



# Santé Canada

## Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant  
le 31 mars 2002

Canada

## Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement.

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

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

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

Le Budget des dépenses, de même que le budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2002

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

Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC

Ottawa, Canada K1A 0S9

No de catalogue BT31-4/42-2002

ISBN 0-660-62114-2



## Avant-propos

Au printemps 2000, la présidente du Conseil du Trésor a déposé au Parlement le document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Ce document expose clairement les mesures qu'entend prendre le gouvernement pour améliorer et moderniser les pratiques de gestion des ministères et organismes fédéraux.

En ce début de millénaire, l'approche utilisée par le gouvernement pour offrir ses programmes et services aux Canadiens et aux Canadiennes se fonde sur quatre engagements clés en matière de gestion. Tout d'abord, les ministères et les organismes doivent reconnaître que leur raison d'être est de servir la population canadienne et que tous leurs programmes, services et activités doivent donc être « axés sur les citoyens ». Deuxièmement, le gouvernement du Canada s'engage à gérer ses activités conformément aux valeurs les plus élevées de la fonction publique. Troisièmement, dépenser de façon judicieuse, c'est dépenser avec sagesse dans les secteurs qui importent le plus aux Canadiens et aux Canadiennes. En dernier lieu, le gouvernement du Canada entend mettre l'accent sur les résultats, c'est-à-dire sur les impacts et les effets des programmes.

Les rapports ministériels sur le rendement jouent un rôle de premier plan dans le cycle de planification, de suivi, d'évaluation ainsi que de communication des résultats, par l'entremise des ministres, au Parlement et aux citoyens. Les ministères et les organismes sont invités à rédiger leurs rapports en appliquant certains principes. Selon ces derniers, un rapport ne peut être efficace que s'il présente un tableau du rendement qui soit non seulement cohérent et équilibré mais bref et pertinent. Un tel rapport doit insister sur les résultats - soit les avantages dévolus aux Canadiens et aux Canadiennes et à la société canadienne - et il doit refléter ce que l'organisation a pu contribuer à ces résultats. Il doit mettre le rendement du ministère en contexte ainsi que décrire les risques et les défis auxquels le ministère a été exposé en répondant aux attentes sur le rendement. Le rapport doit aussi rattacher le rendement aux engagements antérieurs, tout en soulignant les réalisations obtenues en partenariat avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales. Et comme il est nécessaire de dépenser judicieusement, il doit exposer les liens qui existent entre les ressources et les résultats. Enfin, un tel rapport ne peut être crédible que si le rendement décrit est corroboré par la méthodologie utilisée et par des données pertinentes.

Par l'intermédiaire des rapports sur le rendement, les ministères et organismes visent à répondre au besoin croissant d'information des parlementaires et des Canadiens et des Canadiennes. Par leurs observations et leurs suggestions, les parlementaires et les autres lecteurs peuvent contribuer grandement à améliorer la qualité de ces rapports. Nous invitons donc tous les lecteurs à évaluer le rendement d'une institution gouvernementale en se fondant sur les principes précités et à lui fournir des commentaires en vue du prochain cycle de planification.

---

Le présent rapport peut être consulté par voie électronique sur le Site web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dprf.asp>

Les observations ou les questions peuvent être adressées à l'organisme suivant :

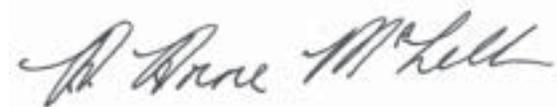
Direction de la gestion axée sur les résultats  
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada  
L'Esplanade Laurier  
Ottawa (Ontario) K1A 0R5

OU à l'adresse Web suivante : [rma-mrr@tbs-sct.gc.ca](mailto:rma-mrr@tbs-sct.gc.ca)

# Santé Canada

## Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période se terminant  
le 31 mars 2002



A. Anne McLellan  
Ministre de la Santé



## COMMENTAIRES DU LECTEUR

### Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada pour 2001-2002

Nous aimerions savoir ce que pensent les Canadiens qui liront ce rapport. Vos commentaires nous aideront à produire des renseignements pertinents et faciles à comprendre. Veuillez envoyer le questionnaire rempli ou vos commentaires à l'adresse postale ou électronique ou au numéro de télécopieur ci-dessous.

- 1) Avez-vous trouvé les renseignements que vous cherchiez?  oui  non  
Dans la négative, quels renseignements cherchiez-vous?

- 2) a) Quelles parties du document avez-vous trouvées les plus utiles?

- b) les moins utiles?

- 3) Recommanderiez-vous ce rapport à d'autres?  oui  non  
Dans la négative, pourquoi?

- 4) Avez-vous d'autres commentaires à formuler au sujet du rapport?

Envoyez le questionnaire rempli ou vos commentaires

**par la poste à :**

Division de la planification, de l'analyse et des rapports

Direction générale des services de gestion

0905D, immeuble Brooke-Claxton

Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

**par télécopieur à :**

(613) 952-7328

**par courrier électronique à :**

marilyn\_sullivan@hc-sc.gc.ca

lucie\_chartrand@hc-sc.gc.ca

**Merci de votre collaboration**

# Table de matières

<b>Section I : Message de la ministre</b> .....	11
<b>Section II : Vue d'ensemble du Ministère</b> .....	15
À propos de Santé Canada .....	17
Notre vision .....	17
Énoncé de mission .....	17
Objectifs .....	17
Rôles .....	18
En concertation .....	19
Souplesse dans un contexte en évolution .....	20
Organisation de Santé Canada, 2001-2002 .....	21
Résultats stratégiques à Santé Canada :	
Responsabilisation et dépenses réelles, 2001-2002 .....	22
<b>Section III : Rendement du Ministère en fonction des résultats stratégiques</b> .....	23
Tableau des résultats stratégiques .....	24
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité .....	28
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies .....	33
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens .....	42
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens .....	50
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens ..	57
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens .....	64
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes .....	77
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada .....	85

<b>Section IV : Rapport sur les thèmes du gouvernement et les enjeux en matière de gestion</b> .....	93
Modernisation de la fonction de contrôleur .....	93
Développement durable .....	97
Initiative d'amélioration des services .....	100
Gouvernement en direct .....	101
Rapport sur le rendement du système de santé .....	102
Diversification des modes de prestation des services - Fondements ...	103
<b>Section V : Rendement financier</b> .....	105
Aperçu du rendement financier .....	105
Tableaux financiers récapitulatifs .....	106
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2001-2002 .....	106
Tableau financier 2 : Comparaisons entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles .....	107
Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles .....	108
Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activité .....	109
Tableau financier 5 : Recettes disponibles .....	110
Tableau financier 6 : Paiements législatifs .....	111
Tableau financier 7 : Paiements de transfert .....	112
Tableau financier 8 : Besoin en ressources par organisation et secteurs d'activité .....	113
Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteurs d'activité et secteur de service .....	114
Tableau financier 10 : Pertes potentielles .....	119
<b>Section VI : Autres renseignements</b> .....	121
Personnes-ressources au Ministère .....	122
Références .....	123
Index .....	124

---

## Appendices

- Appendice A : Mesurer la santé au Canada - résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens . . . . . 129
- Appendice B : Sommaire : Réaction à l'intention du Comité permanent des comptes publics – Santé des Premières nations : Suivi . 147
- Appendice C : Sommaire : Réaction au Comité des comptes publics - Ressources humaines . . . . . 153

**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, Lois et règlements.
- Annexe B : Détails sur les paiements de transfert : dépenses réelles pour 2001-2002.
- Annexe C : Stratégie de développement durable 2000 de Santé Canada : *Pour une santé durable.*
- Annexe D : Réaction au Comité des comptes publics - La santé des Premières Nations : Suivi.

## Section I :

# Message de la ministre



Je suis heureuse de vous présenter le Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada pour 2001-2002.

Santé Canada fait la promotion de la santé des

Canadiens et la protège de nombreuses façons. Le Ministère dirige l'établissement, la surveillance et l'application de critères nationaux relatifs à la prestation des soins de santé, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Santé Canada aide à prévenir et à réduire les risques pour la santé et l'environnement en garantissant le caractère sécuritaire des produits de santé, des aliments, des lieux de travail et de nombreux produits de consommation et en protégeant les Canadiens contre les risques connus et futurs pour la santé. Santé Canada apporte en outre une contribution précieuse à la santé dans le monde, et s'est engagé à appuyer la recherche sur la santé et la production d'information sur la santé.

En fournissant des informations et en faisant la promotion de modes de vie sains, Santé Canada aide les Canadiens à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et de celle de leur famille. En travaillant en partenariat sur des questions comme les modes de vie sains et la réduction du tabagisme, en aidant les Canadiens à cerner les facteurs de risque pour la santé et en nous attachant aux priorités en matière de santé comme le diabète, le syndrome d'alcoolisme foetal et le VIH/sida, nous aidons les Canadiens à mener une vie plus saine.

Améliorer la santé des Premières nations et des Inuits et réduire les inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens font partie des priorités de Santé Canada. Comme l'exigent les engagements généraux du gouvernement, nous travaillons à ces priorités dans le cadre de relations renouvelées avec les Premières nations et les Inuits. Santé Canada a élaboré et mis en oeuvre, avec les Premières nations et les Inuits, des stratégies et des activités à long terme pour encourager la responsabilisation des collectivités en ce qui concerne la

---

conception, l'exécution et la gestion des programmes et des services de santé. Ce travail s'appuie sur l'amélioration de la santé des membres des Premières nations et des Inuits.

En plus de ces responsabilités permanentes, le Ministère a réalisé d'importants progrès dans des domaines clés en 2001-2002.

Avec la collaboration des provinces et des territoires, nous avons fait des progrès importants dans la mise en oeuvre des engagements pris lors de la réunion des premiers ministres de septembre 2000 et des engagements relatifs à l'Entente cadre sur l'Union sociale, qui vise l'amélioration des mécanismes de présentation de rapports et de mesures du rendement. En conséquence, pour la première fois dans l'histoire du pays, toutes les administrations commenceront en septembre 2002 à présenter des rapports sur les indicateurs des résultats pour la santé, l'état de santé et la qualité des services. Ces rapports fourniront aux Canadiens des informations uniformes et comparables, utiles entre autres aux décideurs en matière de programmes et de politiques sur la santé.

De concert avec nos collègues des provinces et des territoires, nous avons élaboré un mécanisme de prévention et de résolution des différends qui nous aidera à éviter de tomber en désaccord au sujet de l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* et à régler les problèmes qui pourraient survenir. Le processus est fondé sur la collaboration, la négociation et la consultation de comités tripartites, au besoin, et il assure le respect et la conservation de l'autorité fédérale d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au nom du gouvernement du Canada, j'ai déposé la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* proposée au Parlement. Cette nouvelle loi cherche à protéger la santé des Canadiens, en particulier des enfants, et l'environnement contre les risques que représentent les pesticides, et à garantir un approvisionnement alimentaire sûr et abondant. Elle définit un processus plus rigoureux et plus moderne en matière de réglementation des pesticides et rend le système d'homologation plus transparent.

J'ai aussi déposé au Parlement une législation complète visant la protection de la santé, de la sécurité et des renseignements personnels de ceux qui recourent aux méthodes de procréation assistée (PA) et de leurs enfants. La législation aborde certains enjeux très complexes et importants. Les Canadiens réclament sans équivoque des procédures de PA sûres et disent vouloir tirer profit des importantes découvertes médicales, mais pas à n'importe quel prix. La Loi proposée précise ce que notre société juge acceptable.

En travaillant au renouvellement de notre système de santé et en garantissant aux Canadiens un accès à des soins de santé de grande qualité, le gouvernement du Canada attend avec impatience le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, que préside l'ancien premier ministre de la Saskatchewan, Roy Romanow.

Il arrive, de temps à autre, que des événements attirent l'attention sur l'importance fondamentale des services et des programmes que nous assurons. La tragédie du 11 septembre 2001 est l'un de ces événements. Les employés

---

de Santé Canada de tout le Canada ont relevé le défi, en particulier en fournissant aux autorités locales du matériel et du soutien pour répondre aux besoins de plus de 10 000 passagers cloués au sol dans les provinces de l'Atlantique. L'expérience que nous avons vécue pendant ces temps incertains et difficiles nous a permis de renforcer et d'améliorer notre capacité de réagir aux situations d'urgence de toutes sortes qui pourraient survenir.

C'est par ces moyens, entre autres, que le Rapport ministériel sur le rendement confirme les engagements

de Santé Canada envers le maintien et l'amélioration de la santé des Canadiens. Il prouve que nous sommes déterminés à cerner les nouveaux besoins, à y réagir de façon adéquate et à créer des partenariats qui nous aident à le faire.



A. Anne McLellan  
Ministre de la Santé

---

## **Section II :**

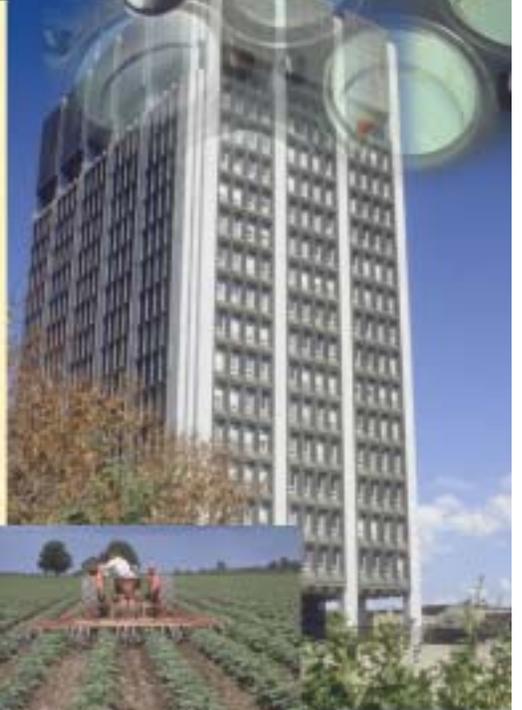
# **Vue d'ensemble du Ministère**



 Santé Canada Health Canada

## Notre mission

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



---

## À propos de Santé Canada

Jouir d'une bonne santé est un objectif fondamental de tous les Canadiens. Si tous les citoyens ont la meilleure santé possible, le Canada aura tout à gagner, tant sur le plan économique que social. Pour réaliser cet objectif, le gouvernement du Canada a confié à Santé Canada et à la ministre un mandat global. Œuvrant de concert avec ses partenaires, Santé Canada assure aux Canadiens un leadership dans les secteurs suivants :

- accès des Canadiens à des services de santé de qualité;
- amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies;
- produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens;
- des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens;
- lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens;
- offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens;
- meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Le mandat officiel du Ministère est énoncé dans la *Loi sur le ministère de la Santé*, alors que la ministre de la Santé

est responsable de l'administration directe de 18 autres lois. Par le truchement de l'élaboration de politiques et de la prestation de programmes et de services bien précis, Santé Canada touche la vie de l'ensemble de la population canadienne.

### Notre vision

Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire de la population du pays la population la 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.

### Objectifs

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

- de prévenir et de réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement, dans son 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 plus 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 et 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 et 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 à 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 chez 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 et 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 ses objectifs, 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/Partenaire** – Santé Canada assure le leadership national en matière de 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 (TCSPS). D'autres améliorations et modernisations sont apportées par le truchement d'autres programmes. Santé Canada transfère des fonds à des organisations des Premières nations et des Inuits pour les aider à offrir des services de santé communau-

---

taire. De plus, des subventions et des contributions versées à diverses organisations permettent de renforcer les objectifs en matière de santé du Ministère.

**Gardien/Responsable de la réglementation** – Le Ministère protège la santé de la population canadienne en gérant les risques reliés 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 suivants : services de prévention, de promotion, de soins de santé primaires et de lutte contre les toxicomanies. 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 nouveaux règlements, politiques, services, services d'information et services de gestion qui constituent des éléments essentiels du 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 de la recherche dans l'ensemble du Canada afin d'élargir la base de connaissances scientifiques et techniques. À titre de fournisseur national clé 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 oeuvre de concert avec la population canadienne par le truchement de la consultation et de 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**

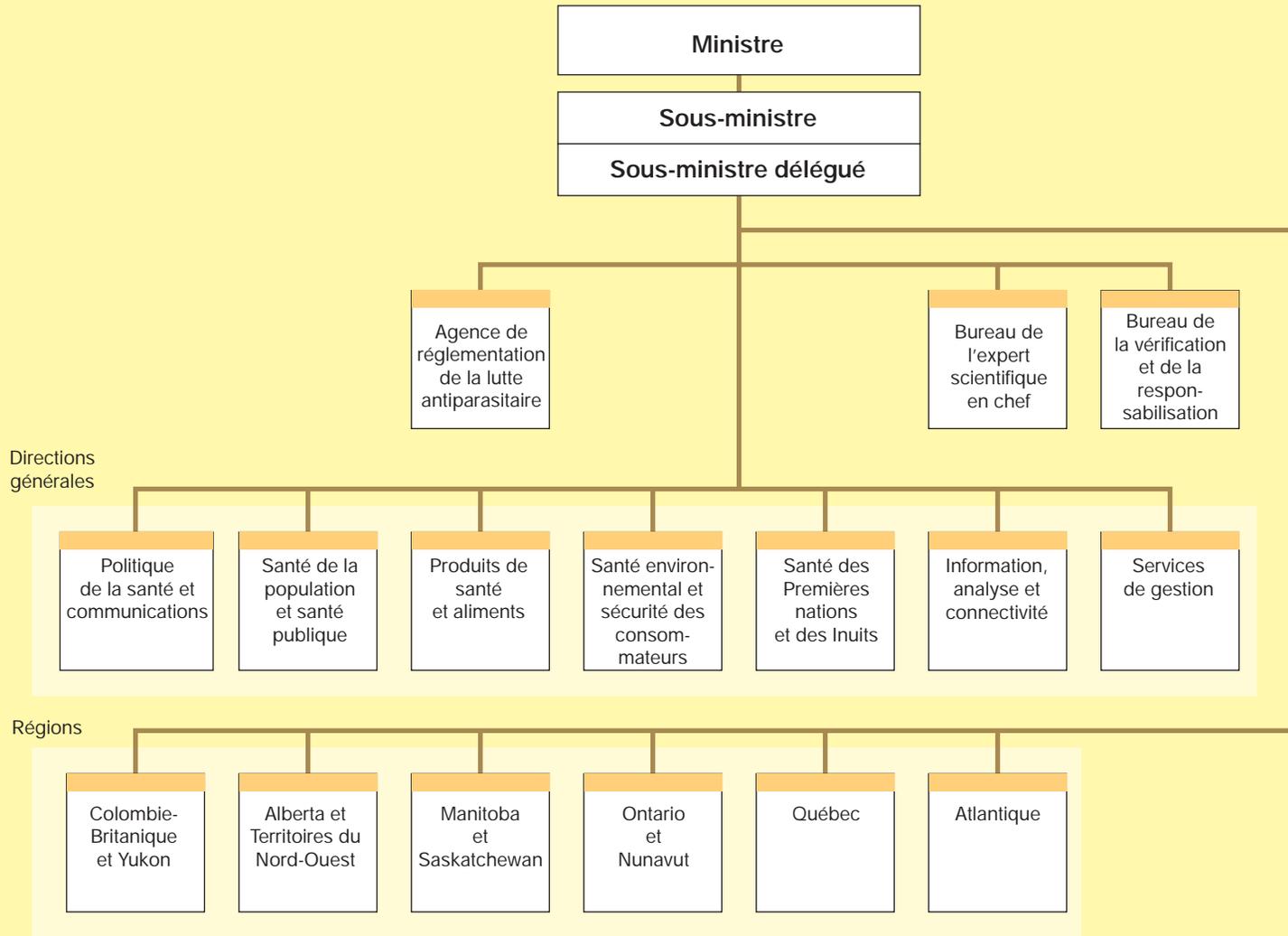
Santé Canada est très sensibilisé aux forces qui donnent la forme à la santé publique, dans un environnement où les déterminants suivants sont en constante évolution :

- la sensibilisation accrue du public à l'égard des questions de santé, de même que les exigences connexes d'un accès plus rapide aux services et à l'information;
- l'évolution des tendances démographiques qui exercent 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.

# Organisation de Santé Canada, 2001-2002



## Résultats stratégiques à Santé Canada : Responsabilisation et dépenses réelles, 2001-2002

Résultats stratégiques	Responsabilisation  (sous le sous-ministre et le sous-ministre délégué)	2001-2002 Dépenses réelles  en millions de dollars Équivalents temps plein (ETP)
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité	Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique de la santé et des communications	107,1 \$ ETP : 375
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	SMA, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	395,3 \$ ETP : 1 071
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens	SMA, Direction générale des produits de santé et des aliments	128,2 \$ ETP : 1 472
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	194,5 \$ ETP : 1 076
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens	Directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	25,0 \$ ETP : 332
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens	SMA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	1 339,1 \$ ETP : 1 555
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes	SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité	281,3 \$ ETP : 690
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada	SMA, Direction générale des services de gestion Directeurs généraux régionaux Directeur général exécutif, Bureau de la vérification et de la responsabilisation Expert scientifique en chef Bureaux exécutifs	208,6 \$ ETP : 1 392
<b>Total</b>		<b>2 679,1 \$</b> <b>ETP : 7 963</b>

## **Section III :**

# **Rendement du Ministère en fonction des résultats stratégiques**

La présente section du rapport trace les grandes lignes des différentes étapes des réalisations du Ministère en ce qui concerne les résultats stratégiques. Puisqu'il faut prévoir de nombreuses années pour la réalisation de certains résultats, nous avons, dans la mesure du possible, cerné les activités et les extrants et tenté d'établir un lien entre ceux-ci et les résultats finaux.

Les résultats stratégiques reposent sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service et sont axés sur la Structure approuvée de planification, d'établissement de rapports et de responsabilisation. La concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités et les secteurs de service figure dans la Section V - Tableau 4 des tableaux financiers.

Cette année, nous avons incorporé l'Appendice A : Mesurer la santé au Canada - résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens, d'autres résultats reliés à l'état de santé des Canadiens (voir page 129). L'appendice renferme des renseignements sur l'état de santé et les déterminants de la santé des Canadiens et trace les grandes lignes des résultats pour la santé, dans la mesure où ils sont reliés à Santé Canada.

Pour plus d'informations sur le Ministère et ses activités, veuillez consulter le site Web à <http://www.hc-sc.gc.ca>.

---

# Tableau des résultats stratégiques

Le présent Tableau des résultats stratégiques reflète les efforts soutenus déployés pour articuler les attentes relatives au rendement et les techniques de mesure de Santé Canada.

---

Résultats stratégiques*	Attentes relatives au rendement**
<b>Accès des Canadiens à des services de santé de qualité</b>	<p>Services hospitaliers et médicaux financés par l'État et conformes aux principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (LCS).</p> <p>Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien.</p> <p>Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales.</p> <p>Initiatives internationales qui appuient les priorités du Ministère.</p>
<b>Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies</b>	<p>Population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir et améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé.</p> <p>Accent mis sur les initiatives de collaboration qui aident la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé.</p> <p>Initiatives et pratiques de prévention ayant entraîné la réduction des maladies, des invalidités, des blessures ou des décès.</p> <p>Amélioration de la capacité de surveillance, de la capacité d'intervention en cas d'urgence et des stratégies d'intervention.</p>

\* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

\*\* Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.

---

## Tableau des résultats stratégiques (suite)

---

<b>Résultats stratégiques*</b>	<b>Attentes relatives au rendement**</b>
<b>Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens</b>	<p>Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments.</p> <p>Gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments.</p> <p>Population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la prestation d'information et d'instruments.</p>
<b>Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens</b>	<p>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 (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux nouveaux produits de biotechnologie.</p> <p>Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool ou d'autres substances.</p>
<b>Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens</b>	<p>Produits antiparasitaires sûrs et efficaces.</p> <p>Conformité avec la <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i> et son règlement.</p> <p>Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.</p>

---

\* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

\*\* Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.

---

## Tableau des résultats stratégiques (suite)

---

<b>Résultats stratégiques*</b>	<b>Attentes relatives au rendement**</b>
<b>Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens</b>	<p>Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens.</p> <p>Population des Premières nations et Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé.</p> <p>Disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'attention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires.</p> <p>Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés.</p>
<b>Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes</b>	<p>Une infrastructure 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.</p> <p>Décisions relatives aux politiques en matière de santé fondées sur des données probantes (données et analyses), dont une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux se rapportant aux soins de santé.</p> <p>Responsabilisation relative aux programmes, aux politiques et aux fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.</p>

\* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

\*\* Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.

---

## Tableau des résultats stratégiques (suite)

---

<b>Résultats stratégiques*</b>	<b>Attentes relatives au rendement**</b>
<b>Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada</b>	Amélioration continue de la prestation des services administratifs centraux opportuns et de qualité et de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne.  Initiatives intégrées de recherche en matière de santé et amélioration continue de l'utilisation de la recherche pour éclairer les décisions.

---

\* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

\*\* Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.



## Accès des Canadiens à des services de santé de qualité

### Politique en matière de soins de santé

En matière de soins de santé, la vision déterminante de Santé Canada est de garantir la viabilité à long terme de notre système, qui fournit aux

Canadiens un accès égal à des services de qualité fondés sur leurs besoins en santé, quel que soit leur lieu de résidence ou de travail. Pour favoriser la réalisation de cette vision, nous avons défini quatre attentes clés en matière de rendement :

#### 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.

#### Description

Le secteur de la politique en matière de soins de santé appuie l'élaboration de politiques, l'analyse et les communications associées au leadership pour l'ensemble des secteurs du système de santé canadien en s'efforçant de préserver la viabilité et l'accessibilité de l'assurance-maladie. De plus, il met l'accent sur les efforts menés en collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants dans le but de renforcer, de moderniser et d'appuyer le système de santé canadien.

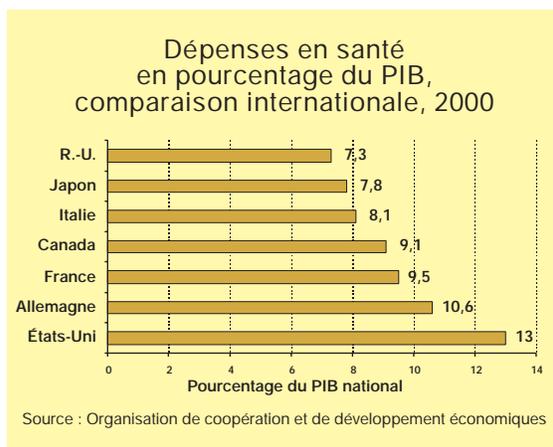
#### Dépenses réelles 2001-2002 (en millions de dollars)

Dépenses brutes	107,1 \$
Recettes	S/O
Dépenses nettes	107,1 \$

- services hospitaliers et médicaux financés par l'État et conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS);
- initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien;
- partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales;
- initiatives internationales qui appuient les priorités du Ministère.

Au cours de la dernière année, le Ministère a tenu compte de trois grandes priorités relatives à cet objectif :

- modernisation de notre système de soins de santé;
- faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* et collaboration avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que tous les gouvernements respectent leurs engagements au regard des principes de l'assurance-maladie;
- amélioration de la base de connaissances sur les enjeux du système de santé dans le but d'appuyer la prise de décisions reposant sur des données probantes.



## Modernisation de notre système de soins de santé

Le 4 avril 2001, le Premier ministre et le ministre fédéral de la Santé ont annoncé la création de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Nous avons demandé à la Commission de recommander des politiques et des mesures permettant de garantir à long terme la durabilité d'un système de santé universel offrant aux Canadiens des services de qualité. Nous attendons le rapport final de la Commission en novembre 2002.

Le travail de la Commission a pour point de départ la vision commune de la santé qui a été élaborée en septembre 2000 par les premiers ministres lorsque toutes les administrations se sont entendues pour collaborer et s'attaquer aux priorités relatives au renouvellement du système de santé du Canada. C'est sur cette base que Santé Canada a entrepris de travailler en collaboration avec les administrations fédérale, provinciales et territoriales pendant l'exercice 2001-2002 dans le but de réaliser les engagements des premiers ministres. Voici quelques exemples des progrès réalisés jusqu'ici dans la réalisation de la vision.

### *Mieux gérer les produits pharmaceutiques*

L'augmentation du coût des médicaments préoccupe tout le monde; c'est pourquoi nous avons collaboré avec les provinces et les territoires pour améliorer le mode de gestion des produits pharmaceutiques, y compris en élaborant un processus commun et unique d'examen des médicaments visant leur inclusion possible dans les régimes d'assurance-médicaments gou-

---

vernementaux. Dans cette optique, en mars 2002, nous avons adopté un processus provisoire et commun d'examen des médicaments et nous avons élaboré un Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits qui fournira des informations exactes sur l'utilisation des médicaments prescrits et sur l'origine de l'augmentation des coûts.

### ***Augmenter la responsabilisation au regard du rendement du système de santé***

Avec la collaboration des provinces et des territoires, nous avons participé à la conception d'un cadre d'établissement de rapports permettant de fournir des informations uniformes et comparables d'une administration à une autre à l'intention des Canadiens et des décideurs. Ce cadre vise l'état de santé, les résultats pour la santé et la qualité des services.

### ***S'attaquer aux enjeux relatifs aux ressources humaines en santé***

Nous avons travaillé activement pour régler les problèmes croissants liés aux ressources humaines dans diverses professions de la santé. Nous avons donc entrepris une étude de trois ans pour évaluer les questions reliées aux effectifs médicaux. De façon semblable, nous avons participé à la mise en œuvre de la Stratégie sur les soins infirmiers pour le Canada. Ces deux mesures devraient garantir que le Canada est doté des professionnels de la santé qu'exige un système de santé efficace.

Santé Canada assure aussi un rôle de leadership pour encourager les intervenants clés à appuyer une intégration plus facile des médecins

formés à l'étranger dans le système de soins de santé.

### ***Accélérer la réforme des soins de santé primaires***

Le gouvernement du Canada a affecté 800 millions de dollars sur quatre ans pour l'accélération et l'élargissement des initiatives de la réforme des soins de santé qui visent le premier point de service auquel s'adressent les Canadiens. Au cours de l'année, nous avons terminé la rédaction des lignes directrices provinciales-territoriales relatives au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, dont nous assurons l'administration, et les provinces et territoires ont commencé à présenter des propositions de financement.

### ***Faire respecter la Loi canadienne sur la santé et collaboration avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que tous les gouvernements respectent leurs engagements au regard des principes de l'assurance-maladie***

Santé Canada continue de déployer des efforts pour garantir que tous les résidents admissibles du Canada ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires selon des modalités uniformes. Nous sommes responsables des activités continues liées à l'administration de la *Loi canadienne sur la*

---

santé (LCS), y compris l'analyse et le règlement des enjeux relatifs à la conformité avec les provinces et les territoires.

Dans le but de garantir que le processus est le plus concerté possible, la ministre fédérale de la Santé a réussi à obtenir l'accord des provinces et des territoires (à l'exception du Québec) sur un nouveau mode de règlement et de prévention des différends reliés à la LCS, ce qui permettra d'aider à aborder les questions liées aux différentes interprétations de la Loi.

Les services diagnostiques à la fine pointe de la technologie, par exemple l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomographie par ordinateur, sont de plus en plus souvent payés selon des formules de paiement privées, ce qui attire l'attention sur les questions d'accessibilité et de disponibilité. Le maintien de la collaboration entre les provinces et les territoires à ce sujet a permis de renforcer la capacité des administrations d'offrir ces services de façon responsable sur les plans social et financier et conforme aux valeurs et aux attentes des Canadiens en ce qui touche l'accès rapide et en temps opportun aux services de santé financés par l'État.

## **Amélioration de la base de connaissances sur les enjeux du système de santé dans le but d'appuyer la prise de décisions reposant sur des données probantes**

Santé Canada participe à un certain nombre de projets et d'analyses qui

visent le suivi et la compréhension des enjeux actuels et des nouveaux enjeux liés aux soins de santé et fournit des conseils stratégiques reposant sur des données probantes dans ce domaine. Le Ministère continue en outre de produire et de diffuser des données sur les nouvelles approches de prestation des soins de santé. Voici quelques exemples indiquant comment Santé Canada appuie la prise de décisions axées sur des données probantes visant les politiques en matière de santé.

- Pour les professionnels de la santé, la promotion de l'autogestion de la santé est une façon efficace d'aider les patients à participer aux décisions qui concernent leur propre santé et celle de leur collectivité. Pour appuyer les efforts des professionnels de la santé à ce chapitre, Santé Canada offre aux organismes nationaux de santé du financement et de l'aide visant la mise en œuvre du programme *Prendre en main sa santé : une initiative partagée*. Le rapport de collaboration sur cette initiative a été publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada au printemps 2002. Nous avons aussi mis sur pied un réseau dans le but de faciliter l'échange d'informations, le soutien aux professionnels de la santé et autres intéressés et leur mise en relation. Le réseau compte entre autres un répertoire électronique, une liste de diffusion pour des groupes de discussion, un bulletin trimestriel et un site Web.
- Santé Canada a entrepris diverses études avec la collaboration des associations d'infirmières, des provinces et des territoires, dans le but de mieux comprendre les défis

---

auxquels fait face le personnel infirmier et les répercussions connexes sur la qualité des services fournis aux patients. De nombreuses études révèlent que plus le personnel infirmier est nombreux et satisfait, plus les patients sont satisfaits et en santé.

- De 1997 à 2001, le Fonds pour l'adaptation des services de santé du Ministère, qui est de 150 millions de dollars, a appuyé des projets visant l'examen et l'évaluation des nouveaux modes de prestation des services de santé, réalisés un peu partout au Canada. Nous avons pu terminer au total 138 projets, dont plusieurs ont ouvert la voie à des améliorations réussies de la prestation des services. Les résumés des projets ont été classés en dix thèmes. La stratégie nationale de diffusion du Fonds pour l'adaptation des services de santé comprend le soutien à des projets individuels qui visent la diffusion des résultats à des publics cibles et a permis la tenue de cinq ateliers régionaux au cours du printemps 2001. Pour plus d'information, veuillez consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/index.htm>.
- Dans le cadre de ses activités administratives continues, Santé Canada a facilité l'accroissement de la capacité des organisations de femmes et des intervenants locaux, provinciaux et nationaux d'appuyer les approches holistiques ou axées

sur une maladie particulière appliquées à la santé des femmes. Par l'entremise du *Women's Health Contribution Program*, le Ministère a appuyé le travail du Groupe de réflexion national sur la prestation des soins non rémunérés dans une perspective homme-femme, qui a étudié l'incidence au niveau des sexes des soins à domicile et des soins communautaires. De plus, nous avons entrepris plusieurs projets avec l'aide des Centres d'excellence pour la santé des femmes et le Réseau canadien pour la santé des femmes, entre autres des projets de recherche et de consultation qui ont débouché sur la rédaction de nouvelles lignes directrices régionales concernant l'utilisation des services de santé mentale par les femmes victimes de violence familiale et la création du nouveau Réseau de santé des femmes autochtones.

