



# Santé Canada

## Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant  
le 31 mars 1998

Canada

## **Présentation amélioré des rapports au Parlement**

### **Document pilote**

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

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

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

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 1998

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

Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC

Ottawa, Canada K1A 0S9

N° de catalogue BT31-4/42-1998

ISBN 0-660-60708-5



## Avant-propos

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

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

Cette année, le rapport d'automne sur le rendement comprend 80 rapports ministériels sur le rendement ainsi que le rapport du gouvernement intitulé *Une gestion axée sur les résultats*.

Ce *Rapport ministériel sur le rendement*, qui couvre la période se terminant le 31 mars 1998, porte sur une responsabilisation axée sur les résultats en signalant les réalisations par rapport aux attentes en matière de rendement et aux engagements en matière de résultats énoncés dans la *Partie III du Budget principal des dépenses* ou le projet pilote de *Rapport sur les plans et priorités* pour 1997-1998. Les principaux engagements en matière de résultats pour l'ensemble des ministères et organismes sont aussi inclus dans *Une gestion axée sur les résultats*.

Il faut, dans le contexte d'une gestion axée sur les résultats, préciser les résultats de programme prévus, élaborer des indicateurs pertinents pour démontrer le rendement, perfectionner la capacité de générer de l'information et soumettre un rapport équilibré sur les réalisations. Gérer en fonction des résultats et en rendre compte nécessitent un travail soutenu dans toute l'administration fédérale.

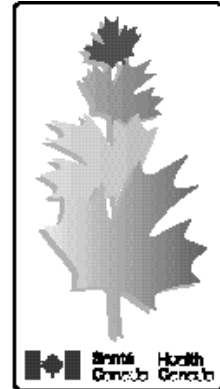
Le gouvernement continue de perfectionner et de mettre au point tant la gestion que la communication des résultats. Le perfectionnement découle de l'expérience acquise, les utilisateurs fournissant au fur et à mesure des précisions sur leurs besoins en information. Les rapports sur le rendement et leur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

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

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

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

# Santé Canada



## Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période  
se terminant le  
31 mars 1998



---

Allan Rock  
Ministre de la Santé



## LE PRÉSENT RAPPORT

Santé Canada est fier de présenter au Parlement et à tous les Canadiens et Canadiennes le présent rapport sur le rendement du Ministère pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1998.

Le document a pour but de donner un aperçu général de la façon dont Santé Canada a utilisé l'argent des contribuables au profit de tous les Canadiens et Canadiennes. Comme le Ministère est complexe et d'une taille importante, il serait long et fastidieux de rendre compte de chacune des réalisations et il faudrait plus d'espace que nous n'en avons ici. Par conséquent, nous avons décidé de nous en tenir aux réalisations qui pourraient intéresser le Parlement et le public.

Au cours de l'exercice 1997-1998, le Ministère a adopté une approche plus cohérente et plus logique dans la réglementation de ses activités et la production de rapports à leur sujet. Pour cela, il a défini six secteurs d'activité. Bien que le fonctionnement de Santé Canada en 1997-1998 ait été axé sur l'ancienne structure des activités de programme, nous avons utilisé la nouvelle structure par secteur d'activité pour la production du présent rapport.

Si vous désirez de plus amples renseignements sur le contenu du rapport ou si vous avez des questions concernant des sujets qui n'ont pas été abordés, veuillez communiquer avec Santé Canada.

---

### SANTÉ CANADA

---

Renseignements généraux  
0913A, 13<sup>e</sup> étage  
Édifice Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-2991

---

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

---





# TABLE DES MATIÈRES

## Le présent rapport

<b>Partie I : Messages</b>	1
Message du Ministre	1
Résumé	3
Tableau des principaux engagements en matière de résultats	7
<b>Partie II : Aperçu du Ministère</b>	9
Mandat et mission	9
Cadre de fonctionnement	9
Organisation du Ministère	10
<b>Partie III : Rendement du Ministère</b>	15
A Attentes en matière de rendement	15
B Réalisations en matière de rendement	17
C Réalisations en matière de rendement par secteur d'activité	20
1 Gestion des risques en matière de santé (GRS)	20
2 Promotion de la santé de la population (PSP)	25
3 Santé des Autochtones (SA)	31
4 Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS)	37
5 Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS)	39
6 Services ministériels (SM)	42
D Résultats de l'évaluation du rendement	45
<b>Partie IV : Rendement financier</b>	50
Aperçu du rendement financier	50
Tableaux financiers récapitulatifs	50
Tableau 1 : Sommaire des crédits approuvés	50
Tableau 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles	51



