amélioré de normes simplifie l'administration des demandes, facilite la coordination efficace des services, améliore l'accès aux antécédents médicaux du patient (y compris aux données de l'examen sur l'utilisation des médicaments), et permet des communications interactives avec d'autres professionnels de la santé.

Santé Canada continuera d'analyser régulièrement le pouvoir des pharmaciens de déroger aux avertissements, d'évaluer les fournisseurs et de produire des rapports trimestriels sur le nombre de demandes d'Examen de l'utilisation des médicaments (EUM) présentées, acceptées et rejetées. De 1999 à la fin de 2002-2003, on a procédé à 600 vérifications des fournitures et de l'équipement médical des pharmacies, des services de soins dentaires et du réseau de la santé. Lorsque les données seront prêtes, on produira un rapport sur les dérogations des pharmaciens.

Le CCP/BVG a recommandé que Santé Canada cherche à obtenir l'autorisation de transmettre à des professionnels de la santé des informations sur l'utilisation des produits pharmaceutiques par les clients. En septembre 2002, Le programme des SSNA a lancé l'initiative sur le consentement et a participé à des activités communautaires de communications et de sensibilisation à l'échelle nationale, régionale ou locale. On a préparé une stratégie détaillée de commu-

nications ainsi que des outils qui décrivent l'objectif du consentement, les options dont disposent les personnes qui doivent donner leur consentement, ainsi que la façon dont l'information sera utilisée, recueillie et divulguée. On s'attend à ce que le consentement soit exigé dès l'automne 2003. Si le bénéficiaire ne signe pas le formulaire de consentement, il devra payer pour le service et pourra remplir un formulaire de remboursement et consentir ou non à la prestation d'un service précis en précisant sa réponse sur le formulaire en question. Les activités reliées à l'EUM commenceront en septembre 2003. On produira un rapport sur les activités reliées à l'EUM qui débutera par

l'annexe électronique C du rapport ministériel sur le rendement de 2003-2004.

Le Ministère s'est engagé à mettre en œuvre des mesures qui auront une portée davantage positive sur notre gestion des programmes et services visant les Premières nations et les Inuits. Nous continuerons de produire des rapports sur les mesures prises par le Comité sur les comptes publics et le vérificateur général à la suite des recommandations incluses dans le rapport annuel sur le rendement du Ministère. Les mesures de suivi prises en réaction aux recommandations du CCP sont détaillées à l'annexe électronique C du RMR : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm>.

# Postes à pourvoir au sein des programmes de réglementation et de surveillance

## Introduction

Le Comité des comptes publics (CCP) a présenté, à la suite du rapport de 2000 du vérificateur général, des recommandations selon lesquelles Santé Canada doit pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques connexes, et produire des rapports sur les progrès de ces initiatives.

La recommandation 26.41 stipule que « Santé Canada devrait prendre des mesures pour s'assurer que les postes autorisés sont dotés ». Cette recommandation suppose que du financement est offert pour renforcer l'aspect réglementaire du Programme de la sûreté du sang de Santé Canada et est liée aux recommandations suivantes, formulées par le Comité des comptes publics dans son dix-septième rapport :

## Recommandation 11

Santé Canada doit prendre toutes les mesures nécessaires pour pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques connexes, et faire le point sur l'avancement de ces initiatives dans son

rapport annuel sur le rendement au Parlement qui couvre la période se terminant le 31 mars 2003.

## Recommandation 12

Santé Canada doit fournir, à la fin de chaque année dans son rapport annuel sur le rendement, une section qui précise le nombre de postes techniques et scientifiques vacants au sein des programmes de réglementation et de surveillance, ainsi que le moment depuis lequel le poste est vacant.

### *Mesures et situation actuelle*

Au cours des trois dernières années, on a procédé à de nombreuses modifications organisationnelles dans le but de renforcer la réglementation et la surveillance des produits biologiques au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA).

Ces changements organisationnels ont entraîné la création de directions (la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques (DPBTG), la Direction des produits de santé commercialisés (DPSC) et l'Inspectorat) qui ont, au cours de la dernière année, concentré leurs efforts sur leur réorganisation, leur croissance et la dotation des postes vacants au sein de leurs programmes respectifs de réglementation et de surveillance concernant les produits biologiques connexes.

La DGPSA a entrepris la mise en place de plusieurs mesures qui se sont révélées efficaces pour doter les postes vacants.

L'Initiative des ressources humaines, dirigée conjointement par la DPBTG, la DPSC et l'inspectorat de la DGPSA, a pris



fin durant cette période. Elle avait pour but d'accélérer la dotation à l'interne et le recrutement de personnel hautement qualifié pour pourvoir les nombreux postes en temps opportun, afin d'être en mesure d'exécuter les programmes efficacement.