- En novembre 2001, Santé Canada a été l'hôte d'une importante conférence de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et a accueilli 450 participants provenant de 30 pays. Cette conférence était l'occasion de partager les pratiques exemplaires de mesures du rendement du système de santé et des expériences sur la façon dont les citoyens, les fournisseurs, les gouvernements et les gestionnaires peuvent le mieux utiliser la mesure du rendement pour améliorer les systèmes de santé des pays de l'OCDE.



## Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

### Santé de la population et santé publique

Des citoyens en santé, actifs et engagés construisent des collectivités fortes et vivantes. Le gouvernement du

Canada reconnaît qu'il est important d'aider les Canadiens à conserver et à améliorer leur état de santé par le truchement des nombreuses activités de prévention des maladies et de promotion de la santé assurées sous la direction de Santé Canada.

#### Objectif

Promotion de la santé, prévention des blessures et des maladies, lutte contre celles-ci.

#### Description

Le secteur de la santé de la population et de la santé publique assume des responsabilités en matière de politiques, de programmes et de recherches reliés à la surveillance et à la prévention des maladies, à la lutte contre les maladies, à la promotion de la santé et à l'action communautaire.

#### Dépenses réelles 2001-2002

(en millions de dollars)

Dépenses brutes	395,4 \$
Recettes	(0,1) \$
Dépenses nettes	395,3 \$

Le Ministère cherche à comprendre ce qui rend les gens malades et ce qui les conserve en santé et, à partir de ces informations, élabore des interventions qui améliorent l'état de santé des personnes, de groupes particuliers et de la population dans son ensemble. Nos recherches et nos interventions ont révélé que cinq facteurs influent sur la santé : ce sont les facteurs génétiques, biophysiques, socio-économiques et comportementaux, auxquels il faut ajouter la qualité et l'accessibilité du système de santé.

Le Ministère réalise ses objectifs en matière de protection et de promotion de la santé en créant des partenariats et en assurant le leadership des activités liées à la promotion et à la protection de la santé, à la prévention et au contrôle des maladies, en créant et en diffusant des connaissances fondées sur des principes scientifiques

---

objectifs et sur les données de recherche et de surveillance, et en finançant des projets de santé communautaire. En collaborant avec les provinces et les territoires, nous avons pu traduire nos connaissances en matière de santé publique en pratiques et en actions visant la protection de l'état de santé des Canadiens.

Pour réaliser ses objectifs, le Ministère a défini quatre attentes clés en matière de rendement pour 2001-2002 :

- population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir et améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé;
- accent mis sur les initiatives de collaboration qui aident la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé;
- initiatives et pratiques de prévention ayant entraîné la réduction des maladies, des invalidités, des blessures ou des décès;
- amélioration de la capacité de surveillance, de la capacité d'intervention en cas d'urgence et des stratégies d'intervention.

Les politiques du gouvernement fédéral en matière de santé reconnaissent qu'une stratégie générale en santé doit s'appuyer à la fois sur un système de santé accessible et de qualité et sur des interventions visant les facteurs qui permettent de déterminer l'état de santé des Canadiens. Au cours de l'année écoulée, le Ministère a établi

quatre grandes priorités au regard de cet objectif :

- protéger les Canadiens contre les répercussions des catastrophes sur la santé;
- faire la promotion d'un mode de vie sain;
- prévenir les maladies;
- protéger la santé des Canadiens par des activités de surveillance et de recherche en laboratoire.

## **Protéger les Canadiens contre les répercussions des catastrophes sur la santé**

Protéger les Canadiens contre les risques pour la santé des catastrophes naturelles et des catastrophes causées par l'homme est l'une des responsabilités clés du Ministère. Cette capacité a été rudement mise à l'épreuve le 11 septembre 2001, lorsqu'il a fallu se mobiliser immédiatement pour fournir une aide en matière de santé publique, entre autres à plus de 47 000 personnes dont le vol vers les États-Unis a été détourné vers le Canada et aux autres passagers cloués au sol. Dans les semaines qui ont suivi la découverte de lettres contaminées à l'anthrax, aux États-Unis, Santé Canada a recueilli et analysé des centaines de colis douteux.

Pendant les mois suivants, nous avons renouvelé les plans d'urgence et nous continuons de les mettre à jour pour qu'ils soient adaptés aux changements rapides de l'environnement en matière de sécurité de la santé publique.

Dans le cadre général de la réaction du gouvernement face à la nouvelle

situation en matière de sécurité, une somme de 7,94 millions de dollars a été versée à la Réserve nationale d'urgence dans le but d'augmenter les stocks de produits pharmaceutiques existants au Canada et qui visent à traiter les victimes d'épidémie de maladies infectieuses, d'attaques chimiques et d'exposition à des agents chimiques. Ces stocks s'ajouteront à la réserve de fournitures prévues pour le traitement des blessures liées à des traumatismes.

Nous avons aussi accéléré les activités de dotation, de planification budgétaire et de planification des activités de notre Centre de mesures et d'interventions d'urgence pour garantir que les ressources nécessaires seront en place et opérationnelles dans le nouvel environnement. Pour appuyer ces investissements, nous nous sommes dotés d'un laboratoire d'urgence mobile que l'on peut rapidement installer sur le terrain. Puisqu'il s'agit d'un laboratoire de niveau 4, il possède les caractéristiques de sécurité et les moyens de traiter les cas qui pourraient se présenter, même ceux liés aux agents chimiques et biologiques les plus dangereux au monde.

## **Faire la promotion d'un mode de vie sain**

### ***Encourager un meilleur état de santé chez les enfants***

Le développement de la petite enfance est essentiel à la santé de nos collectivités. Par exemple, grâce à un investissement de 59,5 millions de dollars dans le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et un autre de 30,8 millions de dollars dans le Programme canadien de

nutrition prénatale (PCNP), on a pu améliorer le bien-être des mères, des enfants et des familles, qui s'est appuyé sur de bonnes compétences parentales, des interventions auprès de la petite enfance et des programmes communautaires.

L'évaluation des avantages de ces deux programmes révèle qu'ils réussissent à rejoindre les personnes les plus défavorisées. Les résultats d'une évaluation régionale du PACE indiquent que les parents qui participent à des programmes pour les fournisseurs de soins ou les programmes à l'intention des enfants disent observer une amélioration du comportement social

### **Syndrome d'alcoolisme fœtal/ effets de l'alcool sur le fœtus**

Le SAF/EAF est évitable à 100 %. Chaque fois qu'on évite à un nouveau-né d'être affecté par le SAF, grâce aux programmes communautaires financés par Santé Canada, on réalise d'importantes économies pour les services sociaux et les services de santé. Des initiatives régionales viennent appuyer les projets du PACE et du PCNP en intégrant des volets sur le SAF/EAF. Par exemple, grâce à la technologie d'enseignement à distance de la Télésanté, 180 travailleurs communautaires de première ligne, du Manitoba et de la Saskatchewan, ont reçu une formation de perfectionnement des compétences en dépistage précoce et en intervention appropriée auprès des femmes enceintes qui pourraient être à risque. Pour plus d'informations sur le SAF/EAF, veuillez consulter le site Web suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cyfh/fas/>.

de leurs enfants. Les données qui concernent les participantes au PCNP entre 1996 et 2001 révèlent un pourcentage de 6,9 % de naissances de faible poids. Bien qu'il soit plus élevé que la moyenne nationale, qui est de 5,9 %, c'est un taux moins élevé que dans les populations à risque semblables (de 8,7 % à 20 %). Le taux d'allaitement à la naissance chez les participantes au PCNP était de 78,5 %, donc plus élevé que le taux national, de 76,7 %.

En partenariat avec les provinces et les territoires, le Ministère élabore un cadre commun de présentation des rapports sur les dépenses et les activités visant le développement de la petite enfance, et cherche à cerner des indicateurs communs du bien-être et de la santé des enfants, par exemple les liens entre l'immunisation et le poids à la naissance d'un enfant en santé comme indicateur de la santé physique. À partir de septembre 2002, les informations produites grâce à ces outils étayeront les décisions relatives aux programmes et aux politiques dans tous les ordres de gouvernement.

Les cinq Centres d'excellence pour le bien-être des enfants élaborent actuellement d'autres lignes directrices relatives aux politiques et programmes visant les enfants. Grâce à un financement de 20 millions de dollars sur cinq ans, versé par le gouvernement du Canada, les Centres produisent et diffusent des connaissances concernant le bien-être de l'enfant, les collectivités, le développement de la petite enfance, les besoins spéciaux et la participation des jeunes.

Nous avons tiré des leçons de notre expérience des campagnes de promotion de saines habitudes de vie. Par

exemple, nous encourageons les femmes en âge de procréer à prendre des suppléments d'acide folique pour prévenir le spina bifida et les autres anomalies du tube neural. Les campagnes précédentes visant des groupes ciblés de professionnels de la santé n'ont pas eu beaucoup d'effets; nous avons donc décidé d'informer les femmes en âge de procréer. De cette manière, les femmes jouent un rôle actif lorsqu'elles parlent à leur médecin à propos des suppléments d'acide folique. Pour plus d'informations sur cette campagne, veuillez consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/acidefolique/index.html>.

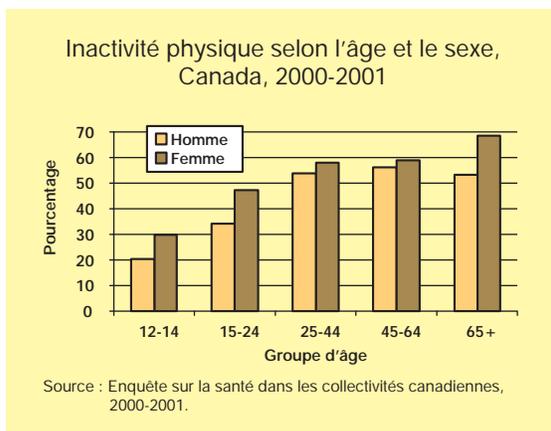
#### Vieillir en santé

En novembre 2001, un atelier sur la santé des aînés a permis aux experts et aux groupes d'intervenants de mettre en relief des orientations stratégiques permettant à Santé Canada d'aborder les enjeux clés de la santé des personnes âgées. L'atelier a débouché sur quatre documents de discussion : (1) l'activité physique et les aînés; (2) le tabagisme et le renoncement au tabac chez les personnes âgées; (3) la nutrition et le vieillissement; (4) la prévention des blessures accidentelles chez les aînés. Nous étudions ces quatre documents afin d'aider à déterminer les mesures que prendra le gouvernement fédéral concernant la santé des aînés. Pour plus d'informations sur les questions relatives à la santé des aînés, veuillez consulter le site suivant : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pour\\_vous/aines.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pour_vous/aines.html).

## **Des approches mieux intégrées d'un mode de vie sain**

Entre 1981 et 1996, chez les garçons comme chez les filles, la prévalence de la surcharge pondérale a doublé et celle de l'obésité a triplé. Les recherches révèlent que plus de la moitié des enfants canadiens ne sont pas assez actifs pour connaître une croissance et un développement optimaux. En 2000-2001, 40 % des femmes et 33 % des hommes de 12 à 24 ans, en moyenne, ont déclaré mener une vie inactive.

À la lumière des bienfaits pour la santé, qui ont été prouvés, et conformément à notre engagement de longue



date envers l'accroissement de l'activité physique, nous avons publié le tout premier guide national à l'intention des jeunes, le *Guide d'activité physique canadien pour les enfants* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/jeunes.html>) ainsi qu'un guide pour encourager les milieux de travail à promouvoir l'activité physique - *La vie active au travail* - ([http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/condition-physique/au\\_travail/why\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/condition-physique/au_travail/why_f.html)).

Puisque l'inactivité physique et un poids malsain sont des facteurs de

risque de nombreux problèmes de santé, nous continuons d'intégrer l'activité physique dans nos stratégies générales en matière de santé. Par exemple, 85 des 96 projets communautaires financés jusqu'ici par la Stratégie canadienne sur le diabète font la promotion de l'activité physique, puisque c'est un moyen de réduire l'incidence du diabète.

## **Maintenir nos collectivités en santé**

Le discours du Trône de janvier 2001 a souligné l'importance des mesures de prévention des maladies et de promotion de la santé en milieu communautaire. Ces mesures viennent renforcer notre rôle permanent, dans les régions, en vue de créer des partenariats avec d'autres ordres de gouvernement, des intervenants et des citoyens poursuivant les mêmes objectifs. Par exemple, le Ministère continue de travailler avec ses partenaires pour aider les personnes qui vivent avec l'hépatite C ou le cancer du sein, ainsi que pour approfondir nos connaissances sur la santé mentale et diffuser des informations sur la violence familiale.

Pour réaliser les engagements énoncés dans les discours du Trône de 1999 et de 2001, le gouvernement du Canada a mis sur pied l'Initiative du secteur bénévole pour renforcer la capacité de ce secteur de relever les défis de l'avenir, de servir les Canadiens et d'améliorer la qualité de ses relations avec le gouvernement fédéral.

À titre de ministère clé de cette initiative, nous investissons 6,1 millions de dollars pour des projets qui amélioreront la capacité du secteur bénévole en santé de contribuer, avec Santé Canada, à l'élaboration de

L'évaluation de l'enquête de deux ans visant la **mobilisation en faveur de l'approche santé de la population**, qui a consisté en une analyse d'étude de cas de chacune des six régions de Santé Canada a permis de recueillir de nouvelles connaissances utiles sur la façon dont le Ministère peut collaborer de diverses façons avec des partenaires ou les diriger, selon les circonstances, lorsqu'il collabore avec des secteurs et des organismes différents sur les divers déterminants de la santé. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site Web suivant :

[http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/dddsp/etudes\\_cas/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/dddsp/etudes_cas/index.html).

### La santé dans les régions rurales et éloignées

Grâce à un programme de subventions et de contributions de 11 millions de dollars, le Ministère répond aux besoins en santé des Canadiens vivant dans les régions rurales, éloignées ou nordiques du pays. Le programme a été conçu dans le but de promouvoir l'intégration et l'accessibilité des services de santé dans les régions rurales et éloignées et d'explorer des manières d'aborder les questions relatives à la main-d'œuvre en santé. Le programme a été conçu en étroite collaboration avec les provinces et les territoires. L'évaluation du programme devrait être terminée en 2002.

politiques visant la santé des Autochtones, les aînées et le logement, la santé mentale, la prévention des maladies chroniques et le multiculturalisme.

## Prévenir les maladies

### *Des réponses innovatrices aux maladies chroniques*

Plus de la moitié des Canadiens vivent avec une maladie chronique qui impose un fardeau aux particuliers, aux familles et au système de santé.

Le Ministère fait une place de plus en plus grande à la promotion des avantages d'une meilleure intégration des efforts de prévention et de promotion visant les facteurs de risque communs à de nombreuses maladies chroniques (tabagisme, mauvaise alimentation, inactivité physique). L'intégration s'appuiera sur les investissements existants dans des approches visant un problème de santé particulier et nous permettra d'accéder à la masse critique des activités de prévention nécessaires à l'amélioration des résultats pour la santé.

Nous avons aussi découvert de nouvelles formes d'interventions en cas de maladie grâce à nos activités de surveillance, qui nous permettent de cerner des modèles et qui jettent un jour nouveau sur les facteurs de risque. Par exemple, nos recherches ont révélé que l'activité physique aide à protéger une personne contre les troubles cognitifs et la démence. La Société Alzheimer du Canada a intégré ces connaissances à ses stratégies d'information et de diffusion.



fois, les personnes dont le système immunitaire est faible courent un plus grand risque de voir apparaître des maladies plus graves (méningite ou encéphalite). Nous avons dirigé la conception d'un plan sur le virus du Nil occidental avec la collaboration d'autres intervenants et partenaires des gouvernements fédéral et provinciaux. En conséquence, lorsque l'on confirme la présence du virus du Nil occidental dans une carcasse d'oiseau, on déclenche des mesures locales de santé publique qui visent à protéger la population contre l'infection.

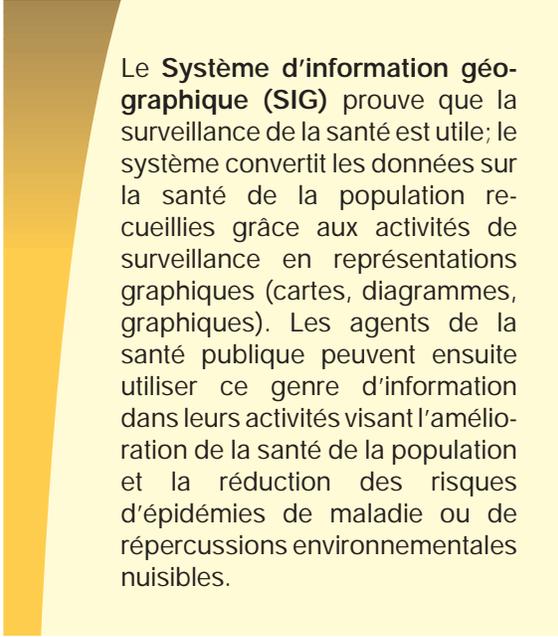
La Stratégie canadienne sur le VIH/sida fournit 10 millions de dollars par année pour financer les groupes communautaires et les organismes nationaux non gouvernementaux, et 4,75 millions de dollars pour financer les programmes de soins, de traitement et de soutien communautaires. En 2001-2002, Santé Canada s'est efforcé d'améliorer la gestion, la planification, la responsabilisation et les communications liées à ce travail. Par exemple, le Rapport annuel de la Stratégie a été élargi, et il présente maintenant l'opinion des intervenants, permettant de brosser un tableau plus complet du VIH/sida au Canada, ainsi que les réponses des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux face à cette épidémie.

## **Protéger la santé des Canadiens par des activités de surveillance et de recherche en laboratoire**

On peut définir ainsi la surveillance de la santé : suivi et prévision de tout événement ou de tout déterminant de

la santé par le biais de la collecte continue de données, qui sont ensuite intégrées, analysées et interprétées, puis rassemblées en produits de surveillance, que l'on peut distribuer à tous ceux qui en ont besoin.

La création de réseaux nationaux de surveillance durables et solides dépend de la pleine et entière participation des organismes de collecte de données. En assurant le leadership en matière de surveillance de la santé, le Ministère, en collaboration avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, garantit que les réseaux de surveillance de tout



Le **Système d'information géographique (SIG)** prouve que la surveillance de la santé est utile; le système convertit les données sur la santé de la population recueillies grâce aux activités de surveillance en représentations graphiques (cartes, diagrammes, graphiques). Les agents de la santé publique peuvent ensuite utiliser ce genre d'information dans leurs activités visant l'amélioration de la santé de la population et la réduction des risques d'épidémies de maladie ou de répercussions environnementales nuisibles.

le pays sont compatibles. Le Ministère reconnaît que la participation pleine et entière des provinces et des territoires est nécessaire pour que ses réseaux de surveillance fournissent aux professionnels de la santé, aux scientifiques et aux fonctionnaires chargés des politiques les données dont ils ont besoin pour protéger la santé des Canadiens.

---

Les recherches en laboratoire réalisées par le Ministère contribuent elles aussi à la constitution d'une base de connaissances qui peut orienter l'élaboration des programmes et des politiques. Des recherches continues visent la transmission des maladies infectieuses par le sang, les aliments ou l'eau et la résistance de ces maladies aux antibiotiques. Par exemple, les recherches de Santé Canada sur le développement des souches de VIH

résistantes aux médicaments nous ont permis de mieux comprendre la persistance des organismes mutants résistant aux médicaments chez les personnes infectées par le VIH. Cette information sera utile au moment d'élaborer des traitements plus efficaces.

On mène aussi des recherches importantes sur le transfert des agents pathogènes des animaux à l'homme par l'entremise de la chaîne alimentaire ou de l'environnement. Ce type de recherche permet au Ministère de cerner les risques et de proposer des mesures de redressement (nouveaux règlements, nouvelles lignes directrices, etc.) pour prévenir des incidents de ce type.

À titre de partenaire du projet relatif à la qualité de l'eau du bassin de la rivière Oldman, le Ministère étudie les risques pour la santé liés à la proximité des hommes et des animaux et à la consommation de l'eau dans une zone où la densité de bétail est élevée (on vise entre autres la prévalence de la bactérie *E. coli* O157:H7 et de la *Salmonella* dans l'eau).

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgs-ppsp/new\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgs-ppsp/new_f.html)



## Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens

### *Produits de santé et aliments*

La salubrité et l'efficacité des produits de santé et des aliments intéressent beaucoup les Canadiens;

on considère que ces caractéristiques sont un élément essentiel à la réalisation des objectifs gouvernementaux visant une population plus saine. Santé Canada contribue à la réalisation de cet objectif en assumant les

#### Objectif

Salubrité des aliments de même que sécurité et efficacité des médicaments, des produits de santé naturels, des matériels médicaux, des produits biologiques et de la biotechnologie qui sont sur le marché et dans le système de santé au Canada, au moyen de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques, lois et cadres de réglementation; promotion d'une alimentation saine et de l'utilisation éclairée des médicaments, matériels médicaux, ali-

ments et produits de santé naturels.

#### Description

Le secteur des produits de santé et aliments est responsable des politiques, des normes et des programmes reliés :

- à la salubrité et à la qualité nutritionnelle des aliments, à la sécurité et à l'efficacité des médicaments, des matériels médicaux, des produits de santé naturels, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie dans le marché et le système de santé canadiens;
- à la promotion d'une bonne nutrition et de l'usage éclairé des produits pharmaceutiques, des matériels médicaux, des produits biologiques, des aliments et des produits de santé naturels.

#### Dépenses réelles 2001-2002 (en million de dollars)

Dépenses brutes	163,7 \$
Recettes	(35,5) \$
Dépenses nettes	128,2 \$

---

responsabilités relatives aux règlements, aux politiques, aux normes et aux programmes visant la salubrité des produits de santé et des aliments.

Ce travail est lié à trois attentes clés en matière de rendement :

- protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments;
- gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments;
- population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la présentation d'information et d'instruments.

## **Voici les points saillants des plus importantes réalisations.**

Les Canadiens ont des attentes élevées en ce qui concerne leur capacité d'avoir accès à des aliments et à des produits de santé sûrs et efficaces. Pour continuer à réaliser efficacement son mandat et à répondre à ces attentes, Santé Canada a placé l'accent sur l'amélioration continue de la base de connaissances et des processus utilisés pour rendre les produits de santé et les aliments plus sûrs et pour promouvoir la santé.

Par exemple, nous avons fait porter l'accent sur le contrôle post-approbation et l'évaluation des produits de santé mis en marché pour améliorer notre capacité de surveiller les risques et les avantages des produits une fois

qu'ils sont sur le marché. De plus, notre Programme de laboratoire de l'Inspectorat a obtenu l'agrément de l'Organisation internationale de normalisation (ISO); ce laboratoire réalise des analyses chimiques, physiques et microbiologiques qui appuient les activités d'inspection, d'enquête et de surveillance de l'Inspectorat. L'ISO reconnaît, par cet agrément, que le travail réalisé par le laboratoire et les services qu'il offre aux Canadiens respectent des normes de qualité élevées.

## **Facteurs de risque liés aux produits de santé et aux aliments**

Nous avons amélioré les processus existants et adopté de nouveaux processus dans le but de réduire au minimum les facteurs de risque. Dans les réalisations qui suivent, nous reconnaissons, s'il y a lieu, les partenariats avec nos intervenants, d'autres ministères, des organisations internationales, les États-Unis, l'Union européenne et le public canadien.

### ***S'efforcer de fournir un accès rapide à des produits de santé de grande qualité***

Le Canada est reconnu sur la scène internationale comme un pays qui fournit des produits de santé dont la haute qualité est constante, y compris des médicaments et des matériels médicaux à ses citoyens. Nous cherchons toujours de nouvelles façons de répondre à ces normes élevées. Nous avons donc beaucoup insisté sur l'amélioration de nos processus d'examen des demandes et de prise de décisions.

---

En conséquence, au cours de l'année écoulée, le Ministère a traité plus de 7 600 demandes d'évaluation de l'innocuité de produits biologiques et pharmaceutiques, une augmentation de 18,5 % par rapport aux deux années précédentes.

L'efficacité de notre programme national de conformité et d'application de la loi a été renforcée par l'adoption d'une approche uniforme et rigoureuse, enchâssée dans le Cadre décisionnel de Santé Canada, l'application des principes de gestion du risque et les données scientifiques les plus récentes.

On a réalisé des progrès importants en assurant une fonction d'inspection des essais cliniques, conformément à ce qu'exigent les nouveaux règlements. En conséquence, nous avons traité environ 20 % d'essais cliniques de plus (800 en 1999, et 950, en 2001). Les promoteurs, les chercheurs, des groupes de patients, des représentants d'association et d'autres intervenants ont participé aux essais.

On a investi des ressources pour l'élaboration et la mise en place de mécanismes de surveillance permettant de recueillir des données indispensables et de suivre de près la résistance aux antibiotiques et l'utilisation des antibiotiques, dans le but de contrôler la transmission de bactéries résistantes des animaux aux humains.

On a réuni les secteurs de la surveillance, des politiques et des sciences pour élaborer les mesures stratégiques les plus pertinentes pour le contrôle et l'atténuation des menaces pour la santé qui découlent de la croissance et de la prolifération de micro-organismes indésirables et de la résistance des humains aux antibiotiques.

On a aussi réduit le volume de dossiers en retard : réduction de 80 % de l'arriéré de travail relié aux présentations à court terme de la Division de l'évaluation clinique; élimination de l'arriéré de travail visant la modification des dénominations sociales dans le secteur de la Présentation de drogues nouvelles; réduction de l'ordre de 40 % de l'arriéré de travail visant les examens de fabrication, du secteur de la Présentation de drogues nouvelles; et réduction de 70 % dans le cas des Certificats d'études expérimentales.

Il y a aussi eu des négociations visant la mise en œuvre des Accords de reconnaissance mutuelle entre le Canada et la Suisse visant les Bonnes pratiques de fabrication des médicaments. Nous terminons les exercices de la phase de mise en confiance avec l'Union européenne et l'Australie. L'approche d'accords de reconnaissance mutuelle est un moyen efficace de garantir que Santé Canada participe à l'amélioration de la coopération internationale en matière de réglementation et au maintien de normes élevées en matière d'innocuité et de qualité des produits, tout en facilitant la réduction du fardeau de la réglementation pour les industries.

## **Améliorer la gestion intégrée des risques et des avantages pour la santé**

### ***Élaborer de nouvelles règles en matière d'innocuité***

Les nouveaux règlements, qui intègrent une définition des Bonnes pratiques cliniques, ont été adoptés dans le but d'améliorer l'approche en

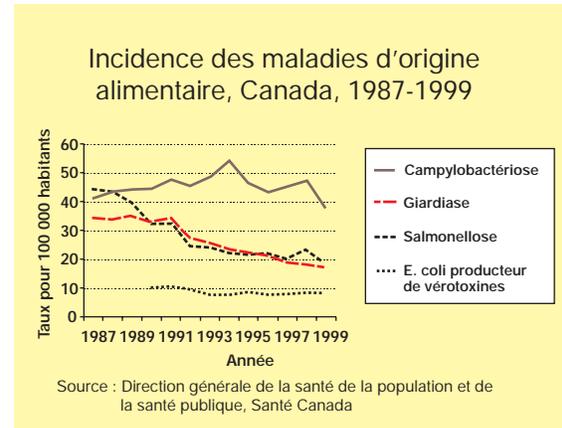
matière d'essais cliniques. Nous avons déployé beaucoup d'efforts pour assurer la capacité scientifique dans ce domaine, et notre effectif est passé de 130 à 180 employés. Nous avons aussi réduit le temps nécessaire à la prise de décisions sur l'acceptation des essais cliniques, qui est passé de 60 jours à 30 jours, améliorant ainsi l'accès rapide aux essais cliniques des médicaments expérimentaux.

On a commencé la rédaction des règlements visant les produits de santé naturels; ces règlements sont différents, mais conformes au Règlement sur les aliments et les drogues. Ils visent à fournir aux Canadiens un meilleur accès à des produits de santé naturels sûrs et efficaces en leur offrant plus d'information sur leur utilisation, tout en respectant la liberté de choix et la diversité philosophique et culturelle.

On a commencé à modifier les règlements sur l'étiquetage nutritionnel des aliments pré-emballés pour garantir l'exactitude des informations nutritionnelles et des allégations relatives aux effets sur la santé. Tout cela devrait aider les Canadiens à choisir une alimentation saine, donc à réduire le risque de maladies et de décès prématuré attribuables aux maladies chroniques liées à l'alimentation.

### ***Réduction des risques liés aux aliments***

On a entrepris un certain nombre d'activités visant la réduction efficace du niveau des maladies d'origine alimentaire au Canada. Comme le montre le graphique ci-dessous, les résultats sont constamment positifs, et l'incidence des maladies d'origine alimentaire a diminué au fil des ans.



### **Mieux sensibiliser les consommateurs au sujet des risques microbiens**

Dans le but de réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire (30 000 cas sont signalés chaque année au Canada, dont la majorité sont attribuables à la contamination microbienne d'aliments crus d'origine animale), nous avons distribué, dans des magasins de détail vendant du boeuf haché au Canada, 250 000 aimants pour réfrigérateur portant des messages sur la salubrité des aliments. De plus, quelque 5 millions de suppléments de journaux ont été distribués dans les résidences pour diffuser les messages de Santé Canada sur la salubrité des aliments et la nécessité de cuire les hamburgers pour que la température interne atteigne 71 °C.

Nous avons entrepris l'évaluation continue des demandes de l'industrie visant l'irradiation de certains aliments (mangues, crevettes, volaille, boeuf haché) pour garantir que les processus d'irradiation proposés sont sûrs et efficaces. À l'heure actuelle, l'irradiation et la vente de produits

---

irradiés au Canada ne visent que les aliments suivants : blé, farine, farine de blé entier, pommes de terre, oignons, épices entières ou moulues et préparations d'assaisonnements déshydratées.

Nous avons élaboré et mis en œuvre une stratégie de réduction du risque de contamination du cidre et des jus non pasteurisés par des micro-organismes dangereux, par exemple *E.coli 0157:H7* et *Salmonella*. Avec la collaboration de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), nous avons lancé une campagne d'éducation continue en distribuant des dépliants dans les garderies et les centres pour personnes âgées, les écoles élémentaires et les commissions scolaires du Canada. Santé Canada continue de collaborer avec l'ACIA à la collecte de données en guise de préparation à l'évaluation du rendement de la politique.

On a élaboré un plan d'action visant à mettre au point l'approche d'évaluation de la salubrité des aliments biotechnologiques pour répondre aux préoccupations des Canadiens concernant l'innocuité des aliments génétiquement modifiés. En même temps, nous collaborons étroitement avec l'Office des normes générales du Canada à l'élaboration de normes industrielles en matière d'étiquetage volontaire des aliments biotechnologiques. Nous croyons ainsi pouvoir fournir aux Canadiens plus d'informations sur les aliments qui ont été génétiquement modifiés ou qui contiennent des ingrédients génétiquement modifiés.

### ***Assurer une capacité scientifique d'excellente qualité***

Nous avons augmenté notre capacité scientifique, ce qui nous permet

d'exécuter notre travail plus efficacement, comme le prouvent les exemples suivants.

- Nous avons élaboré des stratégies pour mieux comprendre les tendances scientifiques et industrielles reliées à la santé et aux biotechnologies, et nous avons acquis une nouvelle expertise visant l'évaluation et la réglementation des nouveaux produits biotechnologiques comme les agents thérapeutiques, les vaccins recombinants et les pesticides microbiens, de même que le diagnostic des agents pathogènes chez l'humain et chez les animaux et l'innocuité des aliments génétiquement modifiés.
- Nous avons commencé à administrer trois volets du financement général accordé aux Fonds pour la recherche et le développement en génomique (10 millions de dollars pour la période de 1999 à 2002); au Fonds pour la réglementation de la biotechnologie (46,5 millions de dollars pour la période de 2000 à 2003); et du Fonds de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie (1,6 million de dollars pour la période de 1999 à 2002). Ces programmes ont permis d'augmenter les connaissances scientifiques nécessaires à l'exécution du mandat du Ministère en matière de réglementation et d'augmenter la transparence de nos activités de réglementation et l'harmonisation à l'échelle internationale des normes relatives aux aliments pour les humains et aux aliments pour les animaux.
- On a augmenté la surveillance des produits de santé sur le marché, fait passé le personnel de 33 à 55

---

employés et mis l'accent sur la création de la capacité nécessaire à la dotation de postes d'évaluateur scientifique.

## **Habiliter les Canadiens à faire des choix sains et à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé**

Nous avons amélioré de nombreuses activités de communication pour permettre aux Canadiens de faire des choix sains et de prendre de décisions éclairées au sujet de leur santé.

### ***Faire la promotion de la santé et du bien-être nutritionnels auprès des Canadiens***

Nous avons appuyé une bonne nutrition et une alimentation saine au Canada au moyen de diverses initiatives.

- Nous avons créé un réseau d'alimentation saine pour favoriser la collaboration et la mise en commun des efforts; nous avons créé des messages clés pour appuyer l'initiative d'éducation en matière d'étiquetage nutritionnel.
- Nous avons mis sur pied un groupe d'experts qui conseillera Santé Canada sur la mise à jour des Lignes directrices pour un poids santé grâce auxquelles les professionnels de la santé pourront surveiller les risques pour la santé liés au poids et fournir aux Canadiens un outil d'évaluation sur la relation entre leur poids et leur santé.

### ***Améliorer les communications avec les Canadiens et accroître la participation du public dans notre processus de prise de décisions***

Nous avons diffusé des informations sur la conformité et l'application de la loi et, de façon continue, des mises en garde, des alertes concernant la salubrité des aliments, des communiqués de presse, des avis de retrait de produits du marché et d'autres avis de l'industrie; il s'agit d'un service offert aux professionnels de la santé, aux consommateurs et aux autres parties intéressées. De plus, nous avons créé un nouveau site Web où sont affichés les « Avis destinés aux professionnels de la santé ou aux consommateurs ».

#### **Amélioration des rapports sur les effets indésirables des médicaments**

Nous avons ajouté des numéros de téléphone sans frais pour que les professionnels de la santé et le grand public puissent signaler des cas d'effets indésirables des médicaments (EIM). Les appels sont automatiquement transférés au centre de surveillance des EIM compétent.

Une série de séances d'information et de consultations publiques sur l'irradiation des aliments a été organisée dans plusieurs centres canadiens, dans le but de fournir aux consommateurs des informations et du matériel éducatif appropriés leur permettant de faire des choix éclairés.

Nous avons consulté les Canadiens et nos intervenants, quelque 260 groupes réunis dans sept villes du Canada, dans le but d'obtenir leur

---

opinion sur : (i) les prochaines questions prioritaires en matière de salubrité des aliments et de besoins nutritionnels des Canadiens; (ii) les modifications proposées au Règlement sur l'étiquetage nutritionnel des aliments pré-emballés.