Tableau 3 : Comparaison historique des dépenses totales prévues et des dépenses réelles	52
Tableau 4 : Concordance entre l'ancienne et la nouvelle affectation des ressources	53
Tableau 5 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité	54
Tableau 6 : Recettes à valoir sur le crédit	55
Tableau 7 : Recettes à valoir sur le Trésor	56
Tableau 8 : Paiements législatifs	56
Tableau 9 : Paiements de transfert	57
Tableau 10 : Dépenses en immobilisations par secteur d'activité	58
Tableau 11 : Projets en immobilisations par secteur d'activité	58
Tableau 12 : État des grands projets de l'État	59
Tableau 13 : Prêts, investissements et avances	59
Tableau 14 : Sommaires financiers concernant le fonds renouvelable	59
Tableau 15 : Passif éventuel	59
<b>Partie V : Rapport d'ensemble</b>	<b>60</b>
Stratégie de développement durable	60
Initiatives réglementaires	62
<b>Partie VI : Autres renseignements pertinents</b>	<b>67</b>
Personnes-ressources pour renseignements supplémentaires et adresses Internet	67
Lois et règlements en vigueur	68
<b>Annexe 1 : Renseignements sur la gestion des risques en matière de santé</b>	<b>70</b>
1.1 Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments (IQVNA)	70
1.2 Réglementation des produits thérapeutiques (RPT)	73
1.3 Hygiène du milieu (HM)	76
1.4 Prévention et traitement de la maladie (PTM)	79
1.5 Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST)	83
1.6 Services d'urgence (SU)	86
1.7 Lutte antiparasitaire (LA)	88
1.8 Secrétariat canadien du sang (SCS)	91
<b>Index</b>	<b>93</b>



# PARTIE I : MESSAGES

## MESSAGE DU MINISTRE

L'état de santé des Canadiens et des Canadiennes est parmi les meilleurs au monde. Nous devons notre chance à bon nombre de facteurs, dont la productivité de notre économie et les améliorations apportées depuis les vingt ou trente dernières années aux conditions sociales et environnementales. Nous pouvons aussi être fiers du régime de soins de santé collectif que nous avons créé, tant pour sa grande qualité que pour son universalité.

Cependant, les temps changent et notre régime de santé n'échappe pas plus que le reste à cette évolution. En effet, le Canada est maintenant aux prises avec des défis nouveaux auxquels notre système de santé doit s'adapter. L'assurance-maladie présente des lacunes notables qui n'étaient pas évidentes il y a dix ans. Par ailleurs, nous avons une population vieillissante et, tout en continuant de gérer nos ressources judicieusement, nous devons tenir compte du fait qu'elle aura inévitablement besoin de soins de santé plus soutenus. Enfin, à l'instar des autres pays, le Canada doit aussi trouver des solutions à l'apparition de nouvelles maladies ou de maladies récurrentes. Devant toutes ces difficultés, il est évident que nous ne trouverons pas la réponse dans le passé. Nous devons nous tourner vers l'avenir.

En 1997-1998, notre gouvernement et Santé Canada n'ont pas ménagé leurs efforts pour trouver des solutions. Je suis heureux de vous présenter à ce sujet le Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada où le Ministère décrit les mesures qu'il a déjà prises. Bon nombre de ces mesures ont permis de mener à bien des engagements annoncés par le gouvernement dans les budgets de 1996 et de 1997 dans l'espoir de stimuler le leadership et l'innovation et d'aider les différents gouvernements du Canada à édifier un système de santé plus solide et mieux intégré.