Les directions mentionnées ci-dessus ont déployé beaucoup d'efforts pour tenir conjointement des concours génériques. Ces grands concours internes et externes ont servi à repérer une trentaine d'évaluateurs biomédicaux et une quarantaine de médecins. Au cours de cette période, 11 évaluateurs biomédicaux et 12 médecins ont été recrutés et nommés. La plupart des candidats restants seront disponibles pour pourvoir d'éventuels postes vacants.

D'autres concours internes et externes ont été lancés pour doter les postes vacants. Ainsi, on a nommé plus de 25 personnes qualifiées à divers postes.

On a procédé à la nomination interne ou externe de certaines personnes sans tenir de concours, dans les cas où on considérait que cette démarche était dans le meilleur intérêt de la fonction publique. Pour doter les postes dans les secteurs où on remarquait une pénurie de personnel, on a recruté une quinzaine de candidats qualifiés dans des salons de l'emploi ou à partir du répertoire de Santé Canada en sciences et technologie ou d'autres sources. De plus, une dizaine d'étudiants qui avaient travaillé pour le Ministère dans le cadre d'un programme de stage ont été recrutés à la fin de leurs études au moyen des mécanismes de transition visant les étudiants.

On a tenu d'autres concours durant cette période pour doter les postes vacants. La période de dotation devrait prendre fin bientôt.

Au cours de l'année financière 2002-2003, on est passé de 180 à 217 postes comblés au sein de la DPBTG. La Direction a lancé de son propre chef plusieurs concours, ce qui lui a permis de doter certains postes vacants. On continue d'accorder une attention particulière à la dotation afin de s'adapter aux phénomènes d'attrition et de mouvance interne et de remédier aux lacunes sur le plan de l'expertise.

Au chapitre de la dotation à court terme, la DPSC continuera d'accorder la priorité au recrutement et à la nomination de médecins et d'autres spécialistes qui œuvrent dans des domaines où on remarque une pénurie. La Direction a tiré le meilleur profit possible des concours conjoints visant à embaucher des médecins et des évaluateurs biomédicaux. Le personnel de la Division des produits biologiques et biotechnologiques de la DPSC est passé d'environ 23 à 25 membres.

À l'échelle des centres nationaux de coordination et des centres opérationnels régionaux, l'Inspectorat de la DGPSA compte 14 postes relatifs aux produits biologiques. Tous ces postes sauf deux sont dotés de façon permanente. On en est à prévoir des concours ou d'autres projets, qui seront lancés bientôt afin de pourvoir les postes vacants de façon permanente.

# Index

## A

- abus d'alcool ou d'autres drogues 15, 67, 69, 129
- Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé - Février 2003 9, 24, 37, 40, 42, 86, 112, 113
- acrylamide 57
- activité physique/forme physique 10, 29, 45, 46, 56, 129, 132, 139, 140
- aidants 40, 42, 46
- aînés/adultes âgés/vieillessement 14, 20, 29, 40, 45, 47, 52, 68, 105, 129, 140
- air, pollution et qualité 62, 139
- alcool 31, 67
  - effets et syndrome de l'alcoolisme foetal 47, 82, 129
- aliment/vivrière 10, 15, 23, 29, 30, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 66, 72, 73, 75, 80, 82, 86, 101, 108, 121, 122, 124, 133, 140, 141, 144, 152
- Autochtone/Premières Nations et Inuits 10, 13, 14, 15, 17, 20, 23, 26, 33, 49, 52, 56, 78, 79, 80, 82, 85, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 99, 107, 109, 110, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 129, 131, 133, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150
  - Initiative sur le diabète chez les Autochtones 82, 86, 110
  - Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 82, 150
  - Programme de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes 83
  - Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 83
  - Programmes de soins de santé/projets de démonstration/sites 88, 148, 149
  - Réseau canadien autochtone du sida 80
  - Services de santé non assurés 83, 89, 107, 120, 150
  - Soins à domicile et en milieu communautaire 81, 110
  - Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 86, 111
  - Télésanté - Premières nations et les Inuits 85, 110

## B

- biotechnologie 31, 54, 62, 63, 65, 153

## C

- changements climatiques 31, 63, 64, 107
- Comité d'éthique pour la recherche 102
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada/Commission Romanow 17, 38

## D

- dossiers électroniques de santé 51, 86, 92, 113

## **E**

eau 29, 48, 62, 64, 66, 73, 80, 86, 101, 133, 141, 144  
enfants/jeunes 14, 20, 25, 29, 45, 46, 49, 52, 53, 66, 69, 73, 81, 83, 129, 131, 139, 145  
développement des jeunes enfants 18, 47, 53, 82, 118  
Programme d'action communautaire pour les enfants 47  
entente des premiers ministres sur la santé - Septembre 2000 17, 28, 34, 38, 42, 87, 95, 109, 112, 113  
environnement de travail/santé au travail/travailleurs 15, 21, 26, 31, 40, 61, 62, 63, 65, 66, 104

## **F**

femme 28, 38, 41, 80, 82, 99, 129, 134, 135  
enceinte 47, 82, 129  
Programme de contributions pour la santé des femmes 41  
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 102