Les points saillants du secteur des sciences et de la technologie de Santé Canada, *Investir dans l'excellence, 1996-2001, Rapport sur les activités fédérales en sciences et en technologie*, ont été publiés dans le but de fournir aux Canadiens des informations sur le rôle des sciences et des technologies dans la Stratégie d'innovation du Canada et dans la croissance économique.

## **Les défis liés à notre rendement en 2001**

Ces trois dernières années, notre rendement a été affecté par plusieurs défis liés au recrutement, à l'établissement d'une infrastructure pour le soutien des objectifs du programme, à l'acquisition de connaissances et d'expertise, à l'élaboration de produits d'information et à la gestion du savoir.

À titre d'organisation à vocation scientifique, Santé Canada doit continuellement viser l'augmentation de son expertise et de sa base de connaissances scientifiques. Par exemple, nous avons besoin d'évaluateurs scientifiques pour réaliser notre mandat et garantir que nos programmes fournissent des services efficaces et efficients. Pour relever ce défi, nous avons commencé à former le personnel et créé un programme de perfectionnement pour améliorer les objectifs en matière de gestion de la qualité. Tout

cela a permis d'augmenter l'expertise et la base de connaissances nécessaires pour fournir des services essentiels de qualité aux Canadiens.

Nous relevons toujours de nouveaux défis; nous devons, par exemple, suivre la cadence rapide de la nouvelle technologie et la croissance exponentielle continue du développement scientifique et technologique. Nous nous attendons par exemple à ce que, d'ici dix ans, le nombre de nouveaux produits de santé et de produits biotechnologiques soit de 500 fois supérieur aux chiffres actuels.

## **Prochaines étapes**

Nous prévoyons avoir terminé en décembre 2002 les travaux sur les normes nationales dans le domaine des produits biologiques et des thérapies génétiques et, en particulier, les nouveaux cadres de réglementation fondés sur les normes visant les cellules, les tissus et les organes, y compris les tissus reproductifs.

Nous pensons publier à l'automne 2002 le Règlement sur l'étiquetage nutritionnel.

Nous prévoyons aussi que le Règlement sur les produits de santé naturels sera publié dans la *Gazette du Canada*, Partie II, à la fin du mois de décembre 2002, et que son entrée en vigueur se fera peu après.

D'ici à la fin de 2002-2003, Santé Canada prévoit afficher sur son site Web des informations détaillées sur les nombreuses étapes du processus d'approbation des produits biotechnologiques et les nombreux facteurs qui y sont liés.

---

**Direction générale des produits  
de santé et des aliments**

[http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgp-  
sa](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgp-sa)



## Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens

### Santé environnementale et sécurité des consommateurs

Le gouvernement du Canada et Santé Canada reconnaissent qu'il est important d'encourager des comportements sains, de mettre au point et

#### Objectif

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

#### Description

- fait la promotion des milieux de vie, de travail et de loisir sains;
- évalue et réduit les risques pour la santé posés par des facteurs environnementaux;
- régleme la sécurité des produits chimiques, des produits commerciaux et des produits de consommation; fait la promotion de leur utilisation sécuritaire;
- régleme le tabac et les substances contrôlées; fait la promotion des initiatives qui réduisent ou préviennent les dommages associés à ces substances et à l'alcool;

- fournit une expertise et des services d'analyse de drogues aux organismes d'application la loi de l'ensemble du pays;
- établit des politiques sur la santé et la sécurité au travail et fournit des services de protection de la santé au secteur public, aux voyageurs et aux dignitaires qui visitent le Canada;
- est responsable des mesures de santé publique destinées à prévenir l'entrée et la propagation de maladies transmissibles au Canada;
- est responsable de la coordination et de la mise en œuvre de la surveillance de la Stratégie de développement durable de Santé Canada.

#### Dépenses réelles 2001-2002 (en million de dollars)

Dépenses brutes	201,9 \$
Recettes	(7,4) \$
Dépenses nettes	194,5 \$

---

d'employer des méthodes de réduction et de prévention des méfaits et d'appliquer les lois et des règlements en matière de protection de la santé. Pour réaliser ces objectifs, on a défini deux attentes clés en matière de rendement :

- 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 nouveaux produits de la biotechnologie;
- diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool ou d'autres substances.

Le *Rapport sur les plans et les priorités pour 2001-2002* devrait produire des résultats relatifs aux grandes priorités suivantes :

- améliorer la santé, la sécurité et le bien-être en menant des recherches fondées sur des données probantes;
- améliorer la santé au moyen d'activités de collaboration et de coordination;
- appuyer la prise de décisions éclairées au moyen d'activités de sensibilisation.

## Points saillants

Voici une description des résultats clés définis par cinq programmes distincts (Stratégie antidrogue et substances contrôlées, Sécurité des produits, Sécurité des milieux, Lutte au tabagisme, Santé au travail et

sécurité du public) pour réaliser ces objectifs. On a fait d'importantes contributions touchant l'amélioration de la santé, de la sécurité et du bien-être des Canadiens au moyen d'activités de réduction des risques qui répondaient aux mandats conférés par la loi et aux besoins connus.

## Améliorer la santé, la sécurité et le bien-être en menant des recherches fondées sur des données probantes

### *Partage des pratiques exemplaires*

On a réalisé des études inspirées des pratiques exemplaires visant la prévention ou l'abandon du tabagisme à l'intention des jeunes, des femmes enceintes et des femmes venant d'accoucher (<http://www.vivezsansfume.ca>). On a aussi commencé à offrir des séances nationales de formation à l'intention des employés chargés de l'exécution de la loi dans le but d'améliorer l'application des lois et des règlements, et en vue de réduire les risques pour la santé liés au tabagisme. Grâce aux efforts communs déployés avec nos partenaires de tout le pays, on a réussi à enregistrer une prévalence de 22 % de fumeurs chez les 15 ans et plus, ce qui représente une diminution de 2 % par rapport à l'année précédente. (Source : *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, Statistique Canada*.)

Santé Canada a aussi rédigé et diffusé des pratiques exemplaires en matière de prévention des toxicomanies en mettant en relief les faits

nouveaux et en fournissant des recherches fondées sur les données probantes à plus de 54 000 travailleurs de première ligne dans le domaine de la santé et des services sociaux, dans le but de répondre aux besoins formulés par les provinces et les territoires. Ces pratiques contribuent à la prévention des toxicomanies chez les jeunes ([http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f\\_pdf/substanceyoungpeople\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f_pdf/substanceyoungpeople_f.pdf)) et des troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie ([http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f\\_pdf/concomitantsmeilleurespratiques.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f_pdf/concomitantsmeilleurespratiques.pdf)). Le rapport intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada* ([http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f\\_pdf/injectiondrug\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f_pdf/injectiondrug_f.pdf)) révèle que l'usage des drogues par injection est un grave problème de santé publique et un grave problème social au Canada. Les commentaires exprimés à ce sujet pendant les ateliers ont été très positifs et mettent en relief l'importance des pratiques exemplaires dans ces collectivités.

Livre rouge III -

« Une population en santé est la pierre d'assise d'un pays d'avant-garde. »

### ***Réduction des risques environnementaux et des risques liés aux rayonnements***

En plus des évaluations réglementaires que prévoient les programmes d'inspection (p. ex. les appareils à rayons X des aéroports), des cours de sécurité en matière de rayonnements

et de l'élaboration de codes en matière de sécurité (p. ex. pour les petites installations radiologiques), nous avons consacré nos ressources à l'inspection des appareils de thérapie par ultrason produits par les fabricants, et nous avons évalué plus de 30 nouveaux dispositifs émettant des rayonnements pour en vérifier la conformité avec la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, dans le but d'en cerner les risques potentiels. Nous avons rédigé des lignes directrices sur la mesure du bruit émis par les appareils dans le but d'enseigner aux Canadiens les principes de prévention de la perte auditive, et nous avons publié une mise à jour des *Principes d'utilisation des ultrasons à des fins diagnostiques*.

Santé Canada participe à un réseau mondial de détection des émissions radioactives, ce qui a fourni des données permettant de faire une évaluation précise de la santé et de réduire les risques dans le but de protéger les Canadiens. En outre, nous avons offert à plus de 200 employeurs canadiens de participer à un programme d'assurance de la qualité visant la réduction des rayonnements dans les hôpitaux et autres milieux de travail. Nous avons aussi obtenu plus de 600 000 nouveaux documents concernant des travailleurs canadiens, ce qui nous a permis de surveiller les effets des rayonnements sur la santé des humains et d'évaluer les risques. L'évaluation des risques visant la relation entre le rayonnement (y compris le bruit) et les maladies cardiovasculaires a permis de mieux comprendre les enjeux de la santé publique et de prendre les mesures de prévention nécessaires à la réduction de ces risques.

En réponse aux demandes de plus en plus nombreuses, Santé Canada a traité 155 avis de projet présentés par d'autres ministères fédéraux et entrepris l'évaluation environnementale de 20 de ses propres projets, conformément à la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*. On a fourni des conseils visant à limiter les préoccupations en matière de santé et les effets nocifs pour la santé que pourraient entraîner des agents physiques, chimiques, biologiques et radiologiques, avant la mise en œuvre de ces projets de développement (gestion de déchets nucléaires, projet hydroélectrique, exploitation minière).

Pour respecter des engagements pris dans le Discours du Trône de 2001, Santé Canada a consacré plus de ressources à l'augmentation des connaissances sur les effets des substances toxiques et environnementales sur la santé des humains. Nous avons collaboré avec le secteur privé et les milieux universitaires pour mener à bien 99 projets de recherche visant à mieux comprendre les risques que présentent ces substances. Certaines substances polluantes, les métaux dans l'environnement, les produits chimiques ou la mauvaise qualité de l'air en milieu urbain peuvent perturber les systèmes hormonaux ou endocriniens (menant à des malformations congénitales ou au cancer de la thyroïde, par exemple). L'exposition aux substances polluantes dans l'air a été liée à divers troubles respiratoires et cardiaques. C'est pourquoi notre recherche nous permettra de mieux comprendre les risques liés aux toxines et de gérer les substances toxiques.

## Améliorer la santé au moyen d'activités de collaboration et de coordination

### *Accessibilité et disponibilité*

Santé Canada a émis 3 977 permis d'importation ou d'exportation visant le commerce légitime de substances et de médicaments contrôlés à des fins médicales et scientifiques, ce qui représente une augmentation de 38 % par rapport à l'année précédente, en raison d'ajouts à la liste de médicaments contrôlés, en septembre 2000. L'Agence des douanes et du revenu du Canada doit valider toutes les expéditions, conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Santé Canada a émis 1 392 exemptions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour permettre l'accès aux médicaments contrôlés. Cela permet aux chercheurs de faire avancer les connaissances scientifiques, et aux médecins, de prescrire des médicaments contrôlés (par exemple la méthadone ou la marijuana à des fins médicales). Santé Canada a aussi donné accès à la marijuana pour fins médicales à 255 patients gravement malades, ce qui permet d'atténuer certaines affections.

## **Améliorer l'hygiène et la sécurité en matière de santé**

Avec la collaboration des administrations provinciales, territoriales et municipales, Santé Canada a passé en revue ses lignes directrices relatives à l'eau potable et aux eaux utilisées à des fins récréatives, publié les résultats de recherche visant les agents désinfectants de l'eau et les méthodes de lutte antiparasitaire et examiné les répercussions sur la santé des sous-produits de désinfection par chloration. À la demande des gouvernements de l'Ontario et de la Saskatchewan, Santé Canada a participé aux études épidémiologiques de Walkerton et de North Battleford. Par la suite, toutes les administrations du Canada ont examiné leurs règlements, lignes directrices et politiques sur l'eau potable. Des activités de ce genre permettent de prendre les mesures nécessaires pour diminuer la prévalence des contaminants et des sous-produits, et, partant, l'incidence des maladies.

Les lignes directrices et les programmes de conformité volontaire visant l'inspection des aliments, de l'eau et des services d'hygiène dans les divers types de transport (avions, trains, bateaux de croisière, etc.) sont le fruit d'activités réalisées en partenariat avec l'industrie, les États-Unis et l'Organisation mondiale de la santé. Les résultats pour la santé qui en découlent, et qui touchent plus de 80 millions de voyageurs chaque année, comprennent une diminution des maladies chez les passagers, de meilleures pratiques en matière d'hygiène et une plus grande salubrité des aliments et de l'eau.

Dans le cadre de poursuites judiciaires, Santé Canada a analysé 85 750 mé-

Santé Canada a collaboré avec des professionnels de la santé et avec l'industrie à la création de milieux de travail sains en procédant à l'évaluation des besoins, en adoptant des politiques et des stratégies qui visent l'augmentation de la productivité et de la compétitivité ainsi que la réduction des coûts des soins de santé connexes en diminuant les maladies professionnelles, les accidents, les handicaps et l'absentéisme.

dicaments saisis, ce qui représente une augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente, augmentation attribuable à l'accroissement des activités d'application de la loi. En outre, nous avons démantelé 40 laboratoires clandestins produisant des drogues illégales (comme l'*ecstasy*) et représentant un risque important pour la santé publique et la sécurité de l'environnement. Une évaluation a confirmé que nous fournissons des services objectifs et de haute qualité au système de justice pénal. Deux facteurs devraient contribuer à l'augmentation de ces activités : 1) les répercussions du 11 septembre; 2) le règlement sur les précurseurs (produits chimiques utilisés pour fabriquer des drogues illégales). Ce règlement vise la fabrication et la circulation des drogues illégales (p. ex. l'*ecstasy*, le GHB ou « drogue du viol par une connaissance ») qui représentent un problème pour la santé publique, l'environnement et la sécurité des Canadiens.

Grâce à des projets communs réalisés avec l'Agence internationale pour l'énergie nucléaire, Santé Canada a fourni des conseils d'expert à 37 pays, ce qui a permis d'améliorer la

Santé Canada a investi 14 millions de dollars dans le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT) dans le but d'améliorer l'accès aux traitements et aux services de réadaptation à l'intention des femmes et des jeunes.

protection de leurs travailleurs contre les rayonnements. Après les événements du 11 septembre, nous avons reçu un financement de 2 millions de dollars pour améliorer encore plus la sécurité et l'état de préparation à des situations d'urgence radionucléaires.

## **Appuyer la prise de décisions éclairées au moyen d'activités de sensibilisation**

### ***Étayer la prise de décisions publiques***

Tout le monde sait qu'il faut lutter contre le tabagisme; c'est pourquoi Santé Canada a demandé à des jeunes de participer à l'élaboration d'annonces et de productions télévisées sur la lutte au tabagisme et de la Trousse d'information sur la fumée secondaire du tabac (FST). La distribution de ces trousseaux a favorisé l'adoption de politiques sur les environnements sans fumée dans les écoles et les collectivités. Parallèlement à trois grandes campagnes médiatiques, ces initiatives ont contribué à l'amélioration de la santé des Canadiens en les renseignant et en les informant, et en leur fournissant des outils d'habilitation

qui leur permettent de réduire les coûts relatifs à la santé.

Avec la collaboration d'Environnement Canada, Santé Canada a participé au Club de prudence au soleil, qui enseigne aux enfants à adopter un comportement sûr au soleil. Si vous désirez obtenir d'autres informations, veuillez consulter le site suivant : [http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/catalogue/brp\\_pubs/00dhm241.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/catalogue/brp_pubs/00dhm241.htm).

On a adopté un nouveau Règlement sur les produits chimiques et contenants de consommation dans le but de relever les exigences relatives à l'étiquetage et à l'emballage des produits chimiques de consommation. Le règlement favorisera la réduction du nombre de décès, de blessures et des coûts de santé connexes liés à l'exposition accidentelle à des produits chimiques de consommation dangereux.

On a aussi mis à jour les méthodes d'évaluation en laboratoire de la projection de la flamme et du retour de flamme des produits de consommation en aérosol; la mise à jour visait (1) à appuyer, par des analyses, l'application du nouveau règlement; (2) à informer les consommateurs sur la façon de manipuler de façon sûre ces produits. Ces efforts ont débouché sur la réduction du nombre de produits dangereux accessibles sur le marché et, partant, sur la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens.



Tests sur la projection de la flamme et le retour de flamme des produits en aérosol

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

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

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

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

<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html>

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



## Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens

### Réglementation de la lutte antiparasitaire

L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) a été créée en 1995 dans le but d'améliorer la réglementation des pesticides au Canada. Le mandat de l'ARLA est de protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant au minimum les risques associés aux produits antiparasitaires, tout en donnant l'accès aux outils de gestion et aux stratégies en matière de lutte antiparasitaire durable. Pour réaliser notre mandat, nous avons défini trois objectifs stratégiques pour la période de 1998 à 2003 :

nement en réduisant au minimum les risques associés aux produits antiparasitaires, tout en donnant l'accès aux outils de gestion et aux stratégies en matière de lutte antiparasitaire durable. Pour réaliser notre mandat, nous avons défini trois objectifs stratégiques pour la période de 1998 à 2003 :

#### Objectif

Protection de la santé humaine et de l'environnement en réduisant les risques associés aux produits antiparasitaires.

#### Description

- évaluation des nouveaux produits, en appliquant aux demandes d'homologation les décisions réglementaires dans les limites de normes de rendement précises pour les nouveaux produits de lutte antiparasitaire;
- évaluation des produits homologués, là où les produits homologués sont réévalués par rapport aux normes en vigueur;

- mesures visant à imposer la conformité en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires (LPA)* et à son règlement au moyen d'enquêtes et d'inspections;
- élaboration et mise en œuvre de politiques et de programmes de lutte antiparasitaire durables afin d'intégrer la lutte antiparasitaire durable dans les décisions en matière d'homologation.

#### Dépenses réelles 2001-2002 (en millions de dollars)

Dépenses brutes	31,9 \$
Recettes	(6,9) \$
Dépenses nettes	25,0 \$

- protéger la santé, la sécurité et l'environnement contre les risques liés aux pesticides en s'appuyant sur des principes scientifiques fiables et progressistes, y compris des approches innovatrices de la lutte antiparasitaire durable;
- répondre aux Canadiens qui veulent un processus de participation ouvert et transparent et qui veulent avoir accès rapidement aux nouveaux produits de lutte antiparasitaire, plus sûrs;
- gérer efficacement les ressources humaines et financières.

Après avoir établi ces objectifs, nous avons mis en œuvre toute une gamme de stratégies, d'activités, de règlements et de lignes directrices qui nous aideront à les réaliser. L'ARLA a créé un programme commun d'examen avec la collaboration de l'Environmental Protection Agency (EPA) des États-Unis dans le but d'accélérer l'accès aux produits à risque réduit, et elle a adopté un certain nombre de stratégies intégrées pour appuyer la lutte antiparasitaire durable. Nous consultons en outre le public au sujet des principales décisions en matière de réglementation, et nous invitons les intervenants et les représentants des provinces et des territoires à participer à l'élaboration de règlements dans le but de faire de la réglementation de la lutte antiparasitaire un processus transparent.

L'ARLA a défini trois attentes clés en matière de rendement :

- produits antiparasitaires sûrs et efficaces;
- conformité avec la *Loi sur les produits antiparasitaires* et son règlement;

- pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

## **Produits antiparasitaires sûrs et efficaces**

### ***Réévaluation des anciens pesticides***

Par réévaluation, on entend l'examen des ingrédients actifs des pesticides et de leurs préparations commerciales en fonction de données et d'informations mises à jour dans le but de savoir si et dans quelles conditions le maintien de leur homologation est acceptable. Lorsqu'ils ont été homologués, ces pesticides étaient jugés acceptables; néanmoins, les connaissances scientifiques sur lesquelles se fondent ces évaluations évoluent constamment, et on intègre toujours de nouvelles méthodes et de nouveaux outils aux évaluations réglementaires des risques. La réévaluation des anciens pesticides peut aussi viser l'ensemble des profils d'emploi des ingrédients actifs, la diversité de leurs préparations commerciales et la mesure dans laquelle ils ont pénétré le marché.

En 2000, l'ARLA a mis en œuvre un programme de réévaluation. La réévaluation des pesticides organophosphorés (OP) a entraîné le retrait de quatre OP de plus; jusqu'ici, l'ARLA a réévalué sept OP. Les pesticides organophosphorés sont surtout des insecticides, et leurs usages sont très variés : plantes vivrières cultivées en serre, plantes non vivrières cultivées en serre, bétail, traitement des semences, cultures industrielles de plantes à

---

graine oléagineuse et de plantes à fibre, aliments entreposés destinés à la consommation humaine ou animale, plantes fourragères et plantes vivrières cultivées à l'extérieur. Devant l'augmentation de l'intérêt public, nous avons aussi entrepris la réévaluation des insecticides et des herbicides pour pelouse en vue de garantir leur conformité avec les normes de sécurité environnementales et sanitaires. Nous avons facilité l'élaboration d'un accord avec les fabricants canadiens d'arséniate de cuivre et de chrome (ACC) visant à ce que, d'ici le 31 décembre 2003, les consommateurs ne puissent plus utiliser d'agents contenant de l'arsenic pour la préservation du bois. Le bois traité à l'ACC est souvent utilisé pour la fabrication de terrasses, de clôtures ou de structures de jeux en milieu résidentiel. On a réussi à conclure cet accord en procédant à l'examen prioritaire de produits de traitement du bois de remplacement pour l'ACC. On attend toujours la décision relative à l'usage industriel du bois traité à l'ACC.

La réévaluation des produits destinés à l'alimentation, qui s'appuie sur l'établissement ou la réévaluation des limites maximales de résidus, nous permet d'assurer le respect de nos rigoureuses normes en matière de santé et de sécurité visant les résidus de pesticides dans les aliments. Cette activité garantit aussi la protection continue de la santé et de l'environnement contre les risques présents dans les pesticides homologués au Canada en nous permettant d'éliminer l'exposition aux pesticides qui ne répondent plus à nos normes en matière de sécurité. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2001-03-f.pdf>

### ***Produits de formulation***

Par produit de formulation ou matière inerte, on entend toute substance ou tout groupe de substances autre qu'un ingrédient actif qui est ajouté intentionnellement à un produit antiparasitaire pour en améliorer les caractéristiques physiques (p. ex. facilité de vaporisation ou d'épandage, solubilité, stabilité). Les produits de formulation, tout comme les ingrédients actifs des pesticides, peuvent être préoccupants sur le plan toxicologique en ce qui concerne l'environnement et la santé. On a jugé que les produits de formulation de la liste 1 peuvent représenter un problème important en raison de leurs effets nocifs potentiels sur la santé et l'environnement. Ils seront graduellement éliminés des produits antiparasitaires d'ici au 31 décembre 2002.

À la suite des mesures que nous avons prises, tous les détenteurs d'homologation de produits de formulation de la liste 1 ont été rejoints; la plupart nous ont dit avoir l'intention de ne plus utiliser les produits de formulation de la liste 1. Jusqu'ici, 33 % des produits ne sont plus utilisés.

En conséquence, les produits de lutte antiparasitaire utilisés au Canada présentent moins de risque pour la santé des humains et de l'environnement. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/pro/pro2000-04-f.pdf>

---

## **La nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires***

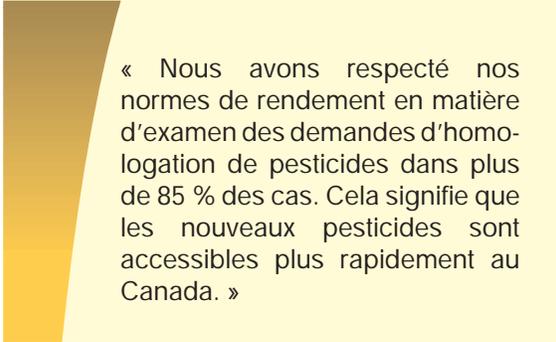
Nous avons appuyé le processus parlementaire concernant le projet de loi C-53, la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* proposée, qui a été déposée à la Chambre des communes le 21 mars 2002. La *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) est la principale loi fédérale de contrôle de l'importation, de la fabrication, de la vente et de l'utilisation de tous les produits pesticides au Canada.

La nouvelle Loi protégerait les Canadiens, et spécialement les enfants, en aidant à garantir que l'approvisionnement alimentaire est sûr et abondant. La nouvelle *Loi sur les pesticides* donnerait encore plus de force aux mesures de protection rigoureuses contre les risques pour les personnes et l'environnement qui découlent de l'utilisation des pesticides. Les Canadiens auraient accès à plus d'informations et auraient plus souvent l'occasion de faire part de leurs observations sur les décisions importantes en matière d'homologation des pesticides. En matière de réglementation des pesticides, une loi plus moderne, plus solide et plus claire fournirait les fondements législatifs solides nécessaires à la réduction des risques des pesticides et faciliterait l'accès à de nouveaux produits plus sûrs et le retrait de produits anciens qui pourraient représenter des risques plus élevés. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

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

## **Améliorer l'étiquetage des produits**

Nous avons préparé des modifications au Règlement sur les produits de lutte antiparasitaire pour exiger que l'étiquetage de tous les produits pesticides soit obligatoirement bilingue. Cela permet de garantir que tous les utilisateurs de pesticides au Canada peuvent obtenir des informations complètes sur une étiquette rédigée dans les deux langues officielles, dans le but de mieux protéger la santé, la sécurité et l'environnement. Les exigences relatives à l'étiquetage bilingue seront appliquées de façon graduelle pendant une période de cinq ans à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003.



« Nous avons respecté nos normes de rendement en matière d'examen des demandes d'homologation de pesticides dans plus de 85 % des cas. Cela signifie que les nouveaux pesticides sont accessibles plus rapidement au Canada. »

Nous avons proposé une directive relative à un programme d'amélioration de l'étiquetage dans le but de réduire les mauvais usages possibles des pesticides pour animaux de compagnie et de protéger la santé des animaux et des humains. L'initiative vise les pesticides qui sont appliqués sur l'épiderme des animaux de compagnie (les produits administrés par d'autres voies, par exemple par voie orale ou dans les yeux, sont réglementés comme médicaments vétérinaires). Désormais, les étiquettes fourniront plus de détails, y compris sur le type d'animal pour lequel le produit est

---

conçu, la fréquence des applications, le taux et la méthode d'application, l'âge minimum de l'animal. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2002-01-f.pdf>.

### ***Augmentation de l'efficience***

Nous avons continué à travailler à la réduction de la double réglementation. Par exemple, les règlements qui touchent les produits désinfectants ont été rassemblés et intégrés à la *Loi sur les aliments et drogues*, tandis que l'usage de pesticides dans des piscines ou des spa ou leur usage à titre d'agent de préservation ou d'agent myxobactéricide seront toujours couverts par la LPA. Nous avons aussi appuyé la réduction du fardeau administratif imposé aux titulaires d'homologation en inscrivant la LPA et son règlement dans une annexe de la nouvelle *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*. Ainsi, les titulaires d'homologation n'auront plus à publier les avis officiels visant de nouveaux produits ni à faire évaluer les risques que ces nouveaux produits pourraient présenter pour la santé des humains et la santé de l'environnement au regard de la *Loi sur la protection de l'environnement* ainsi que de la LPA.

La réduction du dédoublement des activités aidera à réduire les coûts de l'homologation pour l'industrie et pour les contribuables canadiens, qui auront l'assurance qu'il n'est pas nécessaire que deux ministères fassent la même évaluation des risques des produits.

### ***Nouvelles techniques d'évaluation et de gestion des risques***

Nous avons adopté trois nouvelles politiques en matière de gestion et d'évaluation des risques assorties de lignes directrices, dans le cadre des engagements pris en vertu de l'ALENA visant l'harmonisation des procédures d'évaluation du risque alimentaire pour déterminer l'innocuité des résidus de pesticides dans les aliments traités produits au Canada ou à l'étranger.

Des politiques de ce genre jouent un rôle de plus en plus important dans l'évaluation des risques des pesticides et améliorent la capacité de l'organisme de réglementation de prendre des décisions qui protégeront entièrement la santé publique et les sous-groupes plus sensibles de la population. L'objectif de l'ARLA est de faire en sorte que les évaluations de l'exposition et des risques soient le plus exactes et le plus réalistes possibles, de façon que l'ensemble de la population, y compris les enfants et les nourrissons, soit entièrement protégée.

### ***Conformité avec la Loi sur les produits antiparasitaires et son règlement***

#### ***Sanctions pécuniaires administratives***

La fin de l'exercice marque aussi la fin de la première année complète d'utilisation des Sanctions pécuniaires administratives (SPA) comme outil de conformité. Les SPA représentent une mesure d'application de la loi que l'on

---

peut imposer lorsqu'une personne ou une entreprise ont contrevenu à la LPA, ce qui permet d'éviter d'entamer des poursuites en vertu de la Loi elle-même. On peut imposer les SPA plutôt qu'une autre des sanctions prévues par la LPA et son règlement, ou en plus de celle-ci.

Les SPA nous permettent une approche d'application de la loi plus stratégique et plus proactive. Puisque c'est l'ARLA qui a autorité de décider à quel moment imposer une pénalité d'ordre pécuniaire, ses représentants peuvent agir de façon plus efficiente dans les situations de non-conformité. On peut ainsi prendre des mesures immédiates dès qu'on signale un cas de non-conformité. Avec les SPA, l'ARLA a un éventail d'options plus large au moment de choisir la mesure de redressement adéquate dans une situation de non-conformité. L'expérience des autres agences qui gèrent des sanctions semblables révèle que cette approche obtient de très bons résultats au chapitre de l'augmentation de la conformité.

Pour la première année complète d'utilisation des SPA, l'exercice débouche sur l'émission de quatre avis de violation et l'ouverture de 20 autres dossiers qui seront complétés pendant l'exercice 2002-2003. Nous avons aussi mené à bien six poursuites pour infraction, visant entre autres l'usage illégal d'un pesticide sur les framboises et la vente d'un produit de contrôle non homologué. On entame des poursuites au criminel lorsqu'une entreprise ou un particulier a agi en toute connaissance de cause ou s'est rendu coupable de négligence, que l'infraction entraîne un risque important pour la santé, la sécurité ou l'environnement ou qu'elle

constitue une fraude importante. De 1995 à 2001, l'Agence a mené à bien 32 poursuites, réduisant ainsi les risques liés à un usage impropre ou illégal de pesticides pour les Canadiens.

## **Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides**

### ***Des pelouses en santé***

Nous avons poursuivi la mise en œuvre du **Plan d'action pour les pesticides en milieu urbain**, qui comprend entre autres la **Stratégie pour pelouses saines** (<http://www.healthylawns.net>). L'objectif de cette stratégie est de réduire l'utilisation, par les Canadiens, de pesticides pour l'entretien des pelouses en produisant du matériel éducatif à l'intention des propriétaires, en améliorant l'étiquetage des pesticides, en évaluant les types de pesticides accessibles aux propriétaires, en revoyant la classification des pesticides, en augmentant les connaissances des paysagistes et en **réévaluant** les insecticides et les herbicides les plus facilement accessibles pour vérifier qu'ils sont conformes aux normes actuelles.

### ***Base de données nationales sur les ventes de pesticides***

L'ARLA a terminé le cadre de la base de données sur les pesticides et le système électronique d'enregistrement de données visant les titulaires d'homologation. On travaille toujours à l'amélioration des aspects techniques de la collecte de données. On poursuit

---

en outre l'élaboration de règlements visant à rendre obligatoire la transmission de données sur les ventes. La base de données sur les ventes de pesticides permettra de faire le suivi du volume et des types de pesticides vendus au Canada. Ces informations pourront faciliter l'estimation des risques pour la santé et pour l'environnement et pourront aussi servir à établir les priorités relatives à la réévaluation des pesticides ou à déterminer l'usage des pesticides à risque réduit.

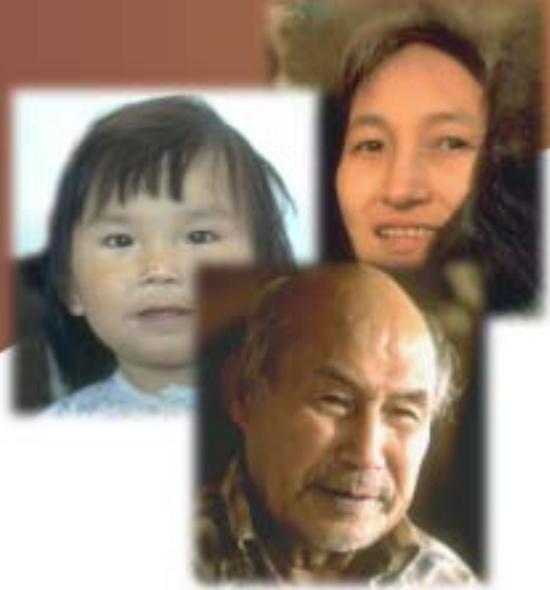
### ***Pesticides à risque réduit***

Avec la collaboration de l'EPA des États-Unis et de l'organisme CICOPLAFEST du Mexique, l'ARLA a conçu un processus d'examen commun des produits pesticides qui contiennent les pesticides chimiques conventionnels (1996) ou dont l'ingrédient actif est un produit microbien ou un produit semiochimique arthropode (1997). Ces examens augmentent l'efficacité du processus d'homologation, facilitent l'homologation simultanée dans les pays participants et augmentent l'accès à de nouveaux outils de gestion de la

lutte antiparasitaire. Grâce à ces programmes, les agriculteurs du Canada ont accès aux nouvelles technologies améliorées en même temps que leurs homologues des États-Unis; l'accès à une nouvelle technologie à risque réduit favorise la réduction des risques des pesticides pour les Canadiens.

Cette année, le Programme d'examen conjoint de l'ALENA a homologué un pesticide à risque réduit et commencé l'examen de trois autres pesticides chimiques à risque réduit et de deux pesticides microbiens. Jusqu'ici, 23 homologations ont été accordées dans le cadre des programmes d'examen conjoint et de partage des tâches. Cela inclut dix produits chimiques conventionnels, neuf produits chimiques à risque réduit, deux agents microbiens et deux phéromones (matières actives et préparations commerciales). En ce moment, 31 demandes d'homologation font l'objet d'examens conjoints ou d'un partage de tâches. De ce nombre, 11 concernent des produits chimiques conventionnels, 13 des produits à risque réduit et six, des agents microbiens. Une demande vise un produit à usage limité et fait l'objet d'un projet pilote. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2002-02-f.pdf>



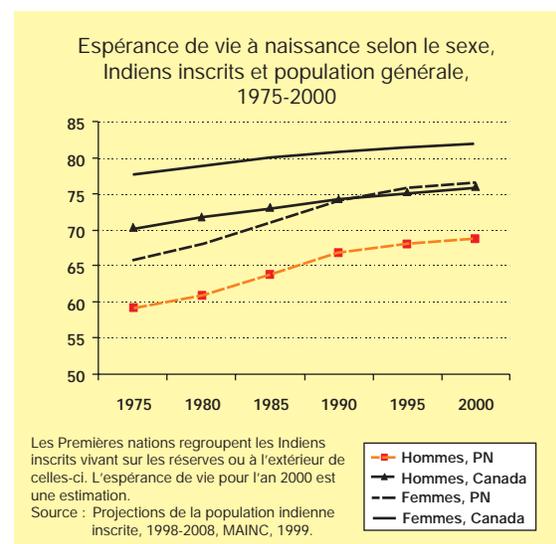
## Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens

### Santé des Premières nations et des Inuits

Nous avons mis en place une gamme de stratégies et d'activités à long terme qui élargissent les responsabilités des collectivités des Premières nations et des Inuits en ce qui touche la conception, l'exécution et la gestion des programmes et des services de santé ainsi que l'établissement des priorités. Les mesures que nous avons prises ont permis d'accélérer l'amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits. Par exemple, la mortalité infantile a diminué de moitié, et l'espérance de vie a augmenté de 10 ans depuis 1979.