Les nombreuses initiatives décrites dans le présent Rapport déboucheront donc sur un système de santé qui saura mieux répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes tout en faisant une utilisation plus judicieuse des fonds publics. En effet, le Ministère tient à ce que ces mesures nous permettent de mieux en comprendre l'effet et de distinguer les plus rentables. Par exemple, le Fonds pour l'adaptation des services de santé sert à financer des projets nationaux et provinciaux conçus en collaboration avec les provinces afin d'éprouver des méthodes nouvelles d'intégration des services, des formules



innovatrices de prestation des soins primaires et des soins à domicile, de même qu'un nouveau type d'assurance-médicaments, et, de son côté, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé appuie les travaux de recherche sur la gestion, l'efficacité et l'organisation des services de santé. Grâce à toutes ces initiatives, le Ministère espère enrichir ses connaissances, à lui et à ses partenaires provinciaux, et être davantage en mesure d'assurer à la population canadienne les soins de qualité optimale dont elle a besoin.

Au cours de la période visée par le Rapport, Santé Canada a entrepris un examen exhaustif, étalé sur trois ans, de ses programmes de protection de la santé et de sa capacité scientifique. Un conseil consultatif des sciences, indépendant du gouvernement, a été créé pour dispenser des conseils scientifiques et techniques tout au long de l'examen. Mon ministère a également amorcé de vastes consultations auprès des groupes intéressés afin de mettre au point un solide programme scientifique de protection de la santé qui nous préparera pour l'arrivée du 2<sup>e</sup> millénaire.

Vous trouverez enfin dans le présent Rapport une description des mesures prises par Santé Canada à l'égard de la population autochtone et pour l'élaboration d'une infrastructure nationale intégrée d'information sur la santé.

Comme je l'ai signalé plus tôt, l'objet de toutes ces initiatives est d'aider les Canadiens et les Canadiennes, indépendamment ou collectivement, à jouir d'un meilleur état de santé et de soutenir, pour ce faire, un régime de santé qui saura répondre à leurs besoins, aujourd'hui et demain. Elles se veulent une confirmation de l'engagement du gouvernement envers les citoyens de combler leurs attentes légitimes.



---

L'honorable Allan Rock, C.P., député  
Ministre de la Santé



## RÉSUMÉ

En 1997-1998, les questions de santé ont beaucoup retenu l'attention du public canadien. Le débat a porté, entre autres, sur la solidité du système de santé canadien après toutes ces années de restructuration et de restrictions budgétaires, de même que sur le rôle du gouvernement du Canada et de ses partenaires dans la protection et la promotion de la santé au pays.

Au cours de l'année, Santé Canada s'est efforcé de répondre de différentes manières à ces préoccupations et aux autres priorités en matière de santé. Soucieux de mieux satisfaire les besoins des Canadiens et des Canadiennes, le Ministère a essayé de créer un régime de santé plus responsable, qui permette de rendre compte plus précisément des résultats obtenus et des ressources utilisées.

Santé Canada a respecté les engagements budgétaires du gouvernement et ceux qui avaient été formulés dans le discours du Trône de 1997. Dans toutes ses activités, il a continué de coopérer avec les gouvernements des provinces et des territoires, les Premières nations, les Inuits, les consommateurs, les professionnels de la santé, les spécialistes de l'élaboration des politiques et d'autres.

### *Pour une gestion plus moderne des risques courus par les Canadiens et les Canadiennes en matière de santé*

Par ses conclusions, la Commission Krever a mis en lumière les attentes des Canadiens et des Canadiennes à l'égard des gouvernements, en particulier le gouvernement du Canada. Inquiets devant l'apparition de menaces nouvelles ou résurgentes — d'autant plus préoccupantes que les voyages internationaux se sont multipliés et, avec eux, les risques de contamination —, la population canadienne veut que le gouvernement prenne toutes les mesures appropriées pour limiter les risques pour la santé. Malgré son budget limité, Santé Canada a décidé de relever le défi. Concrètement, il a :