## **G**

génétique 16, 30, 55, 152  
génomique - recherche et développement 43, 54, 61

## **H**

hôpitaux/hospitalisation 28, 37, 80, 81, 85, 89, 122

## **I**

immunisation/vaccins 29, 43, 48, 49, 51, 80, 132, 133, 138, 145  
infirmières/soins infirmiers 39, 42, 81, 85, 94  
Inforoute Santé du Canada Inc. 91, 113  
Infostructure canadienne de la santé 34, 43, 78, 90, 91, 92, 120, 123  
Institut canadien d'information sur la santé 93, 112, 120, 123, 146  
Instituts de recherche en santé du Canada 26, 48  
invalidité 33, 44, 46, 79, 81, 99, 139  
irradiation 59

## **L**

### Lois

*Loi canadienne sur la protection de l'environnement* 62, 64, 65, 117  
*Loi canadienne sur la santé* 13, 14, 17, 20, 28, 37  
*Loi réglementant certaines drogues et autres substances* 13  
*Loi sur la protection des renseignements personnels* 86  
*Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* 86  
*Loi sur la réglementation de l'usage du tabac* 69

*Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses* 26

*Loi sur le ministère de la Santé* 13

*Loi sur les aliments et drogues* 13, 65, 72

*Loi sur les brevets* 26

*Loi sur les produits antiparasitaires* 10, 13, 18, 32, 71, 73, 75, 112

## **M**

maladie(s) 10, 15, 31, 33, 43, 44, 45, 46, 50, 52, 66, 68, 78, 79, 80, 99, 121, 137, 143, 144, 146

cancer 45, 46, 52, 63, 64, 136, 137, 138

cardiaque/cardiovasculaire 45, 137, 138

chronique 18, 29, 45, 46, 56, 60, 82, 132, 137, 139

circulatoire 136

diabète 20, 45, 46, 51, 82, 137

gastro-entérite 66

grippe 50

hépatite C 29, 48, 49, 118, 123

infectieuse/transmissible 26, 51, 138

méningite 57

respiratoire/asthme 29, 45, 48, 132, 136, 137, 139

rhumatismale/rhumatisme 59, 137

tuberculose 80

variole 43, 49, 117, 118

VIH/sida 20, 29, 42, 48, 80, 150

médecins/docteurs 28, 37, 39, 85, 92, 94, 129, 150

médicaments 15, 20, 26, 30, 31, 39, 49, 54, 55, 57, 59, 83, 107, 117, 122, 125, 133, 141, 150

anti-inflammatoire non stéroïdien 59

examen commun des médicaments 39, 117

médicaments et produits à usage vétérinaire 30, 54, 55, 57, 58, 122

## **N**

nucléaire 50, 62, 63

nutrition 45, 52, 54, 56, 60, 82, 85

Programme canadien de nutrition prénatale 47, 82, 144, 150

## **O**

obèse/obésité 46, 56, 133, 140

## **P**

pelouse 72, 74, 77

pharmaciens/pharmacies 39, 79, 85, 89, 107, 150  
poids 45, 47, 56, 60, 129, 133, 140, 144  
Portail canadien sur la santé 92, 93, 109, 146  
produits antiparasitaires/pesticides 15, 20, 32, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 108, 111, 121  
    Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 23, 32, 71, 72, 75, 76, 108, 111,  
    122, 124  
produits biologiques 15, 20, 30, 50, 54, 55, 63, 152, 153  
produits de santé naturels 15, 20, 30, 54, 55  
protection des renseignements personnels 34, 84, 86, 91

## **R**

radiation/radioactivité/radiologique 31, 50, 62, 63, 65, 122  
régions rurales/éloignées/isolées 29, 40, 41, 45, 79, 82, 89, 92, 94, 110, 144  
Réseau canadien de la santé 52, 108, 146  
résistance aux antimicrobiens 52, 59

## **S**

sang 9, 29, 48, 58, 125, 152  
santé mentale 29, 41, 45, 53, 82, 83, 129  
sécurité 18, 43, 50, 54, 61, 70, 95, 105  
services d'urgence/mesures/interventions/urgences 18, 29, 30, 44, 49, 52, 55, 63, 100,  
109  
soins dentaires 79, 81, 83, 89, 150  
soins palliatifs 28, 38, 40  
soins primaires 9, 15, 33, 36, 38, 39, 79, 80, 81, 85  
    Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 36, 39, 100, 118, 120, 123  
substances chimiques 15, 21, 31, 50, 62, 63, 64, 65, 71, 74, 117  
syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) 9, 18, 48, 51, 57, 95

## **T**

tabac/tabagisme 10, 15, 18, 20, 25, 31, 62, 67, 68, 69, 83, 133, 142, 143  
télésanté 92, 113, 146  
toxicomanie(s) 15, 67, 82, 111

## **V**

Virus du Nil occidental 9, 18, 48, 52, 58, 72, 74, 86, 129