Cependant, nous subissons les mêmes pressions que les autres fournisseurs de soins de santé, par exemple la pénurie de personnel infirmier, l'augmentation rapide du coût des médicaments et de nouvelles technologies coûteuses. Il faut de plus ajouter les défis particuliers occasionnés par des facteurs qui touchent plus précisément la gestion des services de

santé des Premières nations et des Inuits, par exemple l'éloignement et l'isolement de nombreuses collectivités clientes, le mauvais état de santé des membres des Premières nations et des Inuits et les répercussions de l'augmentation de la population sur les réserves qui, selon les prévisions, était de 2,9 % en 2001-2002 seulement. Nous avons déjà dû réagir à l'augmentation de la population des personnes âgées qui, dans ces collectivités, était de 40 % plus élevée que dans la population



### Objectif

Fournir des services et des programmes de santé durables aux communautés des Premières nations et aux communautés inuites 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, dans un contexte d'autonomie et de contrôle de la part des Premières nations et des Inuits et en collaboration avec les provinces et les territoires.

### Description

Le secteur de la santé des Premières nations et des Inuits remplit son mandat par :

- l'exécution de programmes communautaires de prévention et de promotion de la santé dans les réserves et dans les communautés inuites;
- la prestation de services de santé non assurés aux membres des Premières nations et

aux Inuits, indépendamment de leur lieu de résidence au Canada;

- la prestation de soins de santé primaires et de services d'urgence dans les réserves situées dans des régions éloignées ou isolées où aucun service provincial n'est facilement accessible.

Santé Canada appuie également le passage à une gestion et à un contrôle accrus de ces services de santé, en vertu des relations renouvelées avec les Premières nations et les Inuits et d'une nouvelle définition du rôle du gouvernement fédéral. Santé Canada participe à l'élaboration des politiques gouvernementales sur les questions autochtones.

### Dépenses réelles 2001-2002 (en millions de dollars)

Dépenses brutes	1 346,0 \$
Recettes	(6,9) \$
Dépenses nettes	1 339,1 \$

canadienne générale. Nous avons aussi dû réagir à la dégradation et aux exigences d'entretien de nos 691 établissements hospitaliers, centres de traitement des toxicomanies, postes de soins infirmiers et autres installations.

Santé Canada fait de l'amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et de la réduction des inégalités en matière de santé entre ces collectivités et les autres Canadiens une priorité. Conformément aux engagements généraux du gouvernement, nous respectons cette priorité en renouvelant nos relations avec les Premières nations et les Inuits et en précisant le rôle du gouvernement

fédéral. Dans le budget 2000, on a annoncé, en plus du financement existant, l'attribution de fonds supplémentaires pour la santé des Premières nations et des Inuits, soit une somme de 50 millions de dollars pour 2001-2002. Ce nouvel investissement favorisera la durabilité de nos programmes de santé communautaire et atténuera les problèmes de financement du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Pour faciliter l'atteinte de nos objectifs, nous avons défini les quatre attentes clés suivantes en ce qui concerne le rendement pour 2001-2002 :

- amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens;
- population des Premières nations et Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé;
- disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'attention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires;
- gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés.

## **Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens**

Nous avons travaillé avec quelque 630 collectivités des Premières nations et des Inuits pour fournir une gamme de services de santé communautaires et de soins primaires. Ces services s'attachent à la prévention des maladies transmissibles, à la prévention du diabète et à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la qualité de l'eau potable, aux services de

Environ 6 500 enfants des Premières nations vivant sur une réserve ont participé à l'un des 314 projets du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, qui propose des stratégies d'intervention précoces favorisant le développement.

lutte contre la toxicomanie et aux services de santé complémentaires. Nous avons financé quelque 800 postes d'infirmiers ou d'infirmières et 700 postes de travailleurs en santé communautaire pour exécuter nos programmes. Ces programmes et ces services visent la réduction des écarts entre le niveau de santé des Premières nations et des Inuits et de celui de la population générale.

Au cours de l'année, nous avons accordé une attention particulière aux défis clés suivants en matière de santé.

### ***Plans d'action sur le VIH/sida***

En raison des répercussions de l'épidémie de VIH/sida sur les collectivités des Premières nations et les Inuits, nous avons appuyé l'élaboration de plans d'action régionaux sur le VIH/sida pour mieux sensibiliser la population au moyen d'initiatives d'éducation et de prévention. Ces plans visent en outre le traitement, les soins et le soutien et comptent sur la participation des Premières nations et des Inuits. À l'échelle nationale, nous avons appuyé le plan national de mise en oeuvre présenté par l'Assemblée des Premières nations et l'élaboration d'une stratégie globale, la Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les Autochtones, dont la coordination a été confiée au Réseau canadien autochtone

---

du sida par l'entremise d'un groupe de travail national.

### ***Réduction des répercussions du diabète***

Le diabète est l'une des principales maladies chroniques qui touchent les Premières nations et les Inuits, et son incidence est de trois à cinq fois plus élevée que dans la population générale. C'est pourquoi nous avons déjà collaboré avec les peuples autochtones à la mise en oeuvre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Cette initiative a permis de multiplier les activités de prévention et de traitement et d'offrir aux peuples autochtones un accès plus étendu aux programmes de traitement du diabète adaptés sur le plan culturel. Pendant l'exercice 2001-2002, 580 collectivités des Premières nations et des Inuits ont appliqué l'Initiative, ce qui a permis d'augmenter le niveau de sensibilisation à propos du diabète, de renforcer la participation de la collectivité aux programmes et d'offrir un meilleur accès aux services de prévention, de promotion de la santé, de soins et de traitement. De plus, 39 programmes à l'intention des Métis ont reçu du financement visant la création de programmes de prévention primaire et de programmes de promotion de la santé adaptés sur le plan culturel à l'intention des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain.

Pour obtenir plus d'informations sur ce programme, veuillez consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/ida/index.htm>.

### ***Les défis de la santé environnementale***

Nous avons réagi à la question des problèmes de santé qui menacent certaines collectivités des Premières nations et des Inuits et qui sont attribuables à un risque environnemental local. La priorité consistait à améliorer les mesures de contrôle de l'eau potable; nous avons donc fourni des trousse de tests bactériologiques et chimiques aux collectivités. Nous avons aussi formé des agents d'hygiène du milieu pour qu'ils puissent vérifier la qualité de l'air dans les logements, et nous leur avons offert des cours d'appoint sur le transport en toute sécurité des matières dangereuses. Ces mesures nous ont aidés à réduire les effets nocifs sur la santé liés à une eau impropre à la consommation, à l'élimination des déchets et aux contaminants de l'environnement, à accroître le nombre des installations situées sur les réserves qui respectent les normes de santé et de sécurité et d'assurer l'élimination appropriée des matières dangereuses.

### ***Promotion de la santé mentale***

Nous avons parachevé le Cadre national sur la santé mentale avec les travailleurs de première ligne dans le domaine de la santé mentale et nous avons mis sur pied un groupe consultatif sur la prévention du suicide. Cette année, nous présenterons un rapport sur la santé mentale chez les Autochtones et des recommandations au Chef national de l'Assemblée des Premières nations, dans le but d'entreprendre l'élaboration de stratégies de lutte contre les problèmes de santé mentale dans les collectivités des Premières nations.

## Population des Premières nations et Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé

### Répondre aux besoins des enfants, des jeunes et des familles

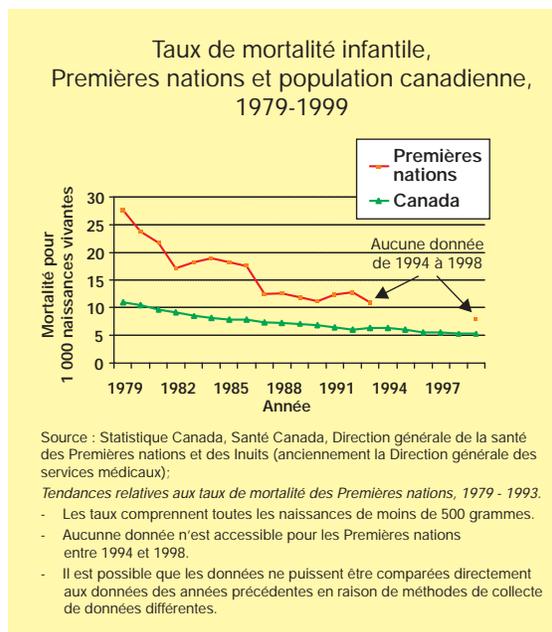
Une plus grande sensibilisation aux enjeux de la santé permet d'améliorer le développement des enfants des Premières nations et des Inuits, de leur assurer une bonne santé ainsi qu'à leur famille. Une collectivité bien renseignée est en mesure de prendre des décisions relatives aux programmes et services qui amélioreront la santé. Dans le but d'assurer aux familles des Premières nations et des Inuits une meilleure qualité de vie, nous avons mis en oeuvre des programmes d'intervention précoces visant les enfants et

élaboré des campagnes de sensibilisation pour attirer l'attention sur les situations qui menacent la santé des familles. La façon dont le Ministère administre les programmes et les initiatives visant l'amélioration de la santé des enfants et des familles des Premières nations et des Inuits a entraîné une diminution constante du taux de mortalité infantile au cours des 20 dernières années.

### Diffusion des pratiques exemplaires du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR) vise à préparer les jeunes enfants des Premières nations à entrer à l'école en veillant à ce que l'on réponde à leurs besoins émotionnels, sociaux, sanitaires, nutritionnels et psychologiques. Le programme favorise la mise en oeuvre de projets liés à un de ces éléments, projets qui sont gérés à l'échelle locale dans les collectivités des Premières nations qui cherchent à susciter un sentiment de fierté et un désir d'apprendre, à renforcer les compétences parentales, à favoriser le développement émotionnel et social, à augmenter le niveau de confiance en soi et à améliorer les relations familiales.

En décembre 2001, nous avons parrainé la tenue de l'atelier annuel de formation pour les coordonnateurs du Programme d'aide préscolaire, ce qui leur a permis de partager leurs expériences et leurs connaissances et de transmettre ce qu'ils avaient appris aux autres membres de la collectivité. La conférence et le rapport final ont favorisé l'acquisition de compétences et renforcé les capacités des coordonna-



---

teurs communautaires du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Pour obtenir plus d'information sur ce programme, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/pappn/index.htm>.

### ***Mise à jour du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)***

Le volet du PCNP à l'intention des Premières nations et des Inuits vise à améliorer l'alimentation des femmes enceintes dont la situation comporte des risques pour leur santé et le développement de leur enfant. Nous avons élargi la portée et la longueur du programme pour l'offrir aux femmes et aux nourrissons des Premières nations et des Inuits. Environ 90 % des femmes admissibles participent au programme et plus du tiers le font depuis le premier trimestre de la grossesse. Les premiers résultats montrent que le PCNP a des répercussions positives sur certains indicateurs clés de la santé maternelle et infantile. On constate en particulier que la durée de l'allaitement augmente parallèlement à la participation au programme. En outre, plus de 500 travailleurs de première ligne dans le domaine de la santé ont participé à des activités de formation régionales qui traduisent notre engagement envers le renforcement des capacités liées à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des programmes.

### ***Le défi du syndrome de l'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcoolisme sur le fœtus (SAF/EAF)***

Dans son Discours du Trône de 2001, le gouvernement s'est engagé à

appuyer les efforts de collaboration visant la réduction du nombre de nouveaux-nés touchés par le syndrome de l'alcoolisme fœtal. Dans le but d'augmenter les connaissances en matière de prévention du SAF/EAF, nous avons appuyé la conception de documents de sensibilisation et avons commencé à les distribuer dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. À cela s'ajoutent des efforts visant la capacité des collectivités de faire face aux enjeux du SAF/EAF ainsi que des ateliers de formation sur la sensibilisation, la prévention et les compétences parentales, qui ont été offerts dans plusieurs régions. Nous avons aussi élaboré un cadre d'évaluation du SAF/EAF.

### **Disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'attention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires**

Nous avons collaboré avec les partenaires des Premières nations et des Inuits pour définir des priorités communes en matière de santé dans un système de santé renouvelé. Offrir des services de santé efficaces et accessibles aux collectivités des Premières nations et des Inuits exige des stratégies à long terme visant la durabilité des services et des programmes de santé. L'amélioration des mécanismes de prise de décisions axées sur des données probantes, par exem-

---

ple l'amélioration du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI), fait partie intégrante de cette entreprise.

### ***Lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues***

L'abus de l'alcool et des drogues préoccupe grandement les collectivités des Premières nations et des Inuits. Nous avons collaboré avec elles pour assurer le traitement, la prévention et l'intervention par l'entremise du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

À l'échelle communautaire, on observe un renforcement des capacités : les membres des Premières nations et les Inuits gèrent actuellement 96 % des ressources du PNLAADA en vertu d'accords de contribution et de huit partenariats régionaux sur la toxicomanie, qui collaborent avec la National Native Addictions Partnership Foundation (NNAPF).

Pendant l'exercice 2001-2002, les 48 centres de traitement du PNLAADA comptaient 695 lits pour accueillir des patients. De plus, les neuf centres de traitement de l'abus des solvants, qui comptent 120 lits, ont offert un traitement à quelque 321 clients. Il existe en outre plus de 550 programmes communautaires offerts par environ 734 travailleurs régionaux. Les programmes permanents de traitement des personnes hospitalisés et les programmes communautaires visent à améliorer la qualité de vie des personnes qui cherchent de l'aide et à augmenter l'accessibilité aux traitements.

Une autre priorité de l'année en cours visait l'amélioration de la qualité des soins : 20 centres respectant les normes de traitement du PNLAADA ont été agréés. Dans le but d'améliorer l'accès aux informations sur la toxicomanie, nous avons conçu un nouveau système d'information sur la toxicomanie, et certains sites choisis ont mis sur pied un projet pilote pour en faire l'essai.

Pour obtenir plus d'information sur le PNLAADA, veuillez consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/pnlaada/index.htm>.

### ***Élargissement des soins à domicile et des soins en milieu communautaire***

Nous nous sommes engagés à aider les membres des Premières nations et les Inuits qui vivent avec une maladie chronique ou aiguë à conserver un niveau optimal de santé, de bien-être et d'autonomie à domicile et dans leur collectivité. Le programme garantit qu'un ensemble universel des services essentiels pourront être offerts à domicile et en milieu communautaire pour aider les clients. Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits a été élaboré et mis en oeuvre avec la collaboration des Premières nations et des Inuits. Pendant l'exercice 2001-2002, 96 % des collectivités des Premières nations et des Inuits disposaient des ressources nécessaires pour préparer la prestation des services; les collectivités qui avaient accès aux services de ce programme étaient de 51 % plus nombreuses. Dans le but d'assurer l'efficacité du programme, nous avons conçu un cadre de responsabilisation et

---

de gestion axée sur les résultats, un manuel sur la prestation des services et des outils de responsabilisation.

Pour obtenir plus d'information sur ce programme, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/spsp/psdmcpni/index.htm>.

### ***Amélioration du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI)***

L'amélioration des informations sur la santé et des technologies de l'information est essentielle si l'on veut recueillir et gérer les données nécessaires pour comprendre les enjeux relatifs à la santé des Premières nations et des Inuits et assurer l'efficacité du système. C'est un élément critique pour une prestation de services efficace, une meilleure gestion et la prévision des besoins en santé. Nous avons donc élargi la portée du SISPNI. À la fin de l'exercice 2001-2002, nous avons terminé l'installation du Système dans environ 65 % des collectivités. En avril 1999, 275 collectivités étaient branchées à 190 sites; en mars 2002, 437 collectivités étaient branchées à 360 sites.

L'une des priorités du SISPNI vise l'intégration dans les systèmes provinciaux d'information sur la santé publique. Nous avons par exemple réalisé des projets pilotes d'échange de données avec le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique. Nous avons aussi mis sur pied des projets visant à coordonner les informations sur les soins à domicile et en milieu communautaire et le diabète. On s'attend à ce que ces projets

permettent d'améliorer les soins offerts aux patients en cernant les conflits potentiels des thérapies.

### ***Élargissement de l'accès à la télésanté***

Puisque bon nombre des collectivités des Premières nations et des Inuits vivent dans des régions éloignées, les services de la télésanté promettent d'être un moyen valable de lier ces collectivités avec les experts spécialisés en santé, ce qui permet d'améliorer l'accès aux services et de réduire les frais de transport. Pour explorer cette avenue, nous avons entrepris et terminé des projets de recherche sur la télésanté dans les collectivités suivantes : La Romaine, Québec, Berens River, Manitoba, Southend, Saskatchewan, Fort Chipewyan, Alberta et Anahim Lake, Colombie-Britannique. Nous avons aussi mis en oeuvre des services de la télésanté dans 41 collectivités des Premières nations en Alberta, avec la collaboration du gouvernement albertain, de l'entreprise Telus et du Blue Quills First Nations College. Les résidents sont maintenant branchés sur les services de santé mentale, d'éducation concernant le diabète, de téléélectrocardiogramme et de téléadaptation.

Pour plus d'information sur la télésanté, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/spsp/telesante/index.htm>.

### ***Indicateurs de surveillance***

Nous avons amélioré notre capacité de présenter des rapports sur la santé des Premières nations et des Inuits, d'en tirer des analyses et de brosser des

---

tableaux comparatifs par rapport à la population du Canada en élargissant nos indicateurs de surveillance de la santé. Grâce à ces activités, nous avons obtenu des informations sur les maladies transmissibles et des données sur l'immunisation systématique dans les Premières nations et chez les Inuits de l'ensemble des provinces et des territoires. Ces informations nous ont permis d'étudier les nouveaux vaccins, de planifier les interventions thérapeutiques et d'explorer les relations entre les facteurs environnementaux et la propagation des maladies infectieuses. Nous avons aussi élargi la gamme des indicateurs de surveillance pour y inclure les maladies chroniques comme le cancer, le diabète et les blessures.

### ***Services de santé non assurés***

Le Programme des SSNA, qui s'ajoute aux services et programmes communautaires, fournit toute une gamme de biens et de services médicalement nécessaires aux Indiens inscrits, aux Inuits et aux Innus reconnus pour compléter les services offerts dans le cadre d'autres programmes privés, provinciaux ou territoriaux. Le Programme contribue largement à la réalisation des objectifs en matière de soins de santé offerts aux Premières nations et aux Inuits. Le Programme couvre les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, l'équipement médical et les fournitures médicales, les services de santé mentale à court terme, le transport à des fins médicales, et les primes d'assurance-médicaments dans certaines provinces. Les services sont fournis par des professionnels de la santé conformément aux pratiques exemplaires relatives à la prestation des services de

santé et aux normes de soins axés sur des données probantes.

### ***Création de partenariats***

Nous avons mis sur pied un comité conjoint avec l'Assemblée des Premières nations et l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) dans le but de constituer un partenariat sur le renouvellement. L'objectif de ce partenariat est de renouveler le système de santé des Premières nations et des Inuits après avoir examiné les questions relatives à l'intégration, à la responsabilisation, à la durabilité et au renforcement des capacités, et d'élaborer un cadre à l'appui de ces relations. Le comité étudie les façons d'améliorer les résultats pour la santé et l'accès des Premières nations et des Inuits à des services de santé de qualité en leur permettant de prendre en charge leurs propres programmes de santé.

Nous avons aussi conçu et mis en oeuvre la Stratégie territoriale pour le bien-être avec la participation des gouvernements territoriaux et des regroupements des Premières nations et des Inuits. Cette stratégie améliorera la qualité du dialogue, de la compréhension et de la collaboration entre les représentants fédéraux, territoriaux et communautaires, augmentera la synergie, l'efficacité et la rentabilité, réduira le fardeau administratif et permettra des décisions stratégiques plus éclairées.

---

## **Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés**

### ***Assurer des programmes durables et d'une gestion responsable***

On a mis l'accent sur l'amélioration de la responsabilisation dans le but d'améliorer la conception et l'exécution des programmes tout en informant les Premières nations, les Inuits et l'ensemble des Canadiens au sujet de l'efficience et de l'efficacité des programmes et de l'utilisation des fonds publics. Santé Canada travaille en partenariat avec les Premières nations et les Inuits dans la création de programmes durables et d'une gestion responsable. On s'attache plus particulièrement au transfert de connaissances et au renforcement des capacités touchant la gestion et les questions de prise en charge.

### ***Programmes de santé communautaire : une gestion plus responsable***

Pour améliorer la responsabilisation et renforcer les pratiques de gestion, nous avons reformulé 16 accords de contribution pour créer sept nouveaux accords de contribution normalisés. L'accord clarifie et définit les rôles et les responsabilités de toutes les parties intéressées. On a ajouté des clauses et

on en a modifié d'autres pour améliorer la gestion des risques et réagir aux recommandations du Vérificateur général. De plus, ces accords permettent au Ministère et aux collectivités des Premières nations et des Inuits de présenter au public la manière responsable dont ils utilisent de façon prudente les fonds publics. Nous avons publié un guide exhaustif sur les normes relatives aux ententes, le *Guide sur les accords types*, et présenté un nouveau Cadre de la politique d'intervention. Nous avons renforcé notre propre responsabilisation interne en adoptant un nouveau processus d'acheminement et nous avons mis en place un système de surveillance des accords de contribution.

### ***Réponse au Comité permanent des comptes publics***

Le Comité permanent des comptes publics a réagi au Rapport du vérificateur général pour 2000. Dans les recommandations faites en décembre 2001, celui-ci exige que Santé Canada prenne des mesures pour améliorer ses activités de gestion et de responsabilisation et qu'il présente des rapports à ce sujet.

L'application des mesures de redressement nous a permis de franchir plusieurs jalons importants en 2001-2002. Par exemple, nous avons présenté de nouveaux cadres de responsabilisation en matière de programmes, élaboré et conclu de nouveaux accords normalisés et mis en place un système unique de gestion des contributions et des contrats qui améliorera les activités de présentation de rapports, de contrôle et de vérification.

---

Les mesures de suivi adoptées en réponse aux recommandations du Comité permanent des comptes publics et une copie de la réponse du gouvernement au rapport du Comité se trouvent dans la version électronique de l'annexe D, à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm>. On a aussi intégré dans l'appendice B un rapport sommaire sur nos mesures de suivi.

### ***Gestion efficace des Services de santé non assurés (SSNA)***

Au cours de l'année, nous avons répondu à certains besoins précis en services et nous nous sommes inspirés des efforts antérieurs visant l'amélioration de la gestion des SSNA pour améliorer la qualité des services offerts aux Premières nations et aux Inuits et pour mieux répondre aux impératifs financiers. Pour assurer une meilleure gestion des frais de transport, nous avons renégocié le tarif des compagnies de taxi et d'ambulance qui servent les collectivités des Premières nations et des Inuits dans certaines régions; établi un programme de transport médical pour les SSNA en fonction des nouveaux accords de contribution normalisés conclus avec les collectivités des Premières nations et des Inuits; élaboré un cadre d'évaluation du transport des malades qui nous permettra de cerner plus facilement les erreurs de facturation et de recouvrer les trop-payés; et élaboré un système électronique de rapports sur le transport des malades qui sera opérationnel et accessible sur Internet en juillet 2002.

Nous avons fait des progrès importants au chapitre de la gestion des coûts grâce à l'adoption d'un certain nombre de mesures visant l'efficacité. Ces

mesures se sont révélées très efficaces, et le taux de croissance des dépenses des programmes a diminué tout au long de la décennie, passant de 22,9 % en 1990-1991 à 5,7 % en 2000-2001. Malgré les stratégies de gestion des coûts que nous avons adoptées, les prévisions indiquent que l'on doit s'attendre à une augmentation soutenue des dépenses des programmes. Par exemple, les dépenses liées à l'assurance-médicaments ont augmenté à elles seules de 25 % entre 1995-1996 et 1999-2000. Bien que ces données se comparent avantageusement aux régimes d'assurance-médicaments de six provinces, qui ont connu une augmentation de 50 % du coût des médicaments pendant la même période, l'augmentation fulgurante du coût des médicaments représente un fardeau important pour la durabilité de l'ensemble du Programme des SSNA.

Nous avons aussi amélioré la gestion des fournitures médicales et de l'équipement médical en appliquant un cadre pour prévoir des lignes directrices relatives à l'approbation des services; en définissant les exigences relatives aux qualifications des fournisseurs de façon à mieux répondre aux besoins des clients et en garantissant l'évaluation appropriée des fournisseurs de fournitures et de l'équipement médicaux; et en mettant en oeuvre une initiative de réutilisation de l'équipement médical. Toutes ces activités ont permis de réduire de 19,8 % le coût des fournitures et de l'équipement médicaux pour 2001-2002.

L'amélioration des services fournis par le Centre d'exception pour médicaments des SSNA a permis de garantir que les clients des Premières nations et des Inuits ont un accès égal aux

---

médicaments prescrits et que l'approbation se fait toujours en fonction d'une approche équitable et uniforme. La rationalisation constante des procédures et des systèmes du Centre a permis d'améliorer les services aux consommateurs et d'accélérer le processus d'approbation.

On s'est attaché tout particulièrement à l'amélioration des services dentaires. Nous avons modifié le volet dentaire du Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement : c'est maintenant le même sous-traitant qui s'occupe des volets dentaires et pharmaceutiques. L'utilisation d'un système unique a simplifié le traitement de l'ensemble des demandes. Il a aussi permis d'accélérer le délai nécessaire au système pour le traitement des demandes, des demandes de renseignements présentées par les voies de communications sans frais, et la prédétermination des plans de traitements dentaires dans les régions. L'amélioration de l'outil de présentation de rapports ponctuels a raccourci les délais de production des rapports.

### ***Augmentation de la capacité grâce à des plans complets de santé communautaire***

Les capacités internes et externes sont la clé de la réussite en matière de responsabilisation. Nous avons déjà entamé des discussions avec les Premières nations, les Inuits et d'autres ministères fédéraux au sujet du renforcement des capacités. Pour aider nos clients, nous avons aussi conçu des plans sur les compétences internes visant la planification, la surveillance et la présentation de rapports.

Santé Canada a joué un rôle de premier plan dans la création du Comité interministériel du renforcement des capacités. Ce comité offre aux différents ministères un lieu d'échange d'informations et de pratiques exemplaires, leur permettant de cerner les liens possibles ainsi que les points communs de leurs responsabilités respectives.

Pour répondre aux besoins particuliers en santé communautaire, nous avons élaboré des plans complets sur la santé communautaire et les avons mis à l'essai dans quatre collectivités des Premières nations : le conseil de la bande de Kitselas, dans la Région du Pacifique; la Première nation crie de Bigstone, en Alberta, la Première nation de Little Grand Rapids, dans la Région du Manitoba; la Première nation Eagle Village-Kipawa au Québec. On a préparé des cours de formation, des modèles et des lignes directrices pour aider les collectivités à élaborer leurs plans de santé. Ces plans de santé communautaire augmenteront la capacité des Premières nations et des Inuits d'établir l'ordre de priorité de leurs besoins et de leurs ressources en santé, de gérer et d'intégrer les programmes et les services, d'utiliser de façon rationnelle les ressources financières et humaines et d'améliorer les activités de collecte des données et de production de rapports. Nous avons créé un Recueil des programmes de santé des Premières nations et des Inuits qui permet aux collectivités d'obtenir les informations nécessaires au moment de choisir les programmes qui conviennent à leurs plans de santé communautaire. On y décrit en détail tous les programmes accessibles aux collectivités des Pre-

---

nières nations et des Inuits. C'est dans le Recueil que les Premières nations et les Inuits choisiront les programmes les mieux adaptés à leurs collectivités respectives; ils y trouveront aussi les exigences relatives à la présentation de rapports de chaque programme.

### ***Intégration des principes du développement durable***

Nous avons créé une fonction permanente relevant du secteur d'activités de la santé des Premières nations et des Inuits dans le but d'intégrer les principes du développement durable et de la gestion environnementale dans nos programmes et activités. Nous avons élaboré un système de gestion environnementale qui sert à la formation et au suivi des activités entreprises pour réduire au minimum les effets négatifs pour l'environnement, par exemple, l'évaluation des déchets non dangereux et de l'eau dans nos hôpitaux.

### ***Évaluation de nos programmes***

Nous avons terminé l'évaluation des projets pilotes visant à appuyer le transfert des SSNA. On a dégagé de ces évaluations une orientation fondée sur des données probantes qui servira à l'élaboration de projets pilotes ultérieurs. Au cours de 2001-2002, nous avons reçu le rapport final des dix projets pilotes, y compris un rapport d'ensemble intégré. Trois projets

pilotes se poursuivent, et les autres ont fait l'objet d'un accord de contribution. Dans le but de réaliser des économies d'échelle et d'assurer la durabilité, les projets pilotes qui se poursuivent devront intégrer l'ensemble des services, des membres et de la clientèle d'ici octobre 2002.

Santé Canada a aussi conçu une stratégie de mesure du rendement en trois volets pour les programmes communautaires. Une mise à jour annuelle des programmes fournira des informations sur les résultats à court terme obtenus grâce à un ensemble de base d'indicateurs des programmes (p. ex. informations sur les clients, fonctions des programmes, compétences/formation, gestion financière). Des évaluations nationales des programmes, réalisées à mi-parcours, permettront d'obtenir des données plus complètes et axées sur le risque. Les activités de surveillance de la santé permettront de suivre de près les changements à long terme de la santé. Nous pourrions mettre cette stratégie de rendement à l'épreuve dans les sites des projets pilotes du Plan de santé communautaire.

Direction générale de la santé  
des Premières nations et des  
Inuits

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



## Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur les données probantes

### Gestion de l'information et du savoir

Une prestation améliorée des services de santé et des mécanismes de prise de décisions plus éclairées contribuent

#### 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 sur la santé produites en temps opportun, accessibles et fiables favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure responsabilisation pour le public.

#### Description

Le secteur de la gestion de l'information et du savoir est responsable de l'amélioration de la base de données probantes (information et analyses) pour la prise de décisions et la responsabilisation pour le public, de la mise à jour du cadre

stratégique et des politiques à long terme qui établissent, orientent et réorientent la participation du gouvernement fédéral aux politiques sur la recherche en santé, de la conception d'une utilisation créative des technologies modernes de l'information et des communications (y compris l'autoroute de l'information) dans le secteur de la santé et, en collaboration avec les provinces et les territoires, le secteur privé et des partenaires internationaux, de la prestation de conseils, d'expertise et d'assistance en ce qui a trait à la gestion de l'information, aux technologies de l'information, à la planification et au fonctionnement.

#### Dépenses réelles 2001-2002

(en millions de dollars)

Dépenses brutes	281,3 \$
Recettes	S/O
Dépenses nettes	281,3 \$

---

à de meilleurs résultats pour la santé des Canadiens.

Dans ces domaines, 49 % des dépenses ministérielles visent la gestion de l'information et du savoir et les systèmes des technologies de l'information essentiels au Ministère. Ces dépenses couvrent la conception d'applications logicielles, les télécommunications et le fonctionnement des ordinateurs, activités essentielles à la mission, les systèmes et les services de gestion de l'information qui appuient les services et les programmes nationaux de santé offerts aux Canadiens ainsi que le travail de plus de 8 000 employés du Ministère au pays. L'autre partie des dépenses, 51 %, soutient la réalisation de meilleurs résultats pour la santé grâce aux innovations touchant les technologies des communications et de l'information, la mise en place de celles-ci, et la prise de décisions fondées sur des données probantes. Pour favoriser la réalisation de notre objectif, nous avons défini trois attentes en matière de rendement :

- une infrastructure 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;
- décisions relatives aux politiques en matière de santé fondées sur des données probantes (données et analyses), dont une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux se rapportant aux soins de santé;
- responsabilisation relative aux programmes, aux politiques et aux

fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.

Avec la collaboration des provinces et des territoires, de nos clients du secteur de la santé et d'autres partenaires, nous avons mis en oeuvre une gamme de stratégies et d'activités qui, avec le temps, nous aideront à réaliser ces objectifs. Pour l'exercice 2001-2002, Santé Canada a défini quatre priorités à ce chapitre :

- réaliser des progrès importants au regard des priorités clés de l'infrastructure pancanadienne de la santé;
- montrer qu'il est possible de mesurer l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des systèmes et des services de santé en utilisant les technologies des communications et de l'information;
- augmenter le volume de données et d'analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de santé;
- augmenter la capacité de Santé Canada de contrôler et d'améliorer le rendement de ses principaux programmes et de produire des rapports à ce sujet.

## **Réaliser des progrès importants au regard des priorités clés de l'infrastructure pancanadienne de la santé**

L'élaboration de l'infrastructure canadienne de la santé est un projet ambitieux de longue haleine; il aidera

---

notre système de santé à relever les défis du XXI<sup>e</sup> siècle.

L'expression « infostructure de la santé » vise les technologies modernes de communications et d'information comme le dossier électronique de santé. L'infostructure permettra au grand public, aux patients et aux fournisseurs de soins ainsi qu'aux professionnels de la santé d'obtenir et de transmettre plus rapidement des informations et des données, ce qui facilitera la prise de décisions plus rapides et plus éclairées concernant la santé d'une personne, une intervention médicale ou des services de santé.

La mise en place d'une infostructure nationale d'information sur la santé doit relever plusieurs défis, entre autres cerner et combler les lacunes de la recherche portant sur la santé et les technologies de l'information et des communications. Le financement de 15 projets qui devaient être exécutés en 2001-2002 pour répondre à diverses lacunes a d'abord été suspendu en raison d'autres priorités du Ministère, mais les projets sont maintenant en cours.

Une infostructure nationale d'information sur la santé efficace exige aussi que l'on collabore avec nos partenaires à l'élaboration de stratégies nationales visant une plus grande utilisation de l'information et des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé. La collaboration permet de réduire le dédoublement des activités et les dépenses inutiles et garantit que les différents systèmes peuvent communiquer entre eux. Voici quelques exemples de cette collaboration.