- ▶ appuyé l'initiative provinciale visant la création d'un nouveau service canadien d'approvisionnement en sang et augmenté les ressources destinées au recrutement du personnel, à l'établissement d'un système de surveillance du sang et d'alerte rapide, et à d'autres mesures connexes;
- ▶ amorcé le renouvellement de la Direction générale de la protection de la santé dans l'espoir de trouver des façons nouvelles et améliorées de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes en tenant des consultations et en s'inspirant des travaux du Conseil consultatif des sciences, dirigé par Madame Roberta Bondar;



- ▶ établi un Système de vérification de l'innocuité des aliments qui permettra de surveiller l'efficacité de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et donc de protéger les Canadiens et les Canadiennes;
- ▶ amélioré la capacité d'anticiper les menaces pour la santé et d'y répondre grâce à des services de laboratoire, à de nouveaux systèmes de surveillance et à des programmes d'enquête sur les épidémies;
- ▶ collaboré avec les fonctionnaires de la santé à l'échelle internationale pour assurer une meilleure coordination des réponses et une harmonisation des politiques et des normes.

### *Promotion de la santé*

Selon les données que nous avons recueillies, si nous voulons obtenir des résultats appréciables en matière de santé, nous devons intervenir sur les plans social, économique et physique. À ces ensembles de facteurs se rattachent le style de vie, le régime alimentaire et d'autres choix personnels qui influent sur notre état de santé même bien avant que nous ne nous tournions vers le régime de soins de santé.

Outre ces aspects, Santé Canada s'est particulièrement intéressé à d'autres « déterminants de la santé » de même qu'à différentes stratégies visant des groupes spécifiques de la population canadienne. Dans le cadre de ses travaux de promotion de la santé et de prévention des maladies menés en 1997-1998, le Ministère a :

- ▶ collaboré avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organismes bénévoles et d'autres partenaires pour informer les Canadiens et les Canadiennes au sujet de questions diverses comme l'usage du tabac, le VIH/sida, le cancer du sein et la nutrition;
- ▶ financé environ 1 200 projets pour trouver des solutions au problème du vieillissement, mieux prévenir la maladie et établir des cadres physiques et sociaux exempts de violence et généralement propices à la santé;
- ▶ continué de se pencher sur les besoins des enfants en matière de santé et de développement, particulièrement ceux des enfants à risque (issus de milieux violents, susceptibles de souffrir de négligence ou dont le développement pourrait être retardé).

### *Travail en concertation avec les populations autochtones*

Dans son discours du Trône de 1997 et sa réponse à la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, le gouvernement du Canada a pris de nombreux engagements



envers les Autochtones. Chargé de leur assurer des services de santé et conscient des graves problèmes que ces populations connaissent, Santé Canada a fait sa part dans la démarche fédérale sur la question. Il a :

- ▶ conclu 170 accords permettant aux Premières nations et aux Inuits de prendre en charge leurs programmes de santé;
- ▶ travaillé avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien pour réduire le fardeau administratif que représente la gestion des services de santé et éliminer les cas de double-emploi;
- ▶ renforcé la rentabilité du Programme de services de santé non assurés et sa réceptivité à l'endroit des besoins des 650 000 Indiens, Inuits et Innus;
- ▶ aidé à créer la Fondation pour la guérison des Autochtones.

### *Amélioration du régime de santé pour les Canadiens et les Canadiennes*

Pour bon nombre de Canadiens et de Canadiennes, les soins de santé sont au cœur du régime de santé. En général, les citoyens s'attendent à ce que les gouvernements leur offrent des soins de santé de qualité, mais l'évolution dans ce domaine les inquiètent de plus en plus. Parallèlement, l'apparition de nouvelles technologies et stratégies de gestion des coûts multiplie la demande de soins à domicile et de médicaments, lesquels sont rarement couverts par les régimes d'assurance-santé des provinces.