### ***Travail plus ciblé et plan tactique à jour***

Avec la collaboration des administrations provinciales et territoriales, on a mis à jour, en 2001, le Plan tactique qui aide l'ensemble des administrations sanitaires à prendre des décisions relatives à la planification et au financement dans le but de mettre sur pied l'infostructure nationale de la santé. Le Plan a débouché sur des activités mieux ciblées dans toutes les administrations. Par exemple, les provinces de l'Ouest et les territoires ont formé un consortium pour s'attaquer aux recommandations du Plan qui traitent des éléments constitutifs de l'infostructure pancanadienne de la santé; ces éléments sont des registres interopérables de fournisseurs et de clients en ligne et des systèmes pour les produits pharmaceutiques et les laboratoires. Les provinces de l'Atlantique ont aussi entrepris des activités semblables qui visent l'interopérabilité et l'intégration des services de santé électroniques. On s'attend à ce que ces initiatives permettent un meilleur accès aux services de santé et, par conséquent, l'amélioration de l'état de santé.

### ***Mise en oeuvre des initiatives de l'infostructure canadienne de la santé à Santé Canada***

Le Ministère prévoit trois grandes initiatives : le Réseau canadien de la santé, l'Infostructure nationale de surveillance de la santé et le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits.

Le **Réseau canadien de la santé (RCS)** est un service d'information sur la santé qui fonctionne sur Internet; il

---

est le fruit de la collaboration entre le gouvernement et des organismes non gouvernementaux du Canada. Il propose aux Canadiens un point d'entrée en ligne à des informations fiables, pertinentes et à jour dans quatre grands domaines : promotion de la santé, prévention des maladies, soins auto-administrés, rendement du système de santé. L'élargissement et la promotion du RCS se sont appuyées sur la collaboration des principaux organismes de santé du pays. En mars 2002, une étude a révélé que le RCS arrivait au troisième rang des sites Web sur la santé ou la médecine les plus visités par les Canadiens. Ainsi, les Canadiens peuvent accéder plus facilement et plus rapidement à des informations complètes et fiables en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Un premier sondage réalisé en ligne sur le RCS révèle que 66 % des répondants ont été satisfaits des informations obtenues.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant : <http://www.canadian-health-network.ca/>.

L'initiative de l'**Infostructure nationale de surveillance de la santé** continue à fournir des informations importantes aux professionnels de la santé et aux décideurs qui doivent prendre des décisions en matière de santé publique. L'initiative est dirigée par un partenariat de représentants des administrations nationales, territoriales, provinciales et locales, d'organismes non gouvernementaux, des Premières nations et des milieux universitaires oeuvrant dans le domaine de la surveillance de la santé.

Les activités entreprises ou menées à bien pendant l'exercice 2001-2002 ont permis à 95 praticiens en santé

publique, par exemple des médecins hygiénistes, des épidémiologistes, des chercheurs et des planificateurs de produire des cartes détaillées de l'incidence et des tendances des maladies, adaptées à leurs besoins. Par exemple, les chercheurs de Santé Canada ont découvert un lien entre les problèmes de santé survenus dans le sud de l'Ontario et les données du recensement de l'agriculture en comparant les données relatives à la bactérie *E. coli* et les limites de la région de recensement. Le système a aussi servi au contrôle des répercussions de l'épidémie de Walkerton et du virus du Nil occidental sur la santé des Canadiens.

Le **Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits** fournit rapidement des données précises utiles à la gestion des cas, à la planification et à l'évaluation de la santé des Inuits et des membres des Premières nations. Le système donne aux collectivités des Premières nations et des Inuits l'accès à des informations sur la santé qu'il n'était pas, auparavant, possible d'obtenir dans les bases de données fédérales, provinciales et territoriales.

À l'heure actuelle, environ 65 % des collectivités des Premières nations utilisent le système; une augmentation de 24 % par rapport à 1999, où 275 collectivités profitaient du service. Cette proportion comprend les 41 collectivités des Premières nations de l'Alberta qui ont maintenant accès aux services de santé mentale et d'électrocardiogramme à distance. Pour plus d'information, veuillez vous reporter à la page 71.

---

### ***Protection des renseignements de nature personnelle sur la santé***

Les Canadiens ont à cœur la protection du caractère personnel des informations sur la santé. Les travaux relatifs à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* ont débouché sur une entente liant les associations nationales de la santé, les ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux visant l'adoption du modèle de codage de l'Association canadienne de normalisation pour la protection des informations de nature personnelle sur la santé. Cette entente permet de garantir que les principaux fournisseurs de soins de santé respecteront les mêmes normes et principes relatifs au caractère personnel de toutes les informations sur la santé qu'ils ont à traiter et que l'élaboration d'une infostructure canadienne de la santé, comprenant l'utilisation du dossier électronique de santé et de la télésanté, pourra se poursuivre.

### **Montrer qu'il est possible de mesurer l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des systèmes et des services de santé en utilisant les technologies des communications et de l'information**

Les Canadiens s'attendent à ce que les informations de nature personnelle sur la santé soient protégées; les études révèlent aussi qu'ils veulent un accès

plus simple aux informations et aux services en santé. Nous avons répondu à cette demande de plusieurs façons.

### ***Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS)***

Pendant l'exercice, Santé Canada a financé des projets innovateurs réalisés dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé, un programme de 80 millions de dollars qui met à l'essai et utilise les nouvelles technologies pour améliorer la prestation des services de santé, particulièrement dans les régions éloignées.

Par exemple, le projet de télésanté du Yukon et du centre de la Colombie-Britannique a créé un système de transmission et d'archivage d'images utilisées à l'hôpital Royal Inland, à Kamloops, en Colombie-Britannique. L'équipement nécessaire aux communications par satellite a aussi été installé dans deux autres hôpitaux de la Colombie-Britannique et du Yukon. Le système permet aux médecins de ces régions d'accéder de façon immédiate aux radiographies des patients et aux autres images contenues dans leur dossier, ce qui accélère le diagnostic et le traitement. Lorsque toute l'infrastructure sera en place, le réseau servira de modèle pour les autres applications de la télémédecine.

De plus, le gouvernement du Nunavut a commencé à élargir son réseau d'avant-garde en télésanté, le réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU), qui permet de lier plus de collectivités à plus de services et d'expertise clinique que l'on retrouve à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire du nord. Grâce au financement du

PPICS, le Réseau IIU offre à la population du Nunavut un accès amélioré aux soins de santé, y compris les services sociaux, la santé publique, l'éducation et l'administration.

On prévoyait au départ que 29 projets du PPICS seraient terminés le 31 mars 2003; néanmoins, certains projets ont été reportés et ne seront pas terminés avant l'exercice 2003-2004.

### ***Accès simplifié aux services et à l'information sur la santé***

Nous avons créé un partenariat avec d'autres ministères fédéraux pour élaborer le **Portail canadien de la santé** (PCS) dans le cadre plus large de l'Initiative du gouvernement en direct. Le PCS est un site Internet qui offre aux Canadiens, à partir d'un seul endroit, l'accès à des informations sur la santé qui sont fiables et dignes de confiance et qui proviennent de nombreuses sources, y compris Santé Canada et le Réseau canadien de la santé. Aujourd'hui, le portail propose des liens vers les ministères et organismes fédéraux et vers les ministères de la Santé des provinces et des territoires, grâce auxquels le public peut trouver des informations à jour sur la santé. On s'attend à ce que cette première initiative serve de modèle à partir duquel on pourra élargir les partenariats et intégrer plus de contenu dans le but d'offrir le site le plus convivial possible.

## **Augmenter le volume de données et d'analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de santé**

Comme nous l'avons signalé dans la section portant sur les politiques en matière de santé, du présent rapport, nos partenaires s'attendent à ce que Santé Canada leur fournisse des informations utiles à la prise de décisions fondées sur des données probantes en matière de politique sur la santé.



Pour répondre à cette attente, nous avons publié trois numéros d'un nouveau *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* et cinq documents de travail concernant la recherche sur les politiques en matière de santé. Ces publications sont non seulement utiles

---

aux décideurs de Santé Canada, mais on les distribue aux décideurs et analystes des autres ministères, à des organismes non gouvernementaux, aux établissements universitaires, aux citoyens intéressés et aux organisations internationales. Le *Bulletin* a reçu d'excellents commentaires et il a fallu, pour répondre à la demande, imprimer 5 000 exemplaires de plus du numéro traitant du dépistage génétique. Grâce au Programme de publications de la recherche sur les politiques, les professionnels de la santé et les Canadiens peuvent obtenir des informations et connaître les recherches sur les politiques qui sous-tendent les décisions prises par Santé Canada. Ces publications permettent de renseigner le public sur des enjeux complexes et de promouvoir le concept d'une politique sur la santé fondée sur des données probantes crédibles. Au cours de l'année qui vient, nous ferons un sondage auprès des utilisateurs pour savoir dans quelle mesure la prise de décisions en matière de politiques et de programmes s'appuie sur les recherches et les analyses accessibles grâce au Programme de publications de la recherche sur les politiques.

### **Augmenter la capacité de Santé Canada de contrôler et d'améliorer le rendement de ses principaux programmes et de produire des rapports à ce sujet**

Si l'on veut obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, un des éléments clés est la possibilité de savoir avec une certaine certitude ce qui

fonctionne et ce qui pourrait fonctionner mieux. Voici certains éléments des progrès réalisés jusqu'ici à ce chapitre.

#### ***Meilleure qualité des rapports ministériels sur le rendement et réalisation des engagements en matière de responsabilisation et de présentation de rapports***

Comme on l'a signalé dans la section du présent rapport portant sur les politiques de la santé, nous avons collaboré avec nos homologues des provinces et des territoires pour réaliser les engagements pris par les Premiers ministres dans le communiqué sur la santé de septembre 2000 envers l'élaboration d'un cadre uniforme de présentation de rapports. Toutes les administrations commenceront en septembre 2002 à présenter des rapports conformes à ce cadre, qui comprend des indicateurs des résultats pour la santé, de l'état de santé et de la qualité des services. Les rapports fourniront des informations uniformes et comparables aux Canadiens et aux décideurs. Nous avons commencé à parler de ce type d'information dans l'annexe quantitative de notre Rapport ministériel sur le rendement de 2000-2001.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/depenses/HCDPR%202001-Final-FR.pdf>.

#### ***Améliorer la mesure du rendement***

Nous avons terminé un projet pilote de trois ans sur l'élaboration de mesures du rendement qui a permis de concevoir et de mettre en oeuvre des

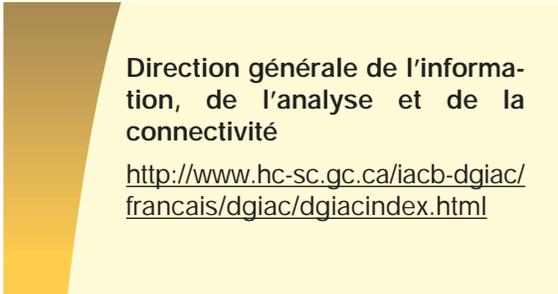
---

cadres de responsabilisation dans les secteurs ministériels clés et d'améliorer la gestion et la mesure du rendement. Par exemple, on a créé un Recueil des programmes de santé des Premières nations et des Inuits qui fournit les détails de tous les programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits offerts dans ces collectivités. Grâce au Recueil, les collectivités des Premières nations et des Inuits peuvent choisir les programmes qui seront le plus utiles à leur collectivité respective et connaître les exigences en matière de présentation de rapports de chacun des programmes.

Plus de 150 employés du Ministère ont en outre participé à un cours de formation sur la mesure du rendement.

De plus, nous avons travaillé avec les intervenants en vue de l'élaboration des cadres de mesure du rendement pour plus d'une vingtaine de nos programmes. Les cadres de mesure ont

entre autres visé notre Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire pour les Premières nations et les Inuits. Les cadres clarifient les attentes en matière de rendement et devraient permettre au programme d'obtenir de meilleurs résultats une fois que les activités de collecte et d'analyse des données nécessaires auront commencé. Ils seront la base à partir de laquelle nous examinerons les nouveaux cadres de rendement ou les cadres mis à jour pour les autres programmes.



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 à la prestation des programmes de Santé Canada

### Gestion et administration ministérielles

C'est grâce aux services fondamentaux qui appuient les activités et les opérations de toutes les directions générales que le Ministère arrive à réaliser bon nombre de ses objectifs. Nous disposons aussi d'une vaste structure régionale à laquelle on fait de plus en plus souvent appel pour

exécuter les programmes de Santé Canada et garantir la meilleure collaboration possible avec nos partenaires des gouvernements provinciaux et territoriaux et des autres organismes. Nous avons défini les engagements suivants, qui nous aideront à réaliser nos objectifs :

- amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité et de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne;
- initiatives intégrées de recherche en matière de santé et amélioration continue de l'utilisation des résultats de la recherche pour éclairer les décisions.

Pendant l'exercice 2001-2002, en plus de nos responsabilités permanentes, nous avons accompli des progrès importants et amélioré nos pratiques de gestion au moyen d'un certain nombre de grandes initiatives.

#### Objectif

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

#### Description

Responsable de la prestation de services administratifs au Ministère.

#### Dépenses réelles 2001-2002 (en millions de dollars)

Dépenses brutes	209,0 \$
Recettes	(0,4) \$
Dépenses nettes	208,6 \$

---

## **Modernisation des pratiques de gestion**

Dans le cadre de l'initiative gouvernementale sur la fonction de contrôleur moderne, nous avons élaboré un document de stratégie et nous nous en sommes servis pour appliquer des pratiques de gestion modernes à Santé Canada. Selon la vision de Santé Canada, la fonction de contrôleur moderne désigne une organisation qui, à tous les niveaux, s'attache à gérer efficacement les ressources dans le but de réaliser des résultats d'une façon conforme à des valeurs et à une éthique généralement acceptées et clairement définies.

Notre nouveau Centre d'éthique en milieu de travail a collaboré avec plus de 700 employés et gestionnaires afin de hausser le niveau de sensibilisation aux questions de valeur et d'éthique en milieu de travail, et pour trouver des moyens d'appliquer ces valeurs fondamentales dans les activités quotidiennes.

On a lancé une initiative de santé en milieu de travail du Ministère et créé un Bureau de la santé en milieu de travail, dans le but de faire de Santé Canada un milieu de travail qui valorise activement la santé et le bien-être de ses employés et qui appuie leur capacité de réaliser la mission de Santé Canada.

Une des principales initiatives ministérielles mises de l'avant vise à faire de Santé Canada une « véritable organisation axée sur l'apprentissage ». On est à revoir notre politique en matière d'apprentissage et de perfectionnement et on a mis sur pied un Conseil de formation continue, qui découle de nos investissements dans

les occasions d'apprentissage et de perfectionnement offertes aux employés.

Nous avons présenté de nouveaux cadres de contrôle qui renforcent la responsabilisation visant les subventions et contributions, l'attribution des contrats et la gestion financière. Nous appuyons ce travail en offrant aux gestionnaires de la formation et des outils.

Nous avons amélioré notre capacité d'assurer une gestion efficace des ressources en concluant de nouveaux accords normalisés pour nos programmes de subventions et contributions. Les nouveaux accords reflètent la politique du Conseil du Trésor, répondent aux recommandations du Vérificateur général et rationalisent les processus de traitement des demandes présentées par les bénéficiaires du financement.

## **Recrutement à Santé Canada**

Les ressources humaines ont mis l'accent sur le recrutement de jeunes personnes compétentes; nous avons donc dû faire la promotion du Ministère dans des salons d'emploi et des salons professionnels, sur les campus universitaires et dans le cadre des programmes d'emploi d'été. Nous avons ainsi réussi à attirer des candidats qualifiés. Nous avons aussi travaillé avec le ministère du Patrimoine canadien à l'élaboration d'une liste de suggestions à partir de laquelle les gestionnaires peuvent maintenant identifier et sélectionner divers candidats, assurer le perfectionnement des employés prometteurs et créer un milieu de travail axé sur l'intégration.

---

Pour plus d'informations concernant la dotation et les programmes de réglementation et de surveillance, veuillez consulter l'appendice C.

Santé Canada continue à travailler à la création d'une main-d'œuvre diversifiée et a fait d'importants progrès à ce chapitre.

## **Communautés de langue officielle en situation minoritaire**

La Partie VII de la *Loi sur les langues officielles* nous oblige à appuyer le développement des communautés francophone et anglophone en situation minoritaire; nous avons répondu à cette obligation en appuyant les travaux des comités consultatifs qui s'occupent des priorités de ces deux groupes en matière de santé. On s'est entendu pour mettre en œuvre une initiative de réseautage à partir de laquelle on pourra proposer un meilleur accès aux services de santé à ces communautés en situation minoritaire. En plus de participer à la préparation des réponses interministérielles, dans le cadre du Projet de partenariats interministériels avec les collectivités de langue officielle, nous avons fourni un financement direct pour des initiatives particulièrement importantes pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire, par exemple le Forum national « Santé en français », qui s'est déroulé à Moncton, ou l'initiative « *Building on our Strengths* », qui s'est déroulée au Québec.

## **Agrandissement des locaux de la région de la capitale nationale**

La croissance rapide du Ministère et le manque d'espace de bureau qui en a découlé dans la région de la capitale nationale a exigé la mise en œuvre du Plan ministériel de gestion des locaux, qui nous a permis de répondre aux besoins de plus de 900 nouveaux employés.

## **Améliorations des mesures de sécurité après le 11 septembre**

On a adopté un certain nombre de mesures de sécurité pour protéger les employés, les informations et les autres biens de valeur après les événements du 11 septembre. Nous avons par exemple amélioré les mesures de contrôle de l'accès et les capacités de réponse en situation d'urgence, nous avons réalisé un examen national des mesures de sécurité et évalué les menaces et les risques des principales installations.

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

Le Bureau de l'expert scientifique en chef du Ministère a joué un rôle important pour renforcer les liens entre le Ministère et la collectivité scientifique et pour favoriser plus de recherches permettant d'améliorer la qualité de nos décisions et de nos programmes. Au cours de l'année, le Bureau a renforcé ses liens de recherche avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC),

---

améliorant ainsi la capacité du Ministère d'orienter les recherches sur la santé et d'en tirer les données nécessaires à la prise de décisions fondées sur des données probantes. Nous avons aussi participé à des projets de recherche communs dans différents domaines, par exemple le bioterrorisme, la santé des enfants et l'environnement, la santé et les sexes.

## Réalisations des régions

Nos opérations dans les régions sont restées le point de mire de l'exécution de bon nombre des programmes et des services décrits dans le présent rapport. Par exemple, nos bureaux régionaux ont continué de travailler en réseau avec leurs homologues des gouvernements provinciaux et territoriaux pour mettre en œuvre des initiatives provinciales de soins de santé primaires, accroître le financement interministériel, par exemple, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, s'attaquer aux enjeux de la santé dans le Nord, avec la collaboration des gouvernements territoriaux et améliorer l'exécution de nos programmes et services dans nos collectivités des Premières nations et des Inuits.

Les régions ont aussi collaboré dans des dossiers d'intérêt commun. Par exemple, les régions responsables de l'exécution des programmes dans le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon ont collaboré avec le Secrétariat du Nord à l'élaboration de l'Initiative territoriale pour le mieux-être. Cette initiative répond aux demandes des territoires, qui voulaient que Santé Canada leur propose un guichet unique à partir duquel l'accès

aux programmes et au financement serait plus facile et plus équitable pour les personnes qui vivent dans le Nord. Une étape importante en vue de l'exécution des services aux résidents des territoires par l'entremise d'un guichet unique a été franchie lorsqu'on a transféré au Secrétariat du Nord les programmes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique et ceux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui étaient exécutés dans les trois territoires. Santé Canada administre l'exécution de ces programmes dans les territoires en collaborant avec les gouvernements territoriaux, les organismes des Premières nations et des Inuits et d'autres organismes du secteur bénévole.

Les bureaux régionaux de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest et ceux du Manitoba et de la Saskatchewan ont collaboré avec Environnement Canada et plus de 80 gestionnaires et scientifiques d'autres ministères fédéraux, dans le cadre de l'atelier sur la qualité de l'eau des Prairies, à Winnipeg, dans le but d'élaborer une résolution interministérielle. La résolution recommandait que l'on définisse un cadre régional de l'eau, qui serait le fondement d'une stratégie fédérale générale sur les enjeux relatifs à la qualité de l'eau dans les Prairies.

Toutes les régions ont fait état de certaines réalisations pour 2001-2002. Les régions contribuent aussi activement à la réalisation de tous les résultats des programmes du Ministère.

---

## Région de l'Atlantique

Santé Canada a créé un partenariat officiel avec les quatre ministères de la Santé des provinces maritimes dans le but de partager l'information, d'établir des priorités communes et d'élaborer une approche uniforme en matière de mieux-être dans les provinces maritimes.

On a terminé une évaluation des risques de maladie chronique des résidents vivant près du site contaminé des mares de goudron de Sydney. Ces nouvelles données ont facilité l'établissement des options qui seront à l'avenir offertes aux résidents locaux en fonction du niveau de risque actuel.

## Région du Québec

La réussite des projets pilotes du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones réalisés à Kuujjuak et à Inukjuak a prouvé la valeur du programme pour les jeunes enfants inuits. Nous avons donc collaboré avec le ministère de la Famille et de l'Enfance du Québec, le Secrétariat des affaires autochtones du Québec, les Fonds de la Convention de la Baie James, Développement des ressources humaines Canada et des groupes locaux pour mettre sur pied des projets semblables dans 14 villages inuits du Nunavik.

On a créé un programme des ambassadeurs pour permettre aux employés de la région du Québec de se renseigner sur la gamme complète de nos programmes et services de santé et d'utiliser ces informations pour fournir un service de meilleure qualité.

## Région de l'Ontario et du Nunavut

Reconnaissant qu'il est profitable que les promoteurs de projet apprennent les uns des autres, la Région de l'Ontario et du Nunavut a créé un tableau d'affichage Internet pour réunir les promoteurs des projets financés par Santé Canada qui s'adressent aux enfants. Pendant l'exercice 2001-2002, nous avons collaboré avec le gouvernement de l'Ontario pour inclure au tableau les programmes provinciaux pour les enfants, ce qui a débouché sur un environnement interactif d'apprentissage utilisé par tous les grands organismes ontariens qui offrent des services aux enfants.

La Région de l'Ontario et du Nunavut a aussi participé au groupe de travail sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, qui réunissait aussi des représentants des milieux hospitaliers, des fournisseurs, des organismes de groupement d'achats, des organismes gouvernementaux et des experts-conseils de l'industrie. Dans son rapport, déposé en novembre 2001, intitulé *Improving Supply Chain Management for Better Health Care*, le groupe de travail a conclu que les hôpitaux de l'Ontario pourraient réaliser des économies importantes (d'environ 320 millions de dollars par année) et améliorer la sécurité des patients au moyen d'une chaîne d'approvisionnement plus efficiente.

Avec la collaboration d'Environnement Canada, le Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut a créé un secrétariat pour assurer le suivi de l'Enquête de Walkerton. Le groupe a examiné les délibérations et a analysé

---

les résultats de l'enquête dans le but de cerner les enjeux scientifiques ou techniques dont il faudra tenir compte au moment d'élaborer les politiques et les programmes fédéraux.

## **Région du Manitoba et de la Saskatchewan**

Au Manitoba et en Saskatchewan, nous avons appuyé la mise sur pied des comités de développement de la petite enfance formés de hauts fonctionnaires des gouvernements fédéral et provinciaux. Ces comités favorisent une meilleure communication et une collaboration accrue en matière d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et des programmes visant la santé des enfants.

On a parachevé un projet pilote régional sur les capacités en santé publique qui a permis de cerner des moyens d'améliorer la collaboration et la coordination entre les différents ministères et les intervenants au sujet des maladies d'origine hydrique, du tabagisme, des enjeux de la santé publique des Autochtones, des priorités régionales de la recherche et de l'évaluation des besoins en santé publique dans les régions. On a terminé la conception d'un modèle de rapport sur les subventions et contributions et sur les communautés linguistiques en situation minoritaire et on l'a distribué dans le but d'aider les clients qui demandent de l'aide dans le cadre nos programmes.

## **Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest**

La Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest a pris les mesures nécessaires pour renforcer l'utilisation efficace de ses ressources : elle a réalisé un projet pilote visant un accord sur les niveaux de service entre ses différentes directions générales régionales et leur section des finances. Une meilleure définition de la responsabilisation et des responsabilités a permis une plus grande efficacité; l'exécution des programmes régionaux offerts au public sera donc plus rationnelle et plus efficace.

Les préparatifs visant la protection de la santé et de la sécurité du public dans le cadre du Sommet du G8 qui s'est déroulé en juin 2002 à Kananaskis a exigé beaucoup d'efforts de la Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest ainsi que la collaboration avec divers groupes d'intervenants externes et internes. Les principaux intervenants externes étaient : le ministère de la Santé et du Bien-être social de l'Alberta, les régions régionales de la santé de Calgary et de Headwaters, les villes de Cochrane et de Canmore, la Première nation Stoney et le Kananaskis Improvement District. Les intervenants internes étaient : le Bureau de gestion du Sommet (Affaires étrangères et Commerce international), le ministère du Solliciteur général et le Conseil du Trésor, de même que les Services de gestion et les Services juridiques de Santé Canada, le Bureau des Affaires du Cabinet et les Programmes internationaux de la Direction générale de la santé de l'environne-

---

ment et de la sécurité des consommateurs.

## **Région de la Colombie-Britannique et du Yukon**

Notre bureau régional a organisé cinq tables rondes sur la santé dans le but de demander aux collectivités locales de s'exprimer sur des enjeux de la santé dont elles doivent s'occuper.

Nous avons aussi élaboré un partenariat avec l'Université Simon Fraser pour organiser deux forums sur la politique : le premier visait les nouvelles technologies de reproduction, l'autre, les médecines douces. Ces forums nous ont permis de connaître l'opinion des intervenants et d'expliquer la position de Santé Canada aux participants.

Nous avons exploré les nouvelles approches en matière de services prénataux avec la bande indienne de Mount Currie. L'utilisation de coupons prénataux échangeables contre des aliments dans les épicerie de la bande et les épicerie locales, l'accès aux

cours prénataux, aux cuisines communautaires et aux cliniques pour bébés ont favorisé l'augmentation du poids santé à la naissance de bébés, l'accès précoce aux soins prénataux, et l'augmentation du taux et de la durée de l'allaitement maternel et ont permis de donner aux femmes enceintes des renseignements sur la nutrition.

Grâce à l'Accord de Vancouver, initiative réunissant les trois ordres de gouvernement, nous appuyons les efforts de nombreux secteurs visant les problèmes de toxicomanie dans le Downtown Eastside de Vancouver. L'inauguration du Health Contact Centre, en janvier 2002, et les efforts d'application de la loi ont visiblement réduit la consommation ouverte de drogues et permis de fournir des options de traitement qui n'étaient pas auparavant accessibles. Les efforts déployés en vue d'intégrer diverses collectivités dans la mise en œuvre des initiatives de l'Accord de Vancouver ont favorisé l'acceptation, par la collectivité, de solutions innovatrices à des problèmes complexes et de longue date.

---

## Section IV :

# Rapport sur les thèmes du gouvernement et les enjeux en matière de gestion

## Modernisation de la fonction de contrôleur

Au cours de l'année, Santé Canada a franchi des étapes importantes en ce qui touche la mise en place de pratiques de gestion modernes.

On a terminé l'auto-évaluation de la fonction de contrôleur moderne.

On a créé une structure de gouvernance interne en mettant sur pied un sous-comité des opérations du Comité exécutif du Ministère chargé de superviser l'initiative de la fonction de contrôleur moderne et de proposer un maître-d'œuvre qui appuiera et dirigera toutes les activités liées à l'initiative.

On a élaboré un document de stratégie intitulé « *Mise en œuvre de la fonction de contrôleur moderne à Santé Canada - Une stratégie de gestion moderne* » dans lequel on propose un plan d'action, et on l'a distribué aux

intervenants internes et externes. La Stratégie présente la vision de Santé Canada relative à la fonction de contrôleur moderne, décrit les éléments de contrôle moderne visés par les initiatives en cours au Ministère et propose des occasions et des mesures d'amélioration, y compris les activités planifiées visant le maintien de l'élan.

L'évaluation de la capacité et l'élaboration de la stratégie de gestion moderne ont permis de mieux faire connaître les concepts liés à la fonction de contrôleur moderne et de les intégrer à la culture ministérielle.

De façon plus précise, on a commencé à appliquer un certain nombre de pratiques de gestion qui ont amélioré le cadre de gestion du Ministère, notamment :

- création du Centre d'éthique en milieu de travail chargé de mener un dialogue sur les valeurs et l'éthique. L'initiative a permis de définir, de décrire et de communiquer à plus de 700 employés et gestionnaires un certain nombre de

---

valeurs ministérielles fondamentales, importantes pour les employés de Santé Canada;

- élaboration de cadres de responsabilisation dans le secteur des subventions et des contributions et de l'attribution de contrats, y compris des plans d'action pour améliorer les pratiques et les procédures du Ministère et la formation de l'ensemble des gestionnaires;
- création d'un cadre de contrôle de gestion financière qui documente les exigences essentielles et les objectifs en matière de contrôle et qui produit des outils pratiques et durables que les gestionnaires et les spécialistes fonctionnels pourront utiliser pour mieux comprendre leurs rôles et responsabilités en matière de contrôle;

- réussite d'un nouveau cours pilote à l'intention des gestionnaires, intitulé « Une gestion axée sur les résultats », qui vise à augmenter le niveau de sensibilisation et les connaissances des gestionnaires en leur offrant une orientation complète sur les processus administratifs de la gestion à Santé Canada.

Santé Canada reconnaît qu'il lui faut améliorer la gestion des activités liées à l'approvisionnement et à l'attribution de contrats en mettant en place des pratiques de contrôle plus efficaces et en gérant les risques pour les ramener à des niveaux acceptables. Ces améliorations font partie de l'approche générale adoptée par le Ministère pour améliorer ses pratiques de gestion.

---

## Approvisionnement et attribution de contrats

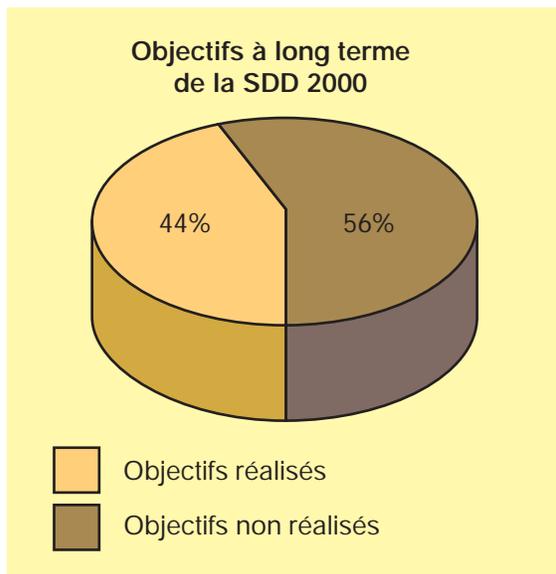
- |   |  |
|---|--|
| 1. Le rôle que jouent les achats et les marchés dans la prestation des programmes.                          | Au Ministère, l'approvisionnement et l'attribution de contrats sont intégrés au soutien de l'exécution des programmes. L'objectif des activités d'approvisionnement et d'attribution 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 efficaces d'achat. | Voir le point 2 ci-dessus.   |
| 4. Des liens Internet et/ou les adresses de sites Web.  | Il n'existe pas de site Internet ou intranet sur l'approvisionnement et l'attribution de contrats à Santé Canada. Toutefois, le Ministère dispose, dans son centre de politiques, d'une base de données sur la gestion du matériel, à l'intention des centres de décisions, produite sur Lotus Notes.  |

## Gestion du matériel

- |   |  |
|---|--|
| 1. Est-ce qu'il y a eu une évaluation et/ou un 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.  |
| 2. Quel est le fondement de l'évaluation? Est-ce que le Ministère croit à cette 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.   |
| 3. Est-ce que les coûts du cycle de vie des biens essentiels à la mission ont été déterminés?   | Oui, dans le cadre du Plan d'investissement à long terme (PILT).   |
| 4. Est-ce qu'il y a eu élaboration d'un plan pour les biens essentiels du cycle ou de la mission?   | Le 12 février 2002, le Conseil du Trésor a évalué le Plan d'investissement à long terme présenté. On prépare une mise à jour (partie II) qui devrait être présentée dans le cadre de la Mise à jour annuelle des niveaux de référence (automne 2002).  |
| 5. Où en est l'inventaire de ces biens et l'évaluation des coûts opérationnels qui s'y rattache?  | On a dressé l'inventaire de tous ces biens et on a cerné leurs coûts opérationnels.  |
| 6. Quelles sont les principales préoccupations ou les plus grands problèmes?  | Le PILT a permis de cerner des lacunes touchant le F&E et le financement des activités d'entretien des biens.  |
| 7. Est-ce qu'il y a eu des évaluations des risques rattachés aux biens essentiels à la mission et, dans l'affirmative, est-ce que la conséquence financière sur les capacités opérationnelles a été déterminée? | 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. |

# Développement durable

Cette année, Santé Canada a terminé son rapport final sur sa première stratégie de développement durable, intitulée *Pour une santé durable* (1997). Dans le Rapport ministériel sur le rendement pour 2001-2002, le Ministère avait d'abord indiqué qu'environ 75 % des objectifs de la stratégie avaient été atteints. En réalité, au bout du compte, 81 % des objectifs ont été atteints. On a entrepris une analyse complète des cibles manquées qui a débouché sur des mesures de redressement permettant de garantir que tous les objectifs seront atteints.



La Stratégie de développement durable de Santé Canada pour l'an 2000 (SDD 2000) est en vigueur depuis une année complète.

La seconde stratégie de développement durable du Ministère s'appuie sur les leçons tirées des activités de mise en œuvre et d'évaluation de la

première stratégie. Elle débouche sur un plan d'action axé sur les résultats qui sera appliqué aux trois années de vie de la Stratégie (avril 2001 - mars 2004). Dans la SDD 2000, le Ministère s'est efforcé de réaliser ses engagements en matière de développement durable dans trois domaines, ou thèmes, prioritaires :

- favoriser la création d'environnements sociaux et matériels sains;
- intégrer le développement durable aux processus ministériels de prise de décisions et de gestion;
- réduire au minimum les conséquences des activités et des opérations matérielles du Ministère sur l'environnement et la santé.

À l'intérieur de ces trois grands thèmes, les engagements particuliers de la SDD 2000 sont regroupés en buts et en objectifs. Les objectifs concernent les orientations générales de chacun des thèmes du développement durable, tandis que les buts concernent les exigences de rendement détaillées envers lesquelles le Ministère s'est engagé. Les buts à long terme ont été en outre divisés en buts bien précis à court terme axés sur les résultats, mesurables, limités dans le temps et directement liés aux huit thèmes fédéraux du développement durable.

Pour consulter le rapport final de la SDD de 1997 ou le rapport annuel de la SDD 2000, veuillez consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur>.

Il est évident que bon nombre des programmes et des activités de Santé Canada appuient une approche intégrante des questions environnementales, économiques et socio-culturelles, tout comme le principe sous-jacent du développement durable. La SDD du

---

Ministère est une occasion d'aller au-delà des programmes pour définir des objectifs précis en matière de développement durable et réaliser des progrès importants et concrets.

**Les points saillants du développement durable par secteur d'activités pour 2001-2002, sont présentés ci-dessous.**

## **Secteur d'activités : promotion et protection de la santé**

**But à long terme (BLT) : Intégration des principes du développement durable et de la santé de la population dans les campagnes de sensibilisation et d'éducation publiques.**

- Lancement de trois campagnes de sensibilisation du public qui font la promotion de saines habitudes de vie.
- Diffusion d'informations sur les pratiques exemplaires de cinq secteurs à l'intention des professionnels de la santé et des autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la prévention de la violence familiale.

**BLT : Soutien à des projets, à des travaux de recherche et à des initiatives qui visent l'amélioration de la capacité de la collectivité de prendre des mesures relatives à la santé et à des environnements sains.**

- Amélioration de la santé des collectivités et de leur capacité de prendre des mesures touchant la santé humaine et les environne-

ments sains dans les six régions sanitaires de Santé Canada.

**BLT : Diffusion d'informations à l'intention des Canadiens leur permettant de prendre des décisions plus éclairées concernant leur exposition à des produits ou à des risques dans l'environnement.**

- Fourniture de renseignements par l'entremise de la ligne directe de renseignements de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) sur les mesures à prendre pour lutter contre les insectes nuisibles chez soi et dans le jardin sans utiliser de pesticides, ainsi que sur les pesticides.

**BLT : Réduction des risques liés à certains produits et les risques environnementaux en améliorant les mécanismes d'évaluation du risque et de gestion du risque.**

- Annonce de la décision relative à la suspension de l'homologation de quatre des 27 insecticides organophosphorés utilisés au Canada (après consultation des intervenants de l'industrie et de l'Environmental Protection Agency des États-Unis). Pour plus d'informations, veuillez consulter le site Web suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/pubs-f.html>.

## **Secteur d'activités : santé des Premières nations et des Inuits**

**But à long terme (BLT) : Réduction des inégalités en matière de santé entre les peuples des Premières nations et les Inuits et la population générale du Canada**

---

### **concernant les problèmes de santé particuliers.**

- Élaboration de plans d'action concernant les maladies ciblées à déclaration obligatoire qui sont prioritaires, par exemple la tuberculose, et d'un programme intégré de contrôle des maladies transmissibles à l'échelle nationale, régionale et communautaire avec la collaboration des Premières nations.

### **BLT : Renforcement du Programme de services de santé non assurés, qui procure aux Premières nations et aux Inuits les produits et services de santé nécessaires sur le plan médical qui ne sont pas fournis par l'intermédiaire d'autres régimes d'assurance-maladie privés, provinciaux ou territoriaux.**

- Mise en œuvre d'un plan de vérification des fournisseurs de produits pharmaceutiques, de fournitures et de matériel médicaux et de soins dentaires.
- Mise sur pied d'un mécanisme qui permet de reconnaître et d'aborder la question des risques politiques et financiers du Programme de services de santé non assurés (SSNA).

### **BLT : Augmentation de la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits en matière de prestation de soins à domicile et en milieu communautaire.**

- Exécution de la phase d'élaboration du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. L'objectif est de rendre ce programme accessible à au moins les trois

quarts des Inuits et des membres des Premières nations qui vivent sur une réserve d'ici la fin de l'exercice 2002-2003 en s'attachant tout particulièrement aux services aux malades chroniques et aux personnes handicapées ainsi qu'aux soins post-hospitaliers.

### **BLT : Contrôle des risques pour la santé et l'environnement au moyen d'une gestion des installations et des terrains responsable sur le plan de l'environnement.**

- Au total, neuf des 37 sites contaminés par du combustible ayant fait l'objet d'une évaluation par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ont été entièrement assainis. Le travail de décontamination de 17 autres sites se poursuit.

## **Secteur d'activités : gestion et administration ministérielles**

Santé Canada a intégré les objectifs exposés dans le document intitulé « *Le développement durable dans des opérations gouvernementales* » dans sa Stratégie de développement durable 2000. Les progrès réalisés au regard des objectifs de ce document sont mis en relief dans notre rapport annuel détaillé.

### **Buts à long terme (BLT) : Mise en place à l'échelle du Ministère d'un système de gestion environnementale qui respecte la norme ISO 14001.**

- Mise en place d'un processus qui garantit la production de rapports

---

annuels sur l'état du Système de gestion de l'environnement du Ministère.

- Coup d'envoi des évaluations annuelles du rendement de l'immeuble, qui viseront tous les laboratoires de Santé Canada.

**BLT : Augmentation de la conservation de l'eau et de la gestion efficace des eaux usées.**

- Réalisation de vérifications de l'eau pour examiner les initiatives d'économie de l'eau dans les laboratoires de Santé Canada.

## Initiative d'amélioration des services

Avec *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes*, le gouvernement du Canada s'est engagé envers une « approche axée sur les citoyens » et une « prestation de services axée sur les citoyens ». En mai 2000, le Conseil du Trésor a approuvé l'Initiative d'amélioration des services, qui vient appuyer la réalisation de cet engagement en permettant de cerner les attentes et les priorités des citoyens en matière d'amélioration des services et de mettre en place un programme progressif d'amélioration de la satisfaction de la clientèle avec les services clés offerts.

L'enquête nationale *Les citoyens d'abord* réalisée en 2000 a révélé que les services d'information de Santé Canada étaient une priorité; le Ministère a donc axé ses efforts d'amélioration du service sur cinq services d'information clés :

- Publication *Votre santé et vous* - Une enquête réalisée auprès des distributeurs et des lecteurs de la publication *Votre santé et vous* a permis de cerner des occasions d'améliorer le mode de distribution du produit, y compris la promotion de la version en ligne et la mise à jour des listes des bases de données.
- Système d'information 1 800 sur la lutte antiparasitaire - On prévoit réaliser en juin 2002 une enquête sur le niveau de satisfaction de la clientèle.
- Réseau canadien de la santé (RCS) - Un sondage portant sur un site Web pilote a révélé que, parmi les répondants, 29 % des utilisateurs y se sont dits très satisfaits du site du RCS; la plupart des répondants étaient des femmes (63 %) et habitaient en Ontario ou au Québec (25 et 20 % respectivement).
- Centre d'exception au titre des médicaments des Services de santé non assurés - En juin 2002, on a réalisé une enquête auprès de 1 000 pharmaciens choisis au hasard qui avaient besoin de faire approuver certains médicaments vendus à leurs clients, des Indiens inscrits et des Inuits; l'enquête a été réalisée grâce à la technologie des télécopieurs sans frais. Le Centre d'exception a réagi aux commentaires exprimés par les pharmaciens et a pris des mesures de redressement.
- Lignes sans frais d'information générale de Santé Canada - Un projet pilote régional d'une durée de six mois, visant l'amélioration des services offerts par le Centre général d'information de Toronto, devrait être entrepris en septembre 2002.

---

On a ultérieurement ajouté à cette liste un sixième projet visant l'élaboration d'un système de gestion des appels d'urgence fonctionnant 24 heures sur 24 et sept jours sur sept; on veut évaluer l'utilisation d'un numéro sans frais spécial permettant une meilleure coordination et un accès plus facile et plus rapide aux informations sur la santé par la collectivité professionnelle, en cas de situation d'urgence ou de crise liée à la santé.

## Gouvernement en direct

Santé Canada a réalisé des progrès importants touchant les trois projets du Gouvernement en direct (GED) pour lesquels le Conseil du Trésor a fourni un financement de 6,9 millions de dollars.

- Portail canadien sur la santé (PCS) : Santé Canada a conclu un partenariat avec plusieurs autres ministères fédéraux dans le but d'élaborer le PCS (<http://www.chp-pcs.gc.ca>) dans le cadre plus général de l'initiative Gouvernement en direct. Le PCS est un site Internet où les Canadiens peuvent trouver, au même endroit, des informations fiables et crédibles sur la santé et fournies par plusieurs sources, dont le Réseau canadien de la santé. Le portail propose maintenant des liens vers des sites d'information sur la santé du gouvernement fédéral et vers les pages d'accueil des ministères de la Santé des provinces et des territoires. On cherche maintenant à élargir le partenariat et à intégrer plus de

contenu dans un site de plus en plus convivial.

- Projet provincial-fédéral sur la télésanté des Premières nations et des Inuits : les premières étapes de ce projet ont visé l'élaboration et la mise en place de l'infrastructure technique dans 41 collectivités des Premières nations, leur permettant d'obtenir des soins de santé grâce aux programmes de la télésanté. Le projet sur la télésanté permet aussi un meilleur accès à l'information sur les soins de santé en fournissant, sur Internet, l'accès à une base de données documentaires sur la santé. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la page 71.
- Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits dossier de santé électronique : - Ce projet a permis d'accélérer la conception du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits, qui était au départ un outil de gestion de cas utilisé par les infirmières en santé publique des collectivités des Premières nations et des Inuits et qui est devenu le Dossier électronique de santé (DES) intégré visant les soins primaires, utilisé par tous les fournisseurs de soins de santé et communautaires et qui est relié au DES des provinces et territoires. On a pu accumuler de l'expérience des initiatives inter-organisationnelles en matière de GED réalisées avec les Premières nations et les Inuits. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la page 71.

Grâce aux efforts déployés pendant l'exercice, les Canadiens pourront profiter des Services de dosimétrie nationaux offerts en ligne. Ceux-ci

---

permettent de mesurer et d'analyser l'exposition aux radiations et de produire des rapports sur les résultats; il s'agit d'une amélioration de la prestation des services offerts aux 95 000 clients.

Santé Canada travaille aussi à l'élaboration de procédures relatives à la création, à la publication et à la gestion des services et des informations fournies sur Internet, conformément à l'exigence du Conseil du Trésor, selon laquelle les sites Web des ministères doivent adopter un mode de présentation uniforme et se conformer à d'autres normes d'ici décembre 2002. En même temps, Santé Canada prend des mesures pour garantir que son site Web est toujours une source d'information sur la santé fiable et digne de

Les sites Web les plus fréquemment visités sont, dans l'ordre, la page Internet de Yahoo consacrée à la santé, le site de Santé Canada et celui du Réseau canadien de la santé.

Les Associés de recherche EKOS

confiance pour les Canadiens. Ces activités viennent appuyer le rôle de Santé Canada à titre de fournisseur d'informations pour les Canadiens ainsi que l'objectif de Gouvernement en direct sur l'accessibilité en ligne aux informations et aux services.

## Rapport sur le rendement du système de santé

Nous avons poursuivi le travail de collaboration avec nos 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) et 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. C'est donc dire qu'en septembre 2002, toutes les administrations fourniront des rapports sur les indicateurs des résultats pour la santé, de l'état de santé et de la qualité des services. Les rapports fourniront des informations uniformes et comparables aux Canadiens, y compris les décideurs en matière de politiques ou de programmes de santé.

Nous avons intégré certains commentaires sur cette approche dans l'annexe quantitative qui accompagne la version électronique du Rapport ministériel sur le rendement pour 2000-2001 et dans l'appendice A du présent rapport. Ces informations visent toute la gamme de résultats que l'on ne peut pas, normalement, attribuer aux mesures prises par un ministère ou une administration unique.

Santé Canada a aussi collaboré avec le Conseil du Trésor et un certain nombre de ministères fédéraux à la promotion des principes enchâssés dans l'Entente cadre sur l'Union

---

sociale dans le cadre de l'exécution des programmes. Pour plus de détails, veuillez consulter les modèles de responsabilisation de l'ECUS à l'adresse suivante :

[http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/account/sufa\\_f.asp](http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/account/sufa_f.asp).

## **Diversification des modes de prestation des services - Fondements**

De manière générale, même si les ministères ont toujours un rôle important à jouer dans la prestation des services, des exigences croissantes visant la souplesse, l'interdépendance et l'innovation ont débouché sur une gamme de plus en plus large de modèles organisationnels et de modes de prestation des services, ce qui permet de fournir des services mieux adaptés aux besoins des Canadiens. En ce qui concerne l'amélioration de l'exécution des programmes et des services de santé, on a conçu deux approches permettant de répondre à des besoins bien précis.

## **Amélioration du système de production de statistiques sur la santé au Canada**

Dans le but d'appuyer la prise de décisions et une meilleure responsabilisation face au public, le gouvernement du Canada a fourni une

importante contribution de nature financière visant l'amélioration du système de production des statistiques sur la santé du Canada. Dans le budget de décembre 2001, le gouvernement a ajouté une somme de 95 millions de dollars destinée au projet du Carnet de route de l'information sur la santé. Cette contribution aidera **l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)** et Statistique Canada à poursuivre les activités entreprises grâce au budget de 1999, qui avait réservé 95 millions de dollars au financement du Carnet de route (sur quatre ans). Ce financement a permis de produire de nouveaux rapports sur la santé des Canadiens et l'état de notre système de santé et de créer de nouvelles sources de données, en particulier une grande enquête sur la santé de la population réalisée dans 133 régions, dont la conception et l'exécution ont occupé les trois premières années, et dont les premiers résultats ont été publiés en mai 2002. Les données du Carnet de route servent aux rapports sur le rendement du système de santé que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux publieront en septembre et à l'analyse de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Le financement du Carnet de route s'ajoute au financement continu de 2,2 millions de dollars fourni par Santé Canada pour le soutien des activités et programmes fondamentaux de l'ICIS.

---

## **Accélérer l'élaboration de solutions liées au dossier électronique de santé dans le secteur de la santé**

Après la conclusion d'un accord sur la santé par les Premiers ministres, en septembre 2000, le gouvernement fédéral a investi une première somme de 500 millions de dollars pour la création d'un organisme sans but lucratif indépendant dont le mandat serait d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes d'information et de technologies des communications sur la santé modernes en mars 2001. C'est ainsi que l'organisme **Inforoute**

**santé du Canada Inc.** a vu le jour. Les membres de cet organisme sont les sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (pour le moment, le sous-ministre du Québec a choisi de ne pas participer). La priorité immédiate d'Inforoute est de favoriser et d'accélérer la création de solutions pancanadiennes interopérables en matière de dossier électronique de santé, de façon rentable, qui permettront d'appuyer l'amélioration de la qualité des soins offerts aux Canadiens. On prévoit qu'Inforoute publiera cette année un rapport annuel et un plan d'activité. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

<http://www.canadahealthinfoway.ca/>

## **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 2001-2002 et présentent des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Cette année encore, Santé Canada s'est efforcé d'utiliser ses ressources de la manière la plus efficace et efficiente possible pour que les Canadiens en aient pour leur argent.

Dans l'ensemble, en 2001-2002, la non-utilisation de fonds a été négligea-

ble à Santé Canada. L'excédent était de 56,5 millions de dollars ou 2 p. 100, pour les ressources de fonctionnement, et les ressources visant les subventions et contributions. Cet excédent est principalement attribuable aux retards connus au cours de l'exercice relativement à certaines activités, dont une partie sera terminée en 2002-2003, à une affectation bloquée et à d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement.

# Tableaux financiers récapitulatifs

## Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2001-2002

Le tableau qui suit illustre la répartition des ressources de Santé Canada par crédit approuvé. À l'heure actuelle, 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 38,7 millions de dollars aux autorisations, en raison surtout des retards de certaines activités qui seront réalisées en 2002-2003, d'une affectation bloquée et d'autres cas mineurs de non-utilisation des ressources de fonctionnement. Les autorisations totales pour le crédit 1 sont de 153,7 millions de dollars supérieures aux dépenses prévues, surtout en raison des nouvelles ressources approuvées pour plusieurs initiatives, par exemple la lutte contre le tabagisme

par le gouvernement fédéral, la sécurité publique, la lutte contre le terrorisme et les initiatives sur l'intégrité des programmes.

Les dépenses réelles pour le crédit 5 sont de 17,8 millions de dollars inférieures aux autorisations, surtout en raison des retards dans la réception des propositions visant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Les autorisations totales pour le crédit 5 sont de 71,2 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues en raison principalement de modifications du profil de financement du FASSP et du report de ressources aux exercices suivants pour les services de soins de santé et le retraçage des donneurs et des receveurs (hépatite C) et le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS).

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

Crédit	2001-2002			
	Dépenses prévues <sup>1</sup>	Autorisations totales <sup>2</sup>	Dépenses réelles <sup>2</sup>	
<b>Santé Canada</b>				
1	Dépenses de fonctionnement	1 355,3	1 509,0	<b>1 470,3</b>
5	Subventions et contributions	1 211,4	1 140,2	<b>1 122,4</b>
(S)	Ministre de la Santé - traitements et allocations d'automobile	-	0,1	<b>0,1</b>
(S)	Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	79,5	82,4	<b>82,4</b>
(S)	Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,8	<b>0,5</b>
(S)	Remboursements des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	3,7	<b>3,7</b>
(S)	Paiements des services de santé assurées et des services complémentaires de santé	-	(0,3)	<b>(0,3)</b>
<b>Total pour le Ministère</b>		<b>2 646,2</b>	<b>2 735,9</b>	<b>2 679,1</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 2001-2002

2) selon les Comptes publics de 2001-2002

## Tableau financier 2 : Comparaisons 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'activités. On trouve des explications des écarts par secteur d'activités au tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service.

Le tableau 5, Recettes, contient 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 de 2001-2002 du Ministère par secteur d'activités (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	Equivalents temps plein		Capital	Subventions & contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
	Fonctionnement						
<b>Politique en matière de soins de santé</b>							
(Dépenses prévues)	353	90,5		204,7	295,2		295,2
(Autorisations totales)	341	82,5		46,6	129,1		129,1
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>375</b>	<b>76,5</b>		<b>30,6</b>	<b>107,1</b>		<b>107,1</b>
<b>Promotion et protection de la santé</b>							
(Dépenses prévues)	4 169	474,3		309,0	783,3	(39,7)	743,6
(Autorisations totales)	4 128	549,6	1,2	260,0	810,8	(52,9)	757,9
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>3 951</b>	<b>533,5</b>	<b>1,2</b>	<b>258,2</b>	<b>792,9</b>	<b>(49,9)</b>	<b>743,0</b>
<b>Santé des Premières nations et des Inuits</b>							
(Dépenses prévues)	1 414	705,1		627,6	1 332,7	(9,1)	1 323,6
(Autorisations totales)	1 443	711,2		637,0	1 348,2	(9,1)	1 339,1
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>1 555</b>	<b>709,0</b>		<b>637,0</b>	<b>1 346,0</b>	<b>(6,9)</b>	<b>1 339,1</b>
<b>Gestion de l'information et du savoir</b>							
(Dépenses prévues)	635	119,3		52,8	172,1		172,1
(Autorisations totales)	669	143,7		144,2	287,9		287,9
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>690</b>	<b>137,1</b>		<b>144,2</b>	<b>281,3</b>		<b>281,3</b>
<b>Gestion et administration ministérielles</b>							
(Dépenses prévues)	747	91,2	3,9	17,3	112,4	(0,7)	111,7
(Autorisations totales)	1 165	154,7	15,8	52,1	222,6	(0,7)	221,9
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>1 392</b>	<b>141,1</b>	<b>15,8</b>	<b>52,1</b>	<b>209,0</b>	<b>(0,4)</b>	<b>208,6</b>
<b>Total</b>							
(Dépenses prévues)	7 318	1 480,4	3,9	1 211,4	2 695,7	(49,5)	2 646,2
(Autorisations totales)	7 746	1 641,7	17,0	1 139,9	2 798,6	(62,7)	2 735,9
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>7 963</b>	<b>1 597,2</b>	<b>17,0</b>	<b>1 122,1</b>	<b>2 736,3</b>	<b>(57,2)</b>	<b>2 679,1</b>
<b>Autres recettes et dépenses</b>							
<b>Recettes non disponibles</b>							
(Dépenses prévues)							(7,8)
(Autorisations totales)							(7,8)
<b>(Dépenses réelles)</b>							<b>(32,5)</b>
<b>Coût des services fournis par d'autres ministères</b>							
(Dépenses prévues)							58,6
(Autorisations totales)							58,6
<b>(Dépenses réelles)</b>							<b>70,3</b>
<b>Coût net du Programme</b>							
(Dépenses prévues)							2 697,0
(Autorisations totales)							2 786,7
<b>(Dépenses réelles)</b>							<b>2 716,9</b>

## 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'activités. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans les discours du récent Budget, le report de fonds ou la conclusion d'initiatives.

Certaines annonces de financement s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le cas du secteur Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé).

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

Secteurs d'activités	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
Politique en matière de soins de santé	128,4	112,6	295,2	129,1	107,1
Promotion et protection de la santé	1 401,4 <sup>1</sup>	634,4	743,6	757,9	743,0
Santé des Premières nations et des Inuits	1 128,1	1 266,5	1 323,6	1 339,1	1 339,1
Gestion de l'information et du savoir	88,7	126,7	172,1	287,9	281,3
Gestion et administration ministérielles	148,7	180,3	111,7	221,9	208,6
<b>Total</b>	<b>2 895,3</b>	<b>2 320,5</b>	<b>2 646,2</b>	<b>2 735,9</b>	<b>2 679,1</b>

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

- 1) Les dépenses réelles de 1999-2000 pour le secteur Promotion et protection de la santé comprennent un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars ordonné par les tribunaux.

## Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités

Dépenses totales prévues et dépenses réelles en 2001-2002 (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	Equivalents temps plein
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>	295,2 <b>107,1</b>					295,2 <b>107,1</b>	11,2% <b>4,0%</b>	353 <b>375</b>
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>		438,6 <b>395,3</b>				438,6 <b>395,3</b>	16,6% <b>14,7%</b>	1 150 <b>1 071</b>
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>		144,3 <b>128,2</b>				144,3 <b>128,2</b>	5,4% <b>4,8%</b>	<b>1 684</b> <b>1 472</b>
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>		139,3 <b>194,5</b>				139,3 <b>194,5</b>	5,3% <b>7,3%</b>	<b>1 051</b> <b>1 076</b>
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>		21,4 <b>25,0</b>				21,4 <b>25,0</b>	0,8% <b>0,9%</b>	<b>284</b> <b>332</b>
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>			1 323,6 <b>1 339,1</b>			1 323,6 <b>1 339,1</b>	50,0% <b>50,0%</b>	1 414 <b>1 555</b>
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>				172,1 <b>281,3</b>		172,1 <b>281,3</b>	6,5% <b>10,5%</b>	635 <b>690</b>
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>					111,7 <b>208,6</b>	111,7 <b>208,6</b>	4,2% <b>7,8%</b>	747 <b>1 392</b>
<b>Résultats stratégiques</b>	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>	295,2 <b>107,1</b>	743,6 <b>743,0</b>	1 323,6 <b>1 339,1</b>	172,1 <b>281,3</b>	111,7 <b>208,6</b>	2 646,2 <b>2 679,1</b>		
<b>Pourcentage du total</b>	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>	11,2% <b>4,0%</b>	28,1% <b>27,7%</b>	50,0% <b>50,0%</b>	6,5% <b>10,5%</b>	4,2% <b>7,8%</b>		100,0% <b>100,0%</b>	
<b>Équivalents temps plein (ETP)</b>	(Dépenses prévues) <b>(Dépenses réelles)</b>	353 <b>375</b>	4 169 <b>3 951</b>	1 414 <b>1 555</b>	635 <b>690</b>	747 <b>1 392</b>			7 318 <b>7 963</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'activités et secteur de service, 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 matériels médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogues, les médicaments à usage vétérinaire, la réglementation de la lutte antiparasitaire et la sécurité des produits.

Recettes (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	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	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Produits de santé et aliments	39,8	34,5	36,0	36,0	35,5
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	6,6	6,9	3,5	9,9	7,4
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,3	7,0	0,2	7,0	6,9
<b>Santé des Premières nations et des Inuits</b>					
Santé des Premières nations et des Inuits	6,8	7,2	9,1	9,1	6,9
<b>Gestion et administration ministérielles</b>					
Services de gestion	0,4	0,3	0,7	0,7	0,4
<b>Recettes disponibles totales<sup>2</sup></b>	<b>61,0</b>	<b>55,9</b>	<b>49,5</b>	<b>62,7</b>	<b>57,2</b>
<b>Recettes non disponibles</b>					
<b>Classement principal/Source principale</b>					
<b>Recettes fiscales</b>					
Taxe sur les produits et services	0,3	0,2	-	-	-
<b>Recettes non fiscales :</b>					
Frais d'analyse d'aliments et drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursements des dépenses	5,2	11,6	-	-	14,5
Frais de service	1,9	1,7	2,8	2,8	1,8
Recettes - produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	-
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,6	0,8	-	-	0,6
Diverses recettes non fiscales	6,6	8,5	1,2	1,2	15,6
<b>Recettes non disponibles totales</b>	<b>14,6</b>	<b>22,8</b>	<b>7,8</b>	<b>7,8</b>	<b>32,5</b>
<b>Recettes totales</b>	<b>75,6</b>	<b>78,7</b>	<b>57,3</b>	<b>70,5</b>	<b>89,7</b>

- 1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'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 législatifs

Au cours des dernières années, le seul paiement législatif de Santé Canada était un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars pour l'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, des

personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang effectuée entre le 1<sup>er</sup> janvier 1986 et le 1<sup>er</sup> juillet 1990.

Paiements législatifs par secteur d'activités (en millions de dollars)

Secteur d'activités	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Dépenses prévues	Autorisations totales <sup>1</sup>	Dépenses réelles
Promotion et protection de la santé	855,3	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total des paiements législatifs</b>	<b>855,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

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

## Tableau financier 7 : Paiements de transfert

Le tableau qui suit présente la répartition des paiements de transfert (subventions et contributions et autres paiements de transfert) par secteur d'activités. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans les récents discours du Budget (p. ex. Programme canadien de nutrition prénatale, Stratégie canadienne du diabète, Soutenir la capacité de protection de la santé,

Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, Fonds pour l'adoption des soins de santé primaires) et le report de ressources (p. ex. hépatite C - services de soins de santé et retraçage des donneurs et des receveurs). Certaines annonces s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le secteur de la Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé).

Paiements de transfert par secteur d'activités (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	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	11,9	0,9	1,1	<b>1,1</b>
Promotion et protection de la santé	54,9	23,7	28,4	23,3	<b>23,3</b>
Gestion de l'information et du savoir	0,0	0,0	0,0	95,0	<b>95,0</b>
<b>Total des subventions</b>	<b>66,8</b>	<b>35,6</b>	<b>29,3</b>	<b>119,4</b>	<b>119,4</b>
<b>Contributions</b>					
Politique en matière de soins de santé	49,3	43,0	203,8	45,5	<b>29,5</b>
Promotion et protection de la santé	157,8	172,6	209,6	180,9	179,1
Santé des Premières nations et des Inuits	545,9	589,1	627,6	637,0	<b>637,0</b>
Gestion de l'information et du savoir	12,5	20,8	52,8	49,2	<b>49,2</b>
Gestion et administration ministérielles	32,2	41,0	17,3	52,1	<b>52,1</b>
<b>Total des contributions</b>	<b>797,7</b>	<b>866,5</b>	<b>1 111,1</b>	<b>964,7</b>	<b>946,9</b>
<b>Autres paiements de transfert</b>					
Promotion et protection de la santé	0,0	29,6	71,0	55,8	<b>55,8</b>
<b>Total autres paiements de transfert</b>	<b>0,0</b>	<b>29,6</b>	<b>71,0</b>	<b>55,8</b>	<b>55,8</b>
<b>Total des paiements de transfert</b>	<b>864,5</b>	<b>931,7</b>	<b>1 211,4</b>	<b>1 139,9</b>	<b>1 122,1</b>

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

## Tableau financier 8 : Besoin en ressources par organisation et secteurs d'activités

Comparaison par organisation et par secteurs d'activités entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2001-2002 (RPP), d'une part, et les dépenses réelles, d'autre part. Les explications relatives aux écarts par secteurs d'activités se trouvent au tableau 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service. (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	
Politique de la santé et communications						
(Dépenses prévues)	295,2					295,2
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>129,1</i>					<i>129,1</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>107,1</b>					<b>107,1</b>
Santé de la population et santé publique						
(Dépenses prévues)		438,6				438,6
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>395,4</i>				<i>395,4</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>395,3</b>				<b>395,3</b>
Produits de santé et aliments						
(Dépenses prévues)		144,3				144,3
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>138,4</i>				<i>138,4</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>128,2</b>				<b>128,2</b>
Santé environnementale et sécurité des consommateurs						
(Dépenses prévues)		139,3				139,3
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>199,1</i>				<i>199,1</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>194,5</b>				<b>194,5</b>
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire						
(Dépenses prévues)		21,4				21,4
<i>(Autorisations totales)</i>		<i>25,0</i>				<i>25,0</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>		<b>25,0</b>				<b>25,0</b>
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Dépenses prévues)			1 323,6			1 323,6
<i>(Autorisations totales)</i>			<i>1 339,1</i>			<i>1 339,1</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>			<b>1 339,1</b>			<b>1 339,1</b>
Information, analyse et connectivité						
(Dépenses prévues)				172,1		172,1
<i>(Autorisations totales)</i>				<i>287,9</i>		<i>287,9</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>				<b>281,3</b>		<b>281,3</b>
Services de gestion						
(Dépenses prévues)					90,8	90,8
<i>(Autorisations totales)</i>					<i>103,7</i>	<i>103,7</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>					<b>101,6</b>	<b>101,6</b>
Haute direction du Ministère						
(Dépenses prévues)					20,9	20,9
<i>(Autorisations totales)</i>					<i>118,2</i>	<i>118,2</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>					<b>107,0</b>	<b>107,0</b>
<b>Total</b>						
(Dépenses prévues)	295,2	743,6	1 323,6	172,1	111,7	2 646,2
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>129,1</i>	<i>757,9</i>	<i>1 339,1</i>	<i>287,9</i>	<i>221,9</i>	<i>2 735,9</i>
<b>(Dépenses réelles)</b>	<b>107,1</b>	<b>743,0</b>	<b>1 339,1</b>	<b>281,3</b>	<b>208,6</b>	<b>2 679,1</b>
<b>Pourcentage du total</b>	<b>4,0%</b>	<b>27,7%</b>	<b>50,0%</b>	<b>10,5%</b>	<b>7,8%</b>	<b>100,0%</b>

Les montants en italiques représentent les autorisations totales pour 2001-2002 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

## Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service

### Secteur d'activités 1 : Politique en matière de soins de santé (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	295,2	129,1	107,1
Recettes	S/O	S/O	S/O
Dépenses nettes	295,2	129,1	107,1*

\* Cette somme représente 4,0% des dépenses réelles du Ministère.

La diminution des dépenses prévues par rapport aux autorisations est principalement attribuable à la modification du profil de financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP).

L'écart entre les autorisations et les dépenses réelles est aussi principalement attribuable au retard dans la réception des propositions visant le FASSP.

### Secteur d'activités 2 : Promotion et protection de la santé (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	783,3	810,8	792,9
Recettes	(39,7)	(52,9)	(49,9)
Dépenses nettes	743,6	757,9	743,0*

\* Cette somme représente 27,7% des dépenses réelles du Ministère.

Les explications relatives aux écarts se trouvent dans la section sur les secteurs de service.

**Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)**

**Secteur de service 1 : Santé de la population et santé publique  
(en millions de dollars)**

	<b>Dépenses prévues 2001-2002</b>	<b>Autorisations totales 2001-2002</b>	<b>Dépenses réelles 2001-2002</b>
Dépenses brutes	438,6	395,4	395,4
Recettes	0,0	0,0	(0,1)
<b>Dépenses nettes</b>	<b>438,6</b>	<b>395,4</b>	<b>395,3*</b>

\* Cette somme représente 53.1% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, sont principalement attribuables au report de ressources aux exercices suivants pour les services en matière de soins de santé et les initiatives de retraçage des donneurs et des receveurs qui concernent l'hépatite C.

**Secteur de service 2 : Produits de santé et aliments  
(en millions de dollars)**

	<b>Dépenses prévues 2001-2002</b>	<b>Autorisations totales 2001-2002</b>	<b>Dépenses réelles 2001-2002</b>
Dépenses brutes	180,3	174,4	163,7
Recettes	(36,0)	(36,0)	(35,5)
<b>Dépenses nettes</b>	<b>144,3</b>	<b>138,4</b>	<b>128,2*</b>

\* Cette somme représente 17,3% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les dépenses réelles sont de 10,2 millions de dollars inférieures aux autorisations totales. Cette différence est attribuable aux retards de diverses activités de ce secteur de service et à la réduction de certaines exigences des programmes. Le montant des recettes perçues qui dépasse les prévisions contribue aussi à l'écart.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

**Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)**

**Secteur de service 3 : Santé environnementale et sécurité des consommateurs (en millions de dollars)**

	<b>Dépenses prévues 2001-2002</b>	<b>Autorisations totales 2001-2002</b>	<b>Dépenses réelles 2001-2002</b>
Dépenses brutes	142,8	209,0	201,9
Recettes	(3,5)	(9,9)	(7,4)
<b>Dépenses nettes</b>	<b>139,3</b>	<b>199,1</b>	<b>194,5*</b>

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

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont attribuables à l'approbation d'une autorisation de crédit net pour le Programme de santé au travail et de sécurité du public (PSTSP) et au financement visant la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, la Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE) et les programmes de sécurité publique et d'antiterrorisme.

Les écarts entre les autorisations totales et les dépenses réelles visant les recettes sont principalement attribuables aux recettes plus faibles que prévu perçues dans le cadre du Programme de santé au travail et de sécurité du public.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures aux autorisations totales, principalement en raison des retards de certaines activités visant la lutte contre le tabagisme, la stratégie antidrogue, les substances contrôlées et l'évaluation environnementale.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

**Secteur de service 4 : Réglementation de la lutte antiparasitaire (en millions de dollars)**

	<b>Dépenses prévues 2001-2002</b>	<b>Autorisations totales 2001-2002</b>	<b>Dépenses réelles 2001-2002</b>
Dépenses brutes	21,6	32,0	31,9
Recettes	(0,2)	(7,0)	(6,9)
<b>Dépenses nettes</b>	<b>21,4</b>	<b>25,0</b>	<b>25,0*</b>

\* Cette somme représente 3,4% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables à l'approbation de l'autorisation de crédit net visant l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire.

**Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)**

**Secteur d'activités 3 : Santé des Premières nations et des Inuits (en millions de dollars)**

	<b>Dépenses prévues 2001-2002</b>	<b>Autorisations totales 2001-2002</b>	<b>Dépenses réelles 2001-2002</b>
Dépenses brutes	1 332,7	1 348,2	1 346,0
Recettes	(9,1)	(9,1)	(6,9)
<b>Dépenses nettes</b>	<b>1 323,6</b>	<b>1 339,1</b>	<b>1 339,1*</b>

\* Cette somme représente 50,0% des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, sont principalement attribuables :

- au financement de la construction ou de la rénovation des installations des Premières nations sur les réserves, qui figure dans le secteur Gestion et administration ministérielles;
- au financement nouvellement approuvé (qui ne figure pas dans les dépenses prévues) visant le maintien de la viabilité du Programme.

**Secteur d'activités 4 : Gestion de l'information et du savoir (en millions de dollars)**

	<b>Dépenses prévues 2001-2002</b>	<b>Autorisations totales 2001-2002</b>	<b>Dépenses réelles 2001-2002</b>
Dépenses brutes	172,1	287,9	281,3
Recettes	S/O	S/O	S/O
<b>Dépenses nettes</b>	<b>172,1</b>	<b>287,9</b>	<b>281,3*</b>

\* Cette somme représente 10,5 % des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations s'expliquent en grande partie par :

- l'approbation d'une subvention unique de 95 millions de dollars pour l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- le financement de l'initiative d'intégrité des programmes visant la mise en oeuvre de la GI-TI;
- le report de ressources aux exercices suivants pour le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS).

Les dépenses réelles sont inférieures de 6,6 millions de dollars aux autorisations totales, principalement en raison des retards dans la mise en oeuvre d'une nouvelle plate-forme pour le Réseau canadien de la santé.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

---

**Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)**

---

**Secteur d'activités 5 : Gestion et administration ministérielles  
(en millions de dollars)**

	<b>Dépenses prévues 2001-2002</b>	<b>Autorisations totales 2001-2002</b>	<b>Dépenses réelles 2001-2002</b>
Dépenses brutes	112,4	222,6	209,0
Recettes	(0,7)	(0,7)	(0,4)
Dépenses nettes	111,7	221,9	208,6*

\* Cette somme représente 7,8% des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, s'expliquent en grande partie par l'approbation de nouvelles ressources pour plusieurs initiatives visant par exemple la dépréciation des immobilisations, ainsi que par le financement lié au soutien des activités de construction et de rénovation des installations des Premières nations sur les réserves et le remaniement des fonctions de ce secteur d'activités au cours de l'année.

Les dépenses réelles sont de 13,3 millions de dollars inférieures aux autorisations totales; cela tient principalement à la mise de côté de fonds pour couvrir l'augmentation du coût des régimes d'avantages sociaux des employés et d'autres coûts assumés par le Ministère.

---

## **Tableau financier 10 : Pertes potentielles**

Il y a un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement fédéral alléguant une négligence de la part de celui-ci dans son rôle à l'égard de la réglementation des instruments médicaux, du sang et des produits thérapeutiques. En raison

de la complexité des réclamations et du stade auquel se trouvent les procédures, on ne peut pas pour l'instant donner une estimation fiable des pertes potentielles qui seront subies relativement aux recours collectifs et aux poursuites individuelles.



## **Section VI :**

# **Autres renseignements**

---

# Personnes-ressources au Ministère

## Bureaux régionaux

### Atlantique

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

### Québec

Complexe Guy Favreau  
Tour Est, Suite 202  
200, boul. René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) 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  
Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca>  
ou écrivez-nous à l'adresse suivante :

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

### Manitoba et Saskatchewan

391, avenue York, Bureau 437  
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P4  
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

757, rue West Hastings, Bureau 405  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
V6C 1A1  
Téléphone : (604) 666-2083  
Télécopieur : (604) 666-2258

---

# Références

## Sélection de publications de Santé Canada

Carnet de santé de l'enfant du 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

Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés

La nutrition du nourrisson né à terme et en santé

La santé des jeunes : tendances au Canada

Le développement sain des enfants et des jeunes : le rôle des facteurs déterminants de la santé

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 de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie

Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé

Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne

Pourquoi toutes les femmes qui pourraient devenir enceintes devraient prendre de l'acide folique

Profil - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation au Canada

Vous et votre enfant

Pour commander des documents :

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

---

# Index

## A

- Activité physique - inactivité physique 36, 38, 131, 144
- Aînés - adultes âgés - vieillissement 18, 36, 38, 64, 123, 139
- Alcool - alcoolisme 25, 39, 50, 51, 52, 70
- Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes 91
  - Syndrome d'alcoolisme foetal et effets de l'alcool sur le fœtus 11, 35, 69, 123
- Aliment(s) 11, 12, 19, 21, 22, 25, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 54, 59, 61, 109, 110, 113, 115, 130, 141, 146
- Antibiotiques 41, 44
- Assurance-maladie 18, 28, 29, 30
- Autochtones - Indiens - Premières nations et Inuit
- 11, 18, 19, 21, 22, 26, 38, 64, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 80, 84, 88, 90, 98, 99, 100, 101, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 117, 118, 129, 130, 133, 134, 136, 139
- Initiative sur le diabète chez les Autochtones 67
- National Native Addictions Partnership Foundation 70
- Plans - Programmes de santé communautaire 75
- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 66, 68, 89
- Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits 70, 84, 99
- Programme des services de santé non assurés 26, 65, 74, 76, 99, 100
- Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 25, 70
- Projet de télésanté pour les Premières nations et les Inuits 101
- Réseau pour la santé des femmes autochtones 32
- Stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones 66
- Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 70, 71, 79, 80, 101

## B

- Biotechnologie 25, 42, 46, 48, 51
- Fonds de la Stratégie canadienne en biotechnologie 46
  - Fonds pour la réglementation de la biotechnologie 46

---

## **C**

Carnet de route 103

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada 12, 29, 103

## **D**

Dispositifs de diagnostic - services de diagnostic 31, 52, 81

Dossiers électronique de santé 79, 81, 104

## **E**

Eau 41, 54, 67, 76, 88, 90, 100, 141

Enfants - jeunes 12, 18, 35, 37, 51, 52, 55, 60, 61, 66, 68, 88, 89, 90, 123

Centres d'excellence pour la santé et le bien-être des enfants 36

Développement des jeunes enfants 36, 90

Programme d'action communautaire pour les enfants 35

Entente des premiers ministres sur la santé - réunion de septembre 2000  
12, 29, 83, 102, 104, 129

Entente-cadre sur l'union sociale 12, 102, 129

Essais cliniques 44, 45

## **F**

Femmes 32, 36, 55, 69, 123, 132, 136, 146

Centres d'excellence pour la santé des femmes 32

Enceinte - grossesses 35, 51, 69, 91, 123

Programme de contributions pour la santé des femmes 32

Réseau canadien pour la santé des femmes 32

Fonds pour la recherche et le développement en génomique 46

Fonds pour l'adaptation des soins de santé 32

## **G**

Génétique 33, 46, 48, 83

## **I**

Inforoute Santé Canada Inc. 104

Infostructure nationale de l'information sur la santé 79

Initiative du secteur bénévole 37

Institut canadien de l'information sur la santé 103, 108, 112, 117

Instituts de recherche en santé du Canada 87

Irradiation 45, 47, 51

---

## **L**

### **Lois**

- Loi canadienne sur la protection de l'environnement 61, 116
- Loi canadienne sur la santé 11, 12, 18, 24, 29, 30
- Loi canadienne sur l'évaluation environnementale 53
- Loi réglementant certaines drogues et autres substances 53
- Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques 81
- Loi sur les aliments et drogues 61
- Loi sur les dispositifs émettant des radiations 52
- Loi sur les langues officielles 87
- Loi sur les produits antiparasitaires 12, 25, 57, 58, 60, 61

## **M**

- Maladie(s) 32, 33, 39, 40, 50, 54, 65, 66, 80, 90, 99, 130
  - Cancer 37, 39, 53, 72, 130, 137, 138, 139
  - Chroniques 38, 45, 70, 72, 89, 99, 130, 137, 139, 144
  - Diabète 11, 37, 39, 71, 72, 112, 139, 144
  - Hépatite C 37, 84, 106, 111, 112, 115
  - Maladies du coeur - maladies cardio-vasculaires 39, 52, 137, 138, 139, 144
  - Maladies infectieuses - maladies transmissibles 35, 39, 41, 72, 99
  - Maladies respiratoires 39, 53, 137
  - Tuberculose 99, 140
  - VIH/sida 11, 40, 66, 131, 141
- Médicaments - produits pharmaceutiques 29, 35, 41, 42, 43, 44, 47, 50, 53, 54, 64, 72, 74, 75, 100, 110
- Marihuana 53
- Système de la réserve nationale d'urgence 35
- Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits 30

## **N**

- Nutrition 36, 42, 45, 47, 48, 68, 91, 123
  - Programme canadien de nutrition prénatale 35, 69, 112

## **P**

- Poids - obésité 36, 39, 47, 91, 130, 131, 135, 145, 146
- Pollution de l'air - qualité de l'air 53, 67

---

Portail canadien de la santé 82, 101  
Produits biologiques - agents biologiques 19, 35, 42, 44, 48, 53  
Produits chimiques - substances chimiques - agents chimiques  
25, 35, 43, 50, 51, 53, 54, 55, 63, 67  
Produits de lutte antiparasitaire - pesticides  
12, 19, 22, 25, 57, 58, 59, 60, 62, 98  
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire  
21, 46, 57, 58, 61, 62, 63, 98, 113, 116  
Plan d'action pour les pesticides en milieu urbain 62  
Produits de santé naturels 19, 42, 45  
Produits de traitement du bois 59  
Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé  
81, 82, 106, 117  
Protection des renseignements personnels 12, 26, 78, 81

## **R**

Radiation 25, 52, 55, 102, 110  
Régions éloignées et rurales 38, 65, 71, 81  
Règlements  
Aliments et drogues 45  
Précurseurs 54  
Produits antiparasitaires 60  
Produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs 55  
Réseau canadien de la santé 31, 79, 82, 100, 102, 117

## **S**

Sang 41, 111, 119  
Santé génésique - techniques de reproduction - procréation assistée 12, 48, 91  
Santé mentale 32, 37, 39, 52, 67, 71, 72, 80, 123  
Services d'urgence - planification d'urgence - intervention d'urgence -  
situations d'urgence 13, 24, 34, 35, 55, 65, 87, 101  
Soins à domicile et en milieu communautaire 28, 32, 66, 70, 71, 73, 75  
Soins dentaires 72, 75, 99  
Soins infirmiers - infirmières 30, 64, 65, 101  
Soins primaires 28, 65, 66, 88, 101  
Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 88, 106, 112, 114  
Système d'information géographique 40

---

**T**

Tabac - tabagisme

11, 25, 36, 38, 39, 50, 51, 55, 106, 112, 116, 131, 142, 143

Télésanté 35, 81, 101

**V**

Vaccins - immunisation - inoculation 36, 39, 46, 72, 130, 131, 140, 144

Violence familiale - violence dans la famille 32, 37, 98

Virus du Nil occidental 39, 40, 80

---

## Appendice A :

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

*Mesurer la santé au Canada* fournit des informations sur l'état de santé et les déterminants de la santé des Canadiens, en mettant l'accent sur la santé des Premières nations. Des comparaisons internationales ont été effectuées sur ces sujets lorsqu'ils étaient accessibles. On a utilisé dans la mesure du possible un sous-ensemble standard de nations pour effectuer ces comparaisons; cependant, les données restreintes constituent une limite dans le cas de certains indicateurs.

*Mesurer la santé au Canada* est divisé en trois principaux sujets aux fins des rapports sur le rendement du système de santé, comme ils sont présentés dans le communiqué sur la santé signé par les premiers ministres en septembre 2000. Ces sujets sont les suivants : 1) l'état de santé; 2) les résultats pour la santé; et 3) la qualité des services. À l'époque, les premiers ministres ont réaffirmé leur engagement consistant à rendre des comptes régulièrement aux électeurs, conformément à l'Entente cadre sur l'Union sociale de 1999. Les gouvernements se sont entendus pour fournir régulière-

ment des rapports publics complets sur les programmes et services de santé qu'ils offrent, le rendement du système de santé et les progrès réalisés en ce qui a trait aux priorités clés. Les administrations ont publié leurs rapports en septembre 2002. On peut trouver *le rapport fédéral sur les indicateurs de la santé comparables* à l'adresse suivante :

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

Dans le document *Mesurer la santé au Canada*, nous avons, dans la mesure du possible, utilisé des définitions et indicateurs qui ont été convenus durant le processus des premiers ministres. Cependant, les graphiques qui se trouvent au présent appendice mettent davantage l'accent sur des secteurs propres aux programmes et activités de Santé Canada et présentent les données sous-jacentes de façon quelque peu différente, en établissant les tendances relatives à la santé et en soulignant les résultats pour la santé qui concernent Santé Canada.

---

## **Mesurer la santé au Canada fournit des informations sur les éléments qui suivent.**

### **1. L'état de santé**

L'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Canada, 1979-1999 . . .	132
L'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 1999 . . . . .	132
L'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Premières nations inscrites et population générale, 1975-2000 . . . . .	133
Taux de mortalité infantile, Canada, 1988-1999 . . . . .	133
Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 1999 . . . . .	134
Taux de mortalité infantile, Premières nations et Canada, 1979-1999 . . . . .	134
Prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance, Canada, 1979-1999 . . . . .	135
Auto-évaluation de l'état de santé, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 . . .	135
Auto-évaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 1998 . . . . .	136
Auto-évaluation de l'état de santé, Premières nations, selon l'âge et le sexe, 1999 . . . . .	136

### **2. Résultats pour la santé**

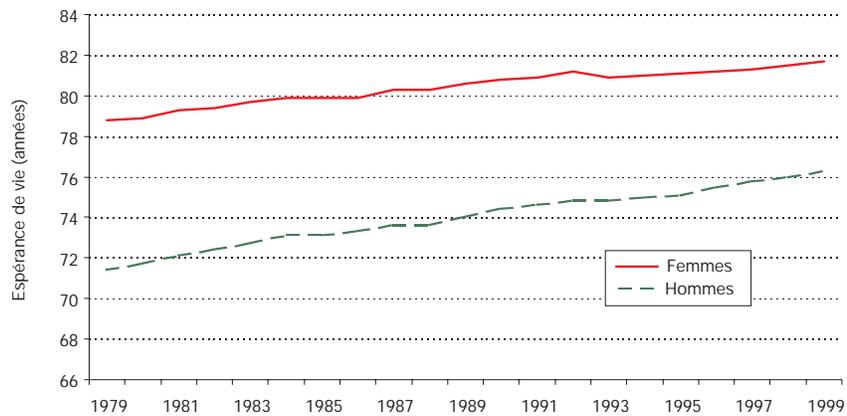
Taux de mortalité normalisé selon l'âge et attribuable à une affection chronique, Canada, 1996-1999 . . . . .	137
Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 1999 . . . . .	137
Années potentielles de vies perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999 . . . . .	138
Années potentielles de vies perdues, cancers sélectionnés, Canada, 1979-1999 . . . . .	138
Prévalence de l'auto-évaluation des affections chroniques, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 . . . . .	139
Prévalence des affections chroniques, Premières nations/Inuits du Labrador et population générale, Canada, 1998-1999 . . . . .	139
Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987-1999 . . . . .	140
Incidence de maladies sélectionnées à déclaration obligatoire, Canada, 1990-1999 . . . . .	140
Incidence des intoxications alimentaires, Canada, 1987-1999 . . . . .	141

Incidence du VIH et du sida par tranche de 100 000 habitants, Canada, 1995-1999 .....	141
--	-----

### **3. Qualité des services**

Exposition à la fumée de cigarette à la maison, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 .....	142
Taux actuel de fumeurs âgés de 12 ans ou plus, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 .....	142
Taux actuel de fumeurs âgés de 12 à 19 ans, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 .....	143
Prévalence de l'usage quotidien du tabac chez les personnes de 15 ans ou plus, comparaisons internationales, 2000 .....	143
Vaccination contre la grippe au cours de la dernière année, selon l'âge, Canada, 2000-2001 .....	144
Inactivité physique, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001 .....	144
Prévalence de l'excédent de poids et de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 .....	145
Prévalence de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 .....	145
Obésité selon le sexe, comparaisons internationales, 1999 .....	146
Consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et de légumes, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001 .....	146

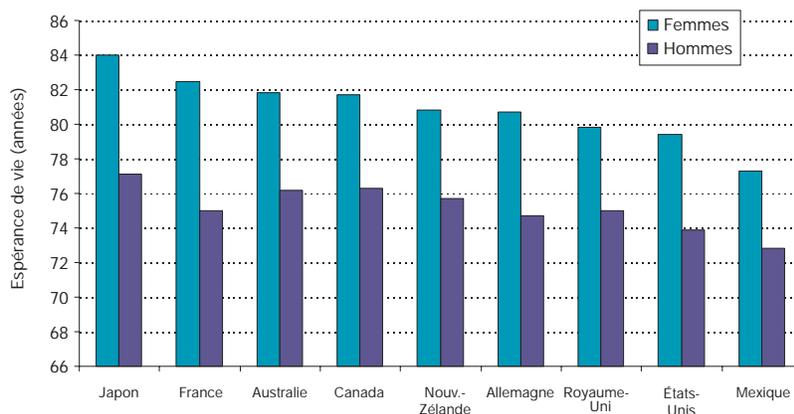
## Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada, 1979-1999



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 1999, l'espérance de vie était de 81,7 ans chez les femmes et de 76,3 ans chez les hommes. Même si les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, l'écart entre les sexes se rétrécit, passant de 10,3 ans en 1990 à 5,4 ans en 1999.

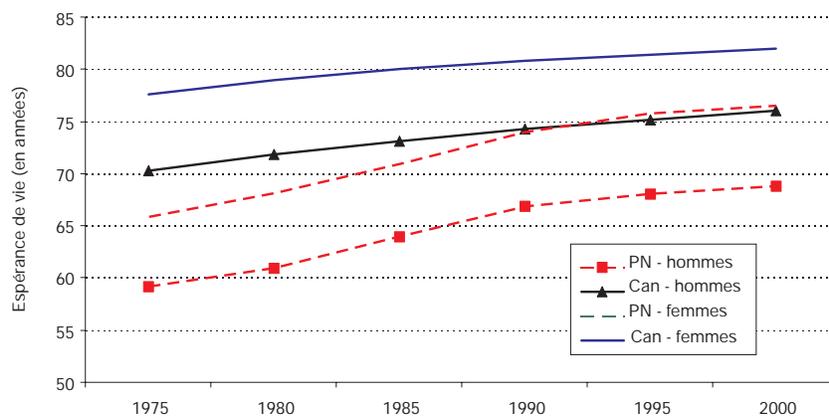
## Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé 2002 de l'OCDE

L'espérance de vie est plus élevée au Canada que dans la plupart des pays. Elle varie d'un pays à l'autre, tant chez les hommes que chez les femmes. Elle est la moins élevée au Mexique (hommes : 72,8; femmes : 77,3) et la plus élevée au Japon (hommes : 77,1; femmes : 84).

### Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Premières nations inscrites et population générale, 1975-2000

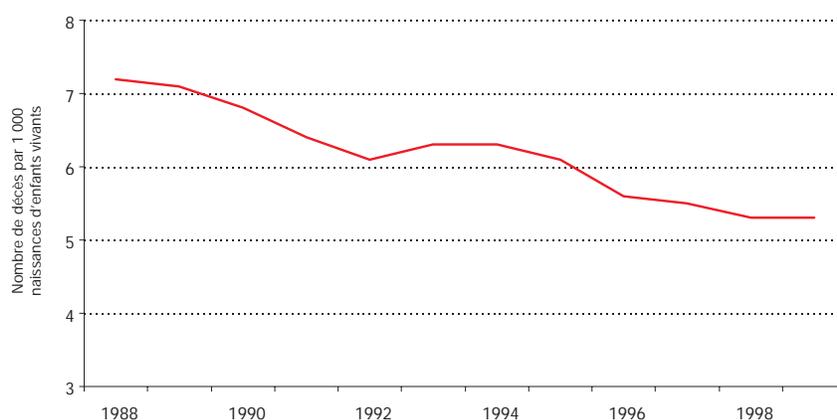


Source : Projection de la population indienne inscrite, 1998-2008, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 1999

L'espérance de vie des Indiennes et Indiens inscrits augmente constamment depuis 1975, à un rythme tel que la différence avec la population générale continue de s'amoinrir de façon constante.

Remarque : Les Premières nations sont désignées comme des Indiens inscrits vivants à l'intérieur et à l'extérieur des réserves. L'espérance de vie pour l'année 2000 constitue une estimation.

### Taux de mortalité infantile, Canada, 1988-1999

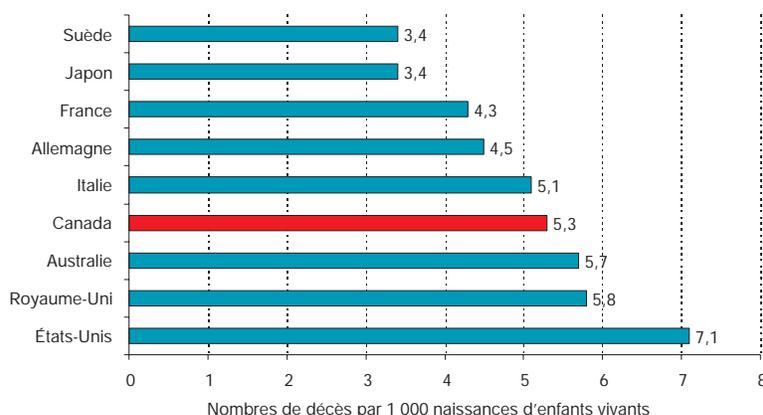


Source : Statistique Canada, bases de données sur les naissances et les décès

Le taux de mortalité infantile au Canada a diminué de façon constante et s'est même amélioré depuis la fin des années 80.

Le taux de mortalité infantile se définit comme le nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie (c.-à-d. de la naissance au premier anniversaire), par tranche de 1 000 naissances d'enfants vivants.

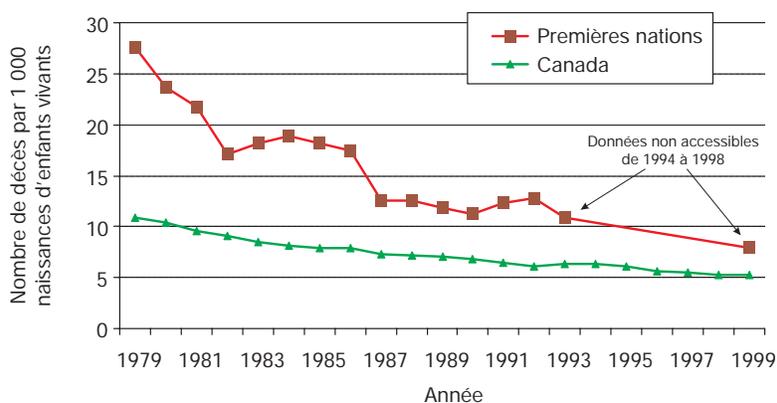
## Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Le Canada affiche l'un des meilleurs taux de mortalité infantile au monde, avec 5,3 décès par 1 000 naissances d'enfants vivants. Le Japon et la Suède avaient le taux de mortalité infantile le moins élevé en 1999, avec 3,4 décès par 1 000 naissances d'enfants vivants.

## Taux de mortalité infantile, Premières nations et Canada, 1979-1999

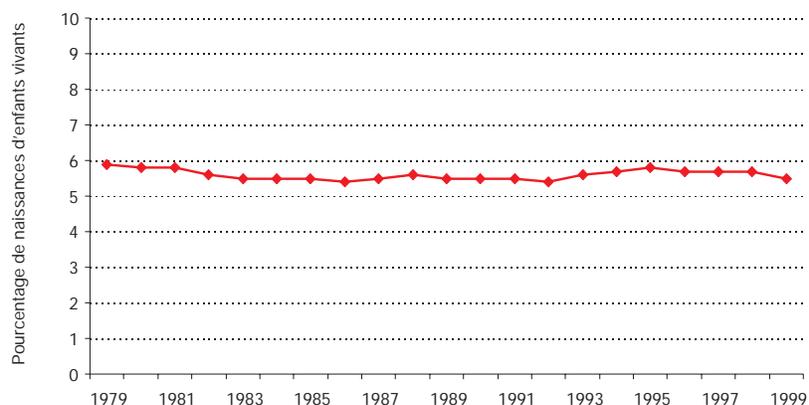


Source : Statistique Canada; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (anciennement la Direction générale des services médicaux), Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations, 1979 - 1993

Le taux de mortalité infantile des Premières nations décline constamment depuis la moitié des années 1980. La mortalité infantile des Premières nations a toujours été plus élevée que celle de la population générale, mais cet écart se rétrécit.

Remarque : Les taux comprennent toutes les naissances d'enfants de moins de 500 grammes. Les données sur la population des Premières nations n'étaient pas accessibles pour les années 1994 à 1998. Il est possible qu'on ne puisse comparer directement les données actuelles à celles des années précédentes en raison de la différence des méthodes de collecte de données.

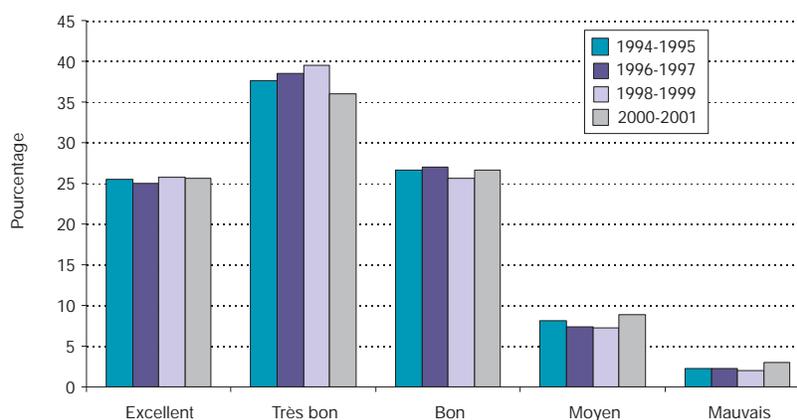
## Prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance, Canada, 1979-1999



Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances

Les nourrissons dont le poids est insuffisant à la naissance sont plus susceptibles de souffrir de complications. Le taux d'insuffisance de poids à la naissance (c.-à-d. moins de 2 500 grammes) au Canada a été relativement stable au cours des deux dernières décennies et est considérablement moins élevé que dans les années 1960.

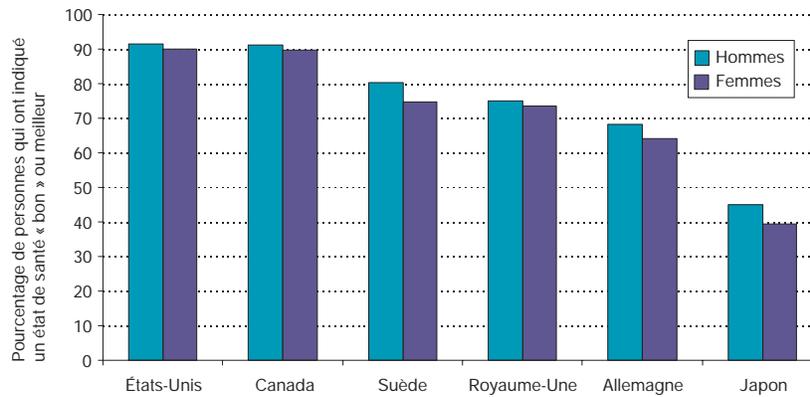
## Auto-évaluation de l'état de santé Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : 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.

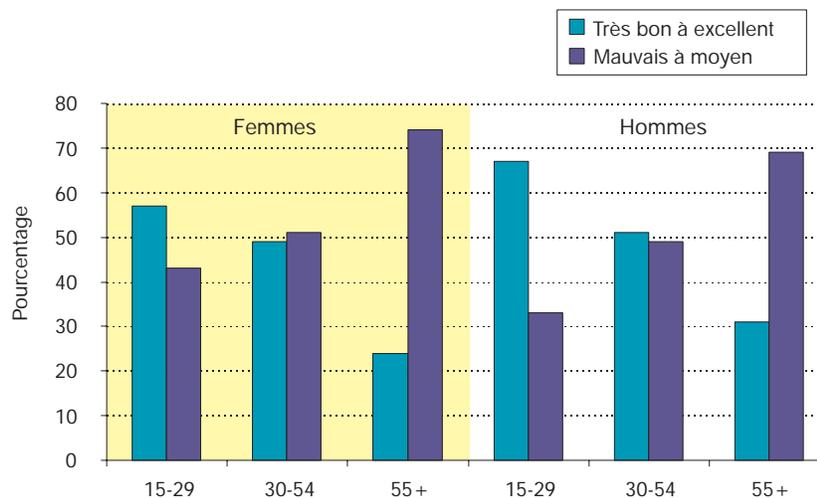
## Auto-évaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 1998



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

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 industrialisés.

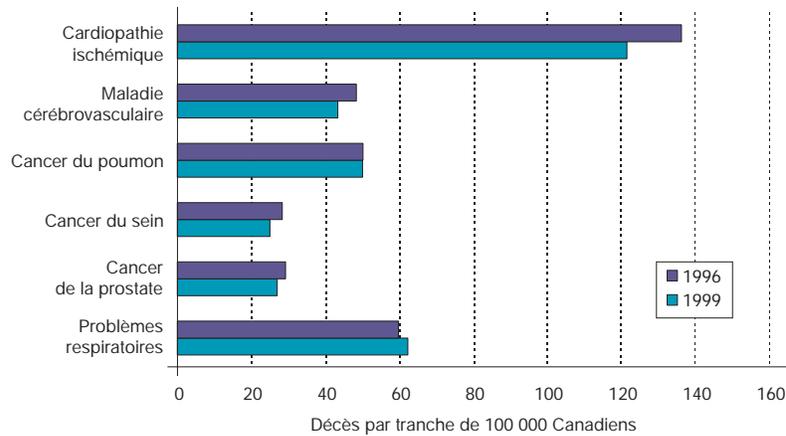
## Auto-évaluation de l'état de santé, Premières nations, selon l'âge et le sexe, 1999



Source : Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, Rapport national 1999

Dans les groupes d'âge moins élevés, plus d'hommes que de femmes des Premières nations signalent un état de santé très bon à excellent. Dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, 57 % des femmes ont indiqué que leur état de santé était de très bon à excellent.

### Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des problèmes de santé chroniques, Canada, 1996, 1999

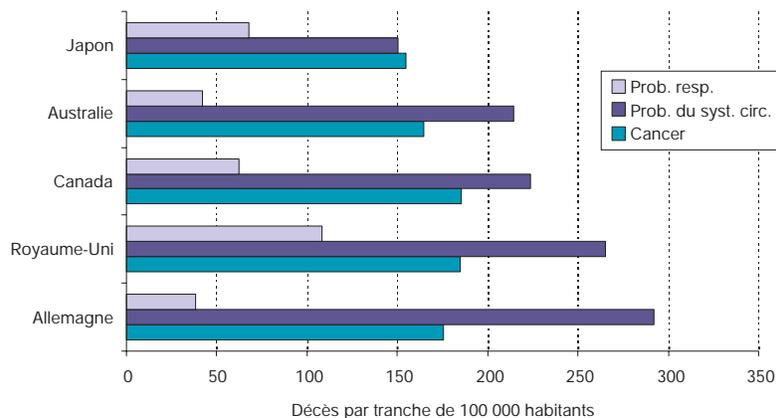


Source : Indicateurs de la santé 2002 de Statistique Canada (données de 1996),  
Décès - Tableaux standards de Statistique Canada, 1999 (données de 1996)

Les maladies cardiaques continuent d'être la principale cause de décès dans la population canadienne, avec 121,7 décès par tranche de 100 000 Canadiens en 1999. Parmi les causes énumérées, les maladies respiratoires constituent la cause qui figure au deuxième rang (62,3 décès par tranche de 100 000 habitants en 1999), et le cancer du poumon a ravi la troisième place aux maladies cérébrovasculaires (50 décès par tranche de 100 000 habitants en 1999).

Remarque : Les chiffres relatifs au cancer de la prostate ne concernent que les hommes; les chiffres relatifs au cancer du sein ne concernent que les femmes.

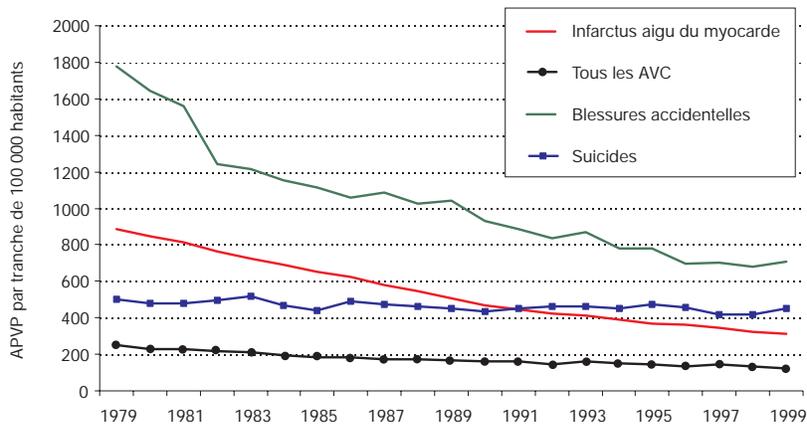
### Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuable au cancer et aux maladies des systèmes respiratoires et circulatoires au Canada sont comparables à ceux des autres pays de l'OCDE.

### Années potentielles de vies perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999

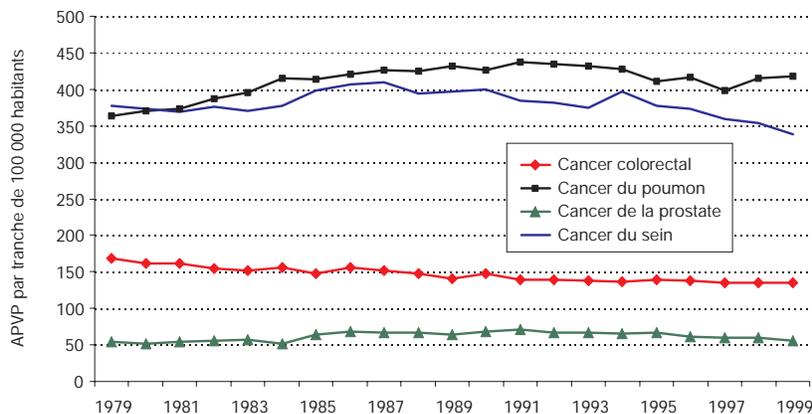


Source : Indicateurs de la santé de Statistique Canada 2002

Le nombre d'années potentielles de vies perdues attribuables à un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) a diminué constamment au cours des deux dernières décennies. Les APVP attribuables aux blessures accidentelles ont aussi diminué de façon considérable.

Remarque : Les années potentielles de vies perdues (APVP) constituent le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément », quelle que soit la cause, avant l'âge de 75 ans.

### Années potentielles de vies perdues, cancers sélectionnés, Canada, 1979-1999

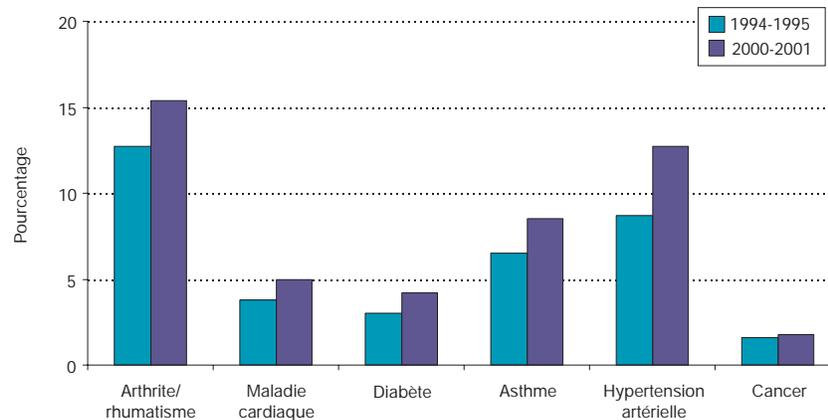


Source : Indicateurs de la santé de statistique Canada 2002

Le cancer du poumon coûte aux Canadiens plus d'années potentielles de vie que toute autre forme de cancer. Les années potentielles de vies perdues à cause du cancer du sein ont chuté depuis 1994.

Remarque : Les chiffres relatifs au cancer de la prostate ne concernent que les hommes; les chiffres relatifs au cancer du sein ne concernent que les femmes.

### Prévalence de l'auto-évaluation des affections chroniques, Canada, 1994-1995 - 2000-2001

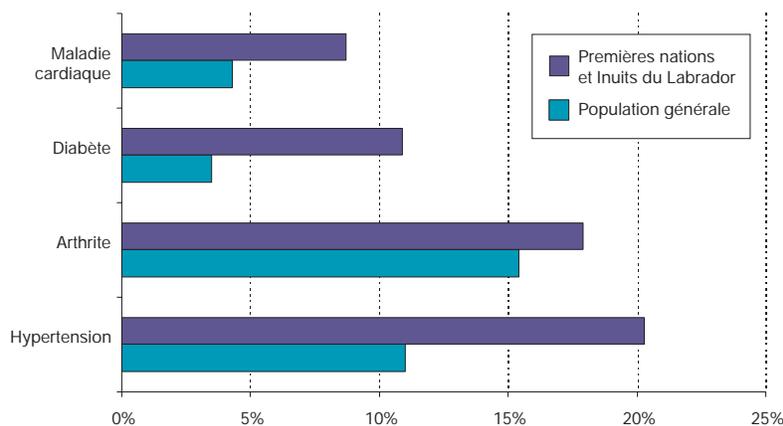


Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994/1995, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000/2001

Le nombre de Canadiens chez qui un professionnel de la santé a diagnostiqué un problème de santé chronique a augmenté dans toutes les principales catégories de problèmes de santé chroniques depuis 1994-1995, ce qui peut refléter le vieillissement de la population.

Remarque : Les répondants devaient indiquer s'ils souffraient ou avaient souffert d'un problème de santé diagnostiqué par un professionnel de la santé qui avait duré ou durerait six mois.

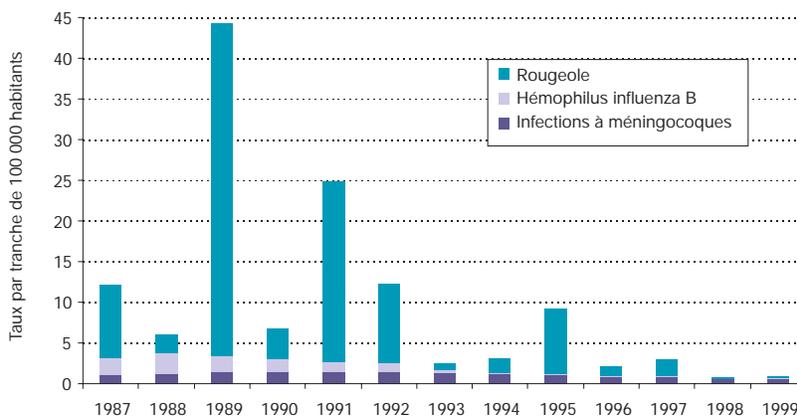
### Prévalence des affections chroniques, Premières nations/Inuits du Labrador et population générale, Canada, 1998-1999



Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1998 - 1999), Statistique Canada. Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (1999), Assemblée des Premières nations

La prévalence des maladies cardiaques, du diabète, de l'arthrite et de l'hypertension est plus élevée chez les Premières nations et les Inuits du Labrador que dans la population générale.

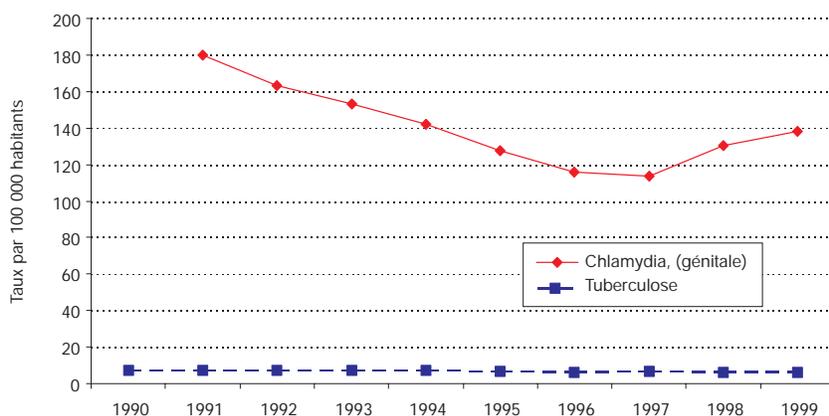
### Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987 - 1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Les maladies évitables par la vaccination sont, par définition, des maladies qui peuvent être évitées grâce à l'utilisation efficace des ressources du système de santé. Les taux d'incidence des maladies évitables par la vaccination ont diminué depuis 1987.

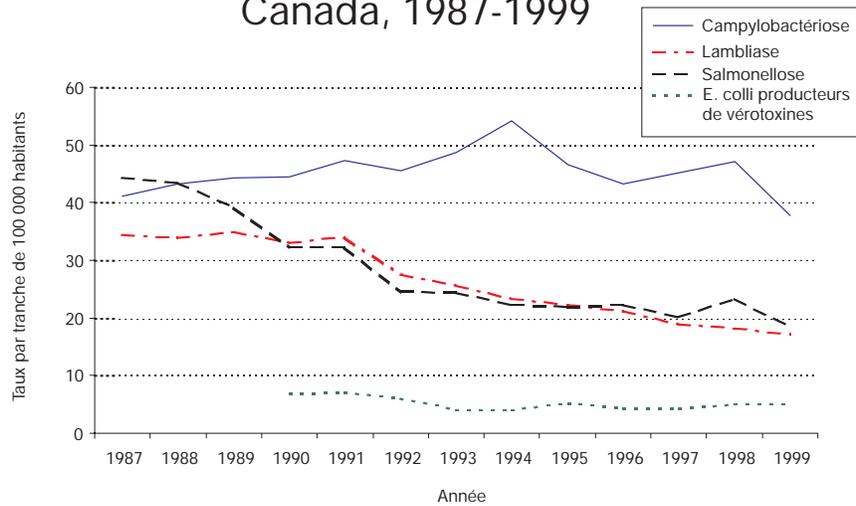
### Incidence de maladies sélectionnées à déclaration obligatoire, Canada, 1990-1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Le taux d'incidence de la chlamydia, maladie transmissible sexuellement, a diminué de 23,3 % depuis 1991; cependant, elle a augmenté par rapport au taux le moins élevé, enregistré en 1997. L'incidence de la tuberculose est demeurée constamment peu élevée durant toute la décennie.

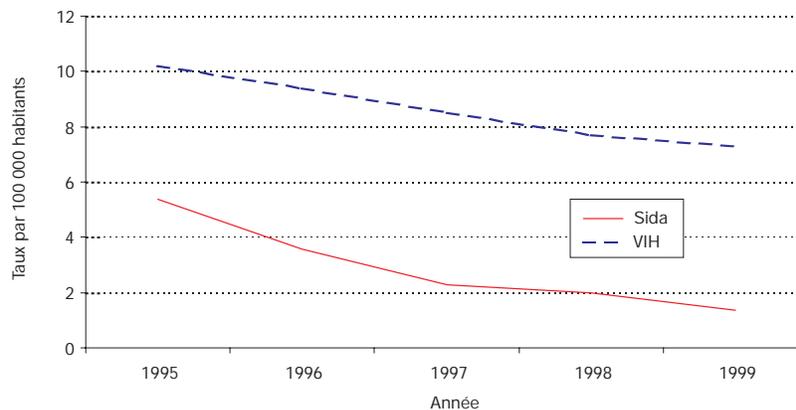
### Incidence des intoxications alimentaires, Canada, 1987-1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence signalée des intoxications alimentaires et des maladies d'origine hydrique illustrée ici a diminué depuis 1987. L'incidence de la salmonellose a connu le déclin le plus important durant cette période (58,4 %).

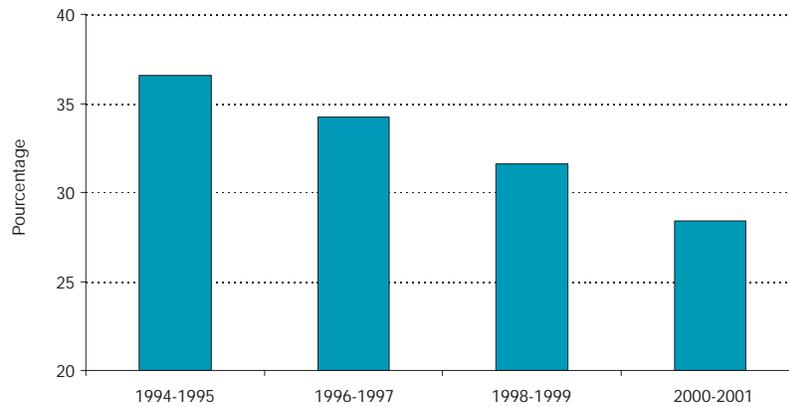
### Incidence du VIH et du sida par tranche de 100 000 habitants, Canada, 1995-1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence du VIH et du sida a diminué considérablement depuis 1991. Le nombre de nouveaux cas de sida signalés a chuté de 74,7 %, passant de 5,38 cas par 100 000 Canadiens en 1995 à 1,36 cas par tranche de 100 000 habitants en 1999. Le taux de nouveaux cas d'infection à VIH a diminué de 28,4 %, passant de 10,2 à 7,3 cas par tranche de 100 000 Canadiens durant la même période.

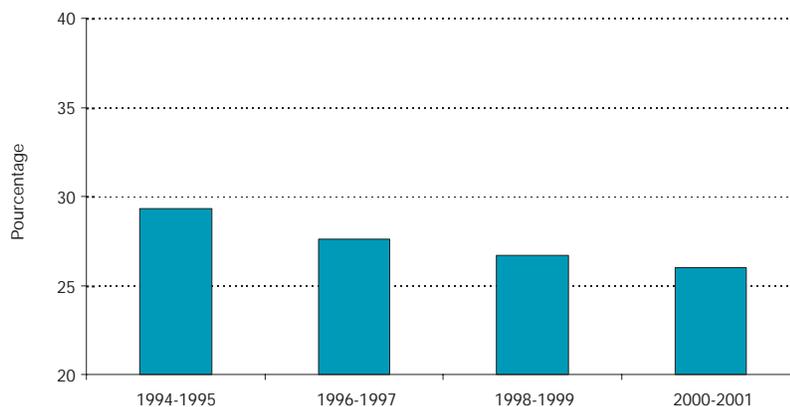
## Exposition à la fumée de cigarette à la maison, Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994/1995 - 1998/1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000/2001

Le pourcentage de Canadiens qui signalent avoir un fumeur dans leur ménage diminue constamment depuis 1994-1995.

## Taux actuel de fumeurs âgés de 12 ans ou plus, Canada, 1994-1995 - 2000-2001

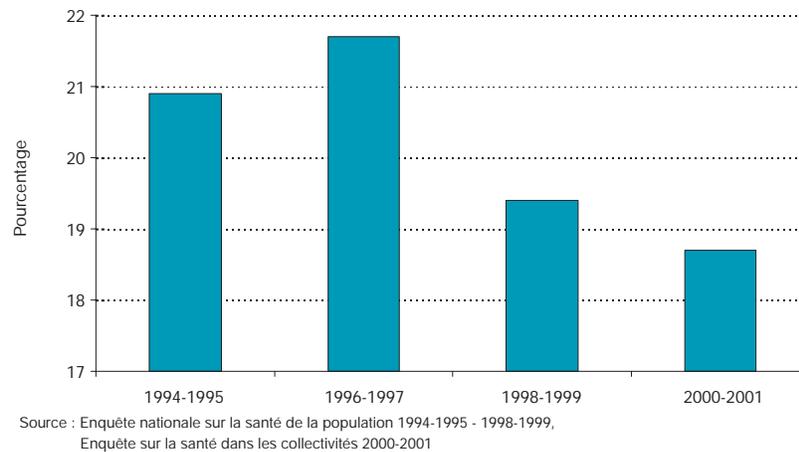


Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994/1995 - 1998/1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000/2001

Le taux d'usage du tabac au Canada a diminué au cours de la dernière décennie, passant de 29,3 % en 1994-1995 à 26,0 % en 2000-2001.

Remarque : Un fumeur se définit comme quelqu'un qui fume quotidiennement ou occasionnellement la cigarette.

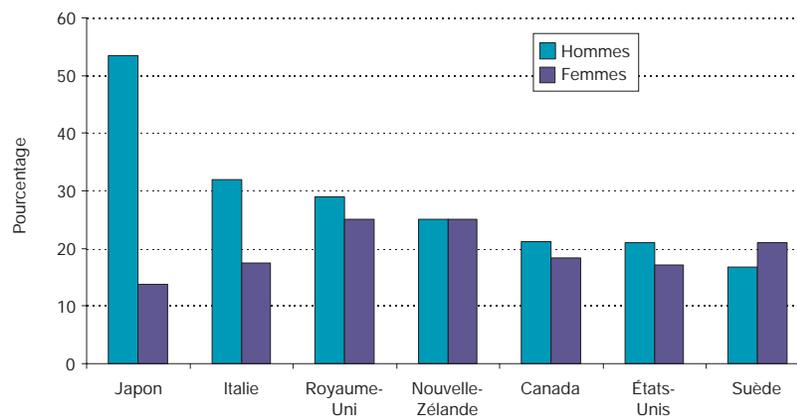
## Taux actuel des fumeurs âgés de 12 à 19 ans, Canada, 1994-1995 - 2000-2001



La prévalence de l'usage de la cigarette chez les jeunes Canadiens a aussi diminué. Le taux d'usage du tabac chez les Canadiens âgés de 12 à 19 ans a chuté de 13,8 depuis 1996-1997.

Remarque : Un fumeur se définit comme quelqu'un qui fume quotidiennement ou occasionnellement la cigarette.

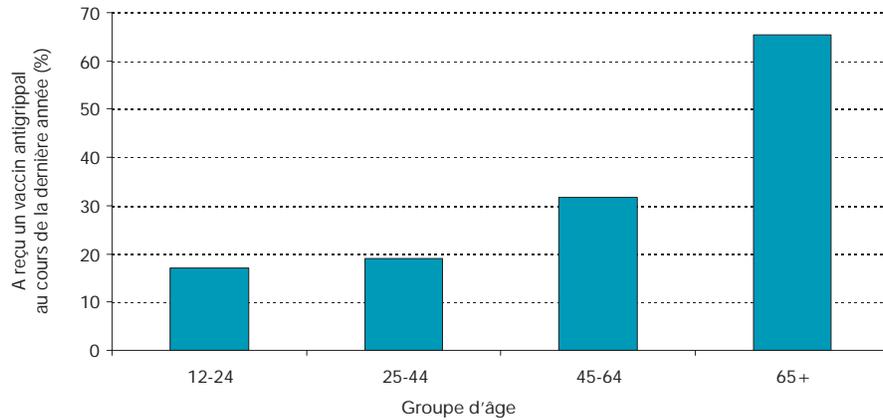
## Prévalence de l'usage quotidien de la cigarette chez les personnes de 15 ans et plus, comparaisons internationales, 2000



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Les taux d'usage du tabac au Canada chez les deux sexes sont semblables à ceux des pays de l'OCDE illustrés.

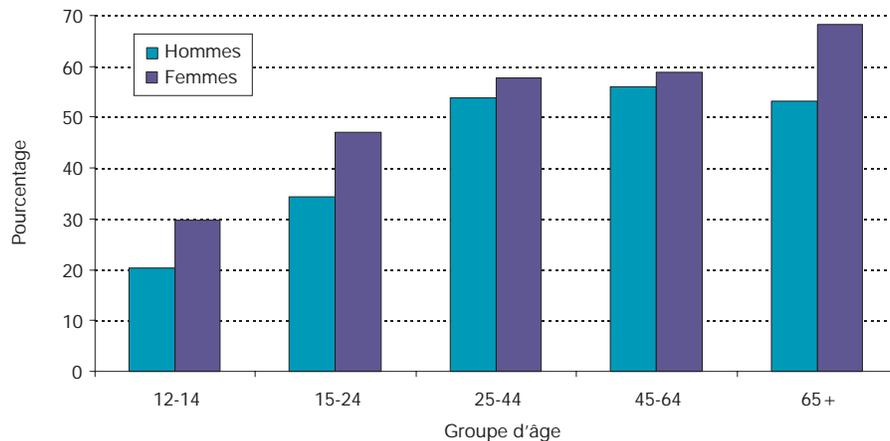
## Vaccination contre la grippe au cours de la dernière année, selon l'âge, Canada, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

Au cours de la dernière année, plus les Canadiens étaient âgés, plus ils étaient susceptibles d'avoir été vaccinés contre la grippe (65,5 % des Canadiens âgés de 65 ans ou plus).

## Inactivité physique, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001

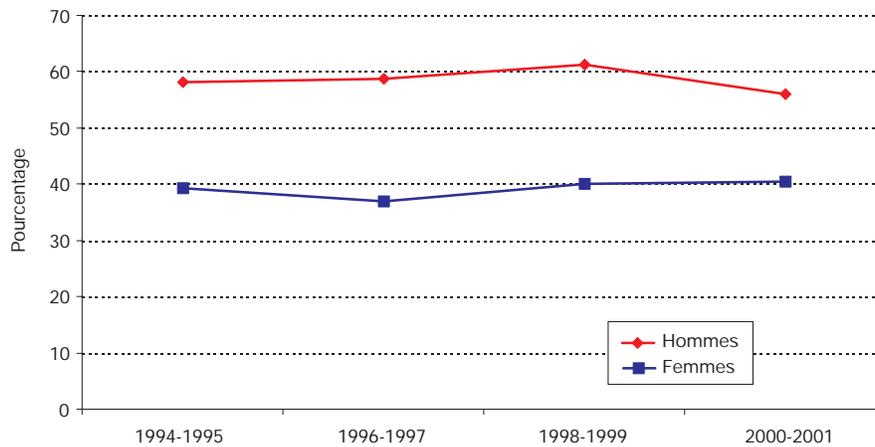


Source : Enquête sur la santé dans des collectivités 2000-2001

L'inactivité physique est l'un des principaux facteurs de risque de nombreux problèmes de santé chronique, y compris les maladies cardiaques, l'AVC et le diabète.

À mesure qu'ils vieillissent, les Canadiens ont tendance à être moins actifs. Les hommes ont tendance à être plus actifs que les femmes dans tous les groupes d'âge.

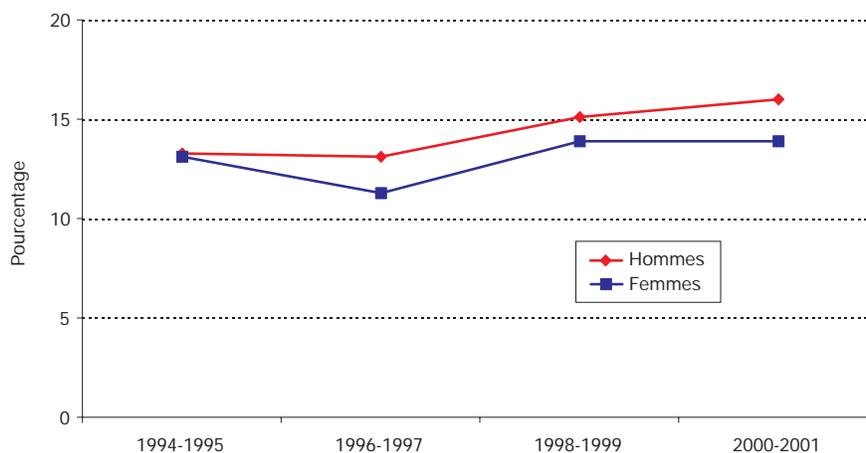
## Prévalence de l'excédent de poids et de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 - 1998-1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

La prévalence de l'excédent de poids et de l'obésité demeure relativement stable depuis 1994-1995, tant chez les hommes que chez les femmes.

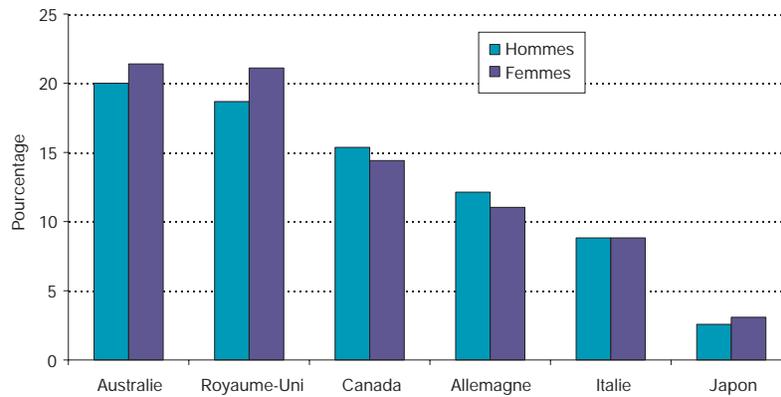
## Prévalence de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 - 1998-1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

La prévalence de l'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) augmente chez les deux sexes depuis 1994-1995.

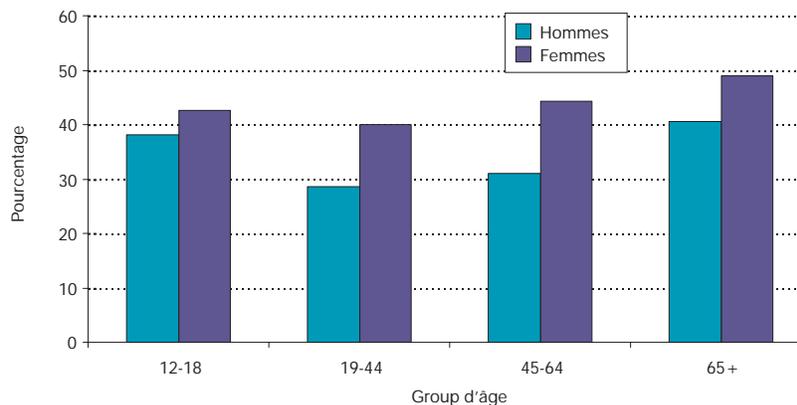
## Obésité selon le sexe, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002  
(données canadiennes obtenues de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1998-1999, données américaines obtenues du National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion)

Le taux d'obésité au Canada en 1999 (15,4 % chez les hommes, 14,4 % chez les femmes) se situait au milieu de la liste des pays de l'OCDE, tant chez les hommes que chez les femmes.

## Consommation de cinq portions ou plus de fruits et de légumes, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités, 2000/2001

Selon le Guide alimentaire canadien, la consommation recommandée de fruits et de légumes est de cinq à dix portions par jour. Seulement 37,4 % des Canadiens consomment quotidiennement cinq portions de fruits et de légumes. Les femmes ont davantage tendance à consommer des fruits et des légumes que les hommes, peu importe l'âge.

---

## Appendice B :

# Sommaire : Réaction à l'intention du Comité permanent des comptes publics – Santé des Premières nations : Suivi

### Réaction au dixième rapport du Comité permanent des comptes publics sur le Rapport du vérificateur général, octobre 2000 (Santé Canada – Suivi, Premières nations)

#### *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. Le présent document souligne certains des progrès réalisés par le Ministère

depuis la diffusion du rapport du CCP/BVG. L'évolution des mesures prises concernant les recommandations du Comité des comptes publics et du vérificateur général est présentée en détail dans la version électronique de l'annexe D du Rapport ministériel sur le rendement 2001-2002. On examinera, avec la vérificatrice générale, le besoin continu de fournir des rapports supplémentaires après trois ans de production de rapports. Une copie de la Réaction du gouvernement au rapport du CCP fait aussi partie de la version électronique et détaillée de l'annexe D du Rapport ministériel sur le rendement (<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm>).

Santé Canada a décidé de réagir aux 26 recommandations en regroupant l'information en cinq thèmes :

- Information communiquée au Parlement sur l'avancement;
- Reddition de comptes en ce qui concerne les Programmes de santé communautaire;
- Soutien du renforcement des capacités;

- 
- Mesure du rendement, réalisation des objectifs et gestion de l'information;
  - Contrôle des services de santé non assurés et mesures de prévention.

On a franchi plusieurs étapes clés en 2001-2002, année au cours de laquelle Santé Canada a tenté de mettre en œuvre un régime solide de gestion responsable. Les nouveaux cadres de responsabilisation pour les programmes ont été présentés, on a élaboré et mis en œuvre des accords types détaillés, on a adopté un Système unique de gestion des contrats et contributions afin d'améliorer la production de rapports de surveillance et de vérification, et on a lancé une politique d'intervention qui dictera les mesures que l'on prendra dans les collectivités qui ont été incapables de régler certains problèmes, ou qui ne le souhaitent pas.

## **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, nous fournirons un lien sur le Web vers les Rapports ministériels sur le rendement. Des copies imprimées seront fournies sur demande. On réévaluera les besoins à long terme concernant cette production exceptionnelle de rapports avec la vérificatrice générale dans trois ans, après la prochaine vérification des programmes de santé des Premières nations et des Inuits. On a préparé une première annexe concernant la production de rapports du CCP aux fins du Rapport ministériel sur le rendement 2001-2002, et on entamera la préparation de rapports complets en 2002-2003.

**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 collectivités inuites et des Premières nations

### ***Principales mesures prises***

Dans le but de donner suite à ces recommandations concernant la responsabilisation, et de répondre aux besoins relatifs à un système normalisé à l'échelle nationale de suivi des accords de contribution, la Direction

---

générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a élaboré et mis en œuvre le Système de gestion des contrats et contributions (SGCC). Il s'agira d'une des façons d'effectuer un suivi des risques relativement à nos documents liés à la responsabilisation. On effectuera aussi un examen de l'assurance de la qualité du système de gestion pendant l'exercice 2002-2003.

La DGSPNI élabore actuellement un manuel détaillé sur la production de rapports qui fournira les lignes directrices en matière de production de rapports sur les programmes. Ce manuel sera destiné aux Programmes de santé communautaires.

- Un groupe de travail a élaboré et étudié une ébauche des lignes directrices en matière de production de rapports financiers prévues pour le manuel.
- On prévoit effectuer, une fois qu'on aura obtenu les résultats de l'étude du BVG sur la production de rapports concernant les Premières nations, un examen de l'assurance de la qualité relativement au processus de production de rapports.

Une politique d'intervention a été élaborée pour les situations à problème 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 devra élaborer un plan de communication.
- Un examen de la politique d'intervention aura lieu dans trois ans.

**Soutien du renforcement des capacités.** Tout comme le Comité des comptes publics, Santé Canada croit que le renforcement des capacités constitue une priorité. Le gouvernement reconnaît qu'une approche participative permet de 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 des 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.

### ***Mesures prises***

Nous avons créé des sites de démonstration des plans de santé qui renforceront notre capacité de gérer les services et les programmes de santé; renforceront notre capacité de reconnaître les besoins et les ressources en matière de santé communautaire; amélioreront la coordination de notre gestion; faciliteront l'intégration des services et des programmes de santé; amélioreront les processus de répartition des ressources humaines et financières; et amélioreront la production de rapports et l'information concernant la gestion des services et des programmes.

La DGSPNI évalue la possibilité d'adapter certains des outils élaborés dans le cadre des projets de démonstration des plans de santé destinés aux collectivités des Premières nations et des Inuits qui désirent poursuivre les activités de transfert. Au 30 juin 2002, il existait sept sites de démonstration concernant le processus de planifica-

---

tion de la santé dans l'ensemble du Canada. Ce sont les suivants : Région du Pacifique -- Conseil de bande de Kitselas; Région de l'Alberta -- Première nation crie de Bigstone et Tribu des Gens-du-Sang; Région de la Saskatchewan -- Première nation de Gordon, Région du Manitoba -- Première nation de Little Grand Rapids; Région du Québec -- Première nation d'Eagle Village (Kipawa); et Région du Yukon - Première nation de Liard.

De plus, afin de renforcer la capacité interne, la DGSPNI organise deux séances de formation régionales en août et à l'automne 2002. Nous offrirons des cours d'appoint au personnel actuel, ainsi que de la formation aux nouveaux employés concernant les autorités, les exigences en matière de responsabilisation, les politiques, les lignes directrices et les procédures concernant tous les accords de transfert, nouveaux ou renouvelés.

**Mesure du rendement, la 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***

La DGSPNI prévoit collaborer avec Statistique Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) afin d'appuyer l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits, qui fournira de l'information sur la santé des Autochtones vivant dans les réserves.

- Trois questionnaires pour l'enquête ont été rédigés et traduits en français.
- On a terminé le plan d'échantillonnage, les documents de formation et les manuels qui seront utilisés sur le terrain.
- L'ONSA et la DGSPNI élaborent actuellement un « Accord concernant l'utilisation des données », dont la version définitive sera prête en septembre 2002.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits fournira des rapports sur les données recueillies afin de faire connaître les résultats pour la santé des programmes de santé communautaire et du Programme des services de santé non assurés. Ces résultats seront présentés dans une annexe du Rapport ministériel sur le rendement à partir du rapport de 2003-2004.

La DGSPNI prépare actuellement son plan d'évaluation pluriannuel concernant son initiative de renouvellement des autorisations liées aux programmes de contribution. Conformément à la Politique sur les paiements de transfert, toutes les modalités des programmes de contribution doivent être renouvelées d'ici le 31 mars 2005. Les données sur l'évaluation des programmes doivent soutenir la présentation relative au renouvellement des autorisations, et on doit établir un cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats pour chacun des programmes. On aura terminé d'élaborer la stratégie d'évaluation à l'automne 2002. Le 31 mars 2003, on entreprendra les évaluations du Programme canadien de nutrition prénatale, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et de la

---

Stratégie canadienne sur le VIH/sida pour les Autochtones des réserves, et les résultats des évaluations seront diffusés en 2004.

**Mesures de prévention et de contrôle des 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. Le Ministère s'est engagé à le faire et a pris des mesures 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 service pour les pharmacies dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, afin que l'on puisse fournir, dans le cadre de ce système, les trois derniers médicaments prescrits à un client, les quantités prescrites et les dates auxquelles les ordonnances ont été exécutées, ainsi que des renseignements sur les médecins consultés. Le système des points de service, ou la version 3 de la Norme de communication électronique pharmaceutique, constitue la norme actuelle dans l'industrie. Actuellement, plus de 99 % des fournisseurs du Programme des services de santé non assurés utilisent ce système.

- On a demandé à un groupe consultatif technique représentant l'Association pharmaceutique canadienne, ainsi qu'à une large gamme d'utilisateurs, dont la DGSPNI, d'élaborer des façons d'améliorer la version 3.
- Une fois mises en œuvre, les améliorations simplifieront l'admini-

nistration des demandes, faciliteront une coordination efficace des services, amélioreront l'accès aux antécédents médicaux du patient (y compris aux données concernant l'utilisation des médicaments), et permettront des communications interactives avec d'autres professionnels de la santé.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits continuera de s'assurer que l'on effectue l'analyse du pouvoir des pharmaciens de déroger aux avertissements, et effectuera des évaluations des fournisseurs, en plus de continuer à produire des rapports trimestriels sur le nombre de demandes d'Examen de l'utilisation des médicaments (EUM) présentées, acceptées et rejetées. Ces mesures feront l'objet de commentaires dans le rapport ministériel annuel, à partir du rapport produit pour l'exercice 2002-2003.

Le CCP/BVG a aussi recommandé que Santé Canada élabore une politique qui lui permettra de réagir dans les cas où des bénéficiaires des Services de santé non assurés refuseraient de fournir des renseignements sur leur utilisation des produits pharmaceutiques avec les professionnels de la santé. Ils ont aussi recommandé que le Ministère rende cette politique publique avant la mise en œuvre d'une entente de consentement avec un client dans le cadre du Programme des services de santé non assurés. En juillet 2002, le Programme des SSNA a procédé au lancement national de l'initiative de consentement et a élaboré une trousse de communications décrivant cette initiative. La campagne soulignait 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. Si le bénéficiaire ne signe pas le formulaire général de consentement, qui couvre tous les aspects des services qui ont un lien avec la campagne de consentement, il doit remplir un formulaire de remboursement du Programme des services de santé non assurés s'il veut recevoir les services.

### ***Résumé***

Le Ministère s'engage à produire des rapports sur les mesures prises relativement aux recommandations du vérificateur général et du Comité des comptes publics. Nous mettrons en œuvre des mesures plus rigoureuses qui permettront d'améliorer notre gestion des programmes et des services destinés aux Premières nations et aux Inuits. Nous ferons aussi le point sur les progrès réalisés dans le Rapport annuel ministériel sur le rendement.

---

## Appendice C :

# Sommaire : Réaction au Comité des comptes publics - Ressources humaines

### **Réaction au dixième rapport du Comité des comptes publics sur le rapport du vérificateur général, octobre 2000 (Santé Canada - 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 soient 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 requises 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 régumenta-

---

tion et de surveillance, ainsi que le moment depuis lequel le poste est vacant.

### ***Mesures et situation actuelle***

Au cours des deux 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). On a, entre autres, créé la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, la Direction des produits de santé commercialisés (DPSC), ainsi que l'Inspectorat.

La Direction a récemment approuvé une initiative spéciale de ressources humaines visant à accélérer le recrutement. À l'interne, le projet mettra l'accent sur le maintien en poste du personnel hautement qualifié essentiel à l'exécution des programmes; à l'externe, il tentera principalement d'attirer et de recruter des candidats hautement spécialisés qui combleront les nombreux postes à pourvoir en temps opportun.

Au cours de 2001-2002, on est passé de 130 à 180 postes comblés au sein de la Direction des produits biologiques et thérapies génétiques. On continue de s'occuper principalement des problèmes d'attrition et de mouvement du personnel à l'interne, et on tente de combler les lacunes en matière de connaissances spécialisées.

Au sein de la DPSC, on tente, à titre prioritaire, de combler, à court terme, les postes de médecin et de cadre. Au sein de la Division des produits biologiques de la DPSC, on est passé d'environ 12 employés à 23. Au cours de la dernière année, la dotation est plus efficiente grâce à l'embauche effectuée dans le cadre des salons de l'emploi scientifiques. On planifiera sous peu les activités pour l'année en cours, et on s'occupera de la planification stratégique pour les trois années à venir, maintenant qu'on est certain de recevoir un financement stable.

On a réussi à doter les 17 postes au sein de l'Inspectorat de la DGPSA qui concernent les produits biologiques (17 ETP), et on a mis en œuvre les projets prévus.