En 1997, le gouvernement du Canada a donc annoncé son intention de fixer à 12,5 milliards de dollars le seuil du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Il a aussi décidé de ne pas appliquer la réduction qu'il avait prévue pour 1998-1999. Enfin, il a pris de nombreuses mesures pour renforcer les soins de santé et répondre aux préoccupations des Canadiens et des Canadiennes. Il a :

- ▶ débuté les travaux de création d'un fonds pour l'adaptation des services de santé, dont le budget de 150 millions de dollars échelonnés sur trois ans servira à financer des projets mettant à l'essai diverses techniques nouvelles de gestion et de prestation de services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes, particulièrement dans le domaine des soins à domicile, de l'assurance-médicaments, des soins primaires et de l'intégration des services;
- ▶ amorcé des consultations sur l'assurance-médicaments et les soins à domicile et communautaires, y compris dans le cadre de conférences nationales qui ont réuni des représentants des gouvernements, des spécialistes de la question et d'autres intervenants;
- ▶ travaillé avec les provinces et les territoires pour régler certaines questions pharmaceutiques et établir un protocole d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*.



### *Amélioration de l'infrastructure d'information sur la santé*

Pour guider leurs décisions dans quelque domaine que ce soit, les secteurs privé et public du Canada recourent à toutes sortes de technologies qui les aident à recueillir l'information, à la traiter, à la gérer et à la diffuser. Le secteur de la santé ne doit pas être en reste. En effet, si nous voulons que nos décideurs fassent des choix éclairés dans le renforcement du régime de santé, nous devons leur soumettre, à eux et aux professionnels de la santé, une information de meilleure qualité. C'est la raison pour laquelle le gouvernement fédéral a réservé une place toute spéciale au développement et à l'adoption de ces technologies.

En 1997-1998, Santé Canada a amorcé ou poursuivi une série d'initiatives dont l'objet est de contribuer à la réalisation de nos objectifs de santé en permettant la collecte d'information et de connaissances sur tous les aspects de la santé et en les rendant plus accessibles, sans pour autant menacer la protection des renseignements personnels. Il a :

- ▶ élaboré une stratégie nationale en vue de la création d'une Infostructure canadienne de la santé qui reliera les réseaux d'information sur la santé du Canada tout entier;
- ▶ appuyé cette stratégie dans le cadre de ses travaux, par exemple, pour l'établissement d'un Système national de surveillance de la santé, dont le rôle sera de repérer les risques pour la santé, la création d'un Réseau canadien de la santé devant offrir des renseignements sur la santé aux consommateurs et la mise en œuvre d'un Système d'information sur la santé des Premières nations;
- ▶ enregistré des progrès en vue d'un consensus national en matière de recherche qui refléterait mieux les priorités en matière de santé (santé des enfants, des populations autochtones et des femmes).

### *Conclusion*

Les Canadiens et les Canadiennes sont parmi les peuples du monde qui jouissent du meilleur état de santé qui soit et cela va en s'améliorant. Notre espérance de vie est l'une des plus longues : 81 ans pour les femmes et 75 ans pour les hommes. Nous pouvons espérer vivre la plus grande partie (90 p. 100) de notre vie sans souffrir d'invalidité.

Comme le montre ce rapport sur le rendement du Ministère, Santé Canada a participé en 1997-1998 à l'effort du Canada pour maintenir cet état de choses. Il a cherché à combler les écarts qui persistent entre l'état de santé des différents groupes de Canadiens et de Canadiennes, et à assurer à tous une meilleure santé malgré les bouleversements continuels de l'environnement.



## Tableau des principaux engagements en matière de résultats

Ce tableau mis à jour témoigne des efforts constants de Santé Canada pour mieux articuler ses engagements en termes de résultats concrets et ses techniques de mesure.

pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes :	qui se manifeste par :	réalisation signalée dans :
<p><b>Gestion des risques en matière de santé</b></p> <p>Mécanisme de surveillance de la santé permettant de prévoir et de prévenir les risques pour la santé que présentent les maladies, les aliments, l'eau, les médicaments, les produits antiparasitaires, les matériels médicaux, les dangers présents dans l'environnement et au travail, les biens de consommation et d'autres déterminants socio-économiques de la santé, et d'y répondre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réduction des maladies, des traumatismes et des décès attribuables à des risques connus</li> <li>▶ Acquisition d'une meilleure connaissance scientifique des risques et des avantages pour la santé humaine et l'environnement qui tienne compte des besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de soins de santé</li> <li>▶ Une population bien informée des risques et des avantages particuliers pour leur santé</li> <li>▶ Des politiques, des lois, des règlements et des normes modernes qui permettent de faire face aux risques et aux avantages pour la santé humaine et l'environnement, et prennent en considération la mondialisation, l'économie et le développement durable et qui sont harmonisés, si besoin est, avec les homologues étrangers</li> <li>▶ Une consultation accrue du public et des divers intervenants</li> <li>▶ Des programmes qui utilisent la biotechnologie au profit de la santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ RMR, Annexe 1, 1.1.1, 1.4.2, 1.4.5, 1.5.2, 1.6.1, 1.8.1</li> <li>▶ RMR, Annexe 1, 1.2.4, 1.3.1, 1.3.2, 1.4.1, 1.4.3</li> <li>▶ RMR, Annexe 1, 1.3.3</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 1.2 et annexe 1, 1.2.2, 1.4.4, 1.7.1, 1.8.2</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 1.3</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 1.4</li> </ul>
<p><b>Promotion de la santé de la population</b></p> <p>Approche de la santé qui prend en considération les déterminants sociaux et comportementaux de la santé et agit sur ces déterminants</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un état de santé et des services de santé améliorés grâce à l'habilitation du public, à la participation des consommateurs et à des Canadiens mieux informés</li> <li>▶ Des initiatives ciblées visant à prévenir la maladie et les traumatismes et à s'occuper d'une population vieillissante</li> <li>▶ Le développement optimal de tous les enfants</li> <li>▶ Un leadership en ce qui concerne la santé de la population et l'obligation de rendre compte au public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 2.1</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 2.2</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 2.3</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 2.4</li> </ul>





pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes :	qui se manifeste par :	réalisation signalée dans :
<p><b>Santé des Autochtones</b></p> <p>Des services et des programmes de santé rentables à l'intention des Autochtones, qui visent à réduire les inégalités sur le plan de la santé en regard des autres Canadiens et qui sont pris en charge par les Premières nations et les Inuits à leur propre rythme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Une espérance de vie, une incidence de tuberculose et de maladie cardiovasculaire, et des taux de mortalité infantile, de blessures et de suicides davantage comparables à ceux de la population canadienne en général</li> <li>▶ Des données liées à l'habilitation et à l'amélioration des capacités des Premières nations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 3.1</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 3.2</li> </ul>
<p><b>Soutien et renouvellement du système de santé</b></p> <p>Un réseau de la santé viable et durable à caractère essentiellement national</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accès à des services de santé conformes aux principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé : universalité, transférabilité, accessibilité, gestion publique et intégralité</li> <li>▶ Un système de santé renouvelé et modernisé, en collaboration avec les provinces</li> <li>▶ L'équilibre amélioré entre les soins, le traitement, la prévention et la promotion, et la rentabilité du système</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 4.3</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 4.1</li> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 4.2</li> </ul>
<p><b>Politiques, planification et information en matière de santé</b></p> <p>Un processus décisionnel dans le secteur de la santé basé sur une information fiable et à jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Système national de surveillance et de recherche de l'information sur la santé de première qualité, accessible à tous les Canadiens et Canadiennes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Partie III du RMR, section C, 5.1, 5.2</li> </ul>



## PARTIE II : APERÇU DU MINISTÈRE

### Mandat et mission

Santé Canada a pour mission d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. Le Ministère assure un leadership national en matière de politiques et de réglementation sur la santé, la prévention de la maladie et la promotion de la santé. De même, Santé Canada s'assure que les Premières nations et les populations inuites profitent de la même qualité de soins de santé que les autres Canadiens et Canadiennes.

---

Tout ce qui s'accomplit dans le domaine de la santé a pour objectif ultime d'améliorer la qualité de vie et l'état de santé de la population et des citoyens.

---

*Forum national sur la santé, 1997*

Le mandat législatif de Santé Canada, énoncé dans la *Loi sur le ministère de la Santé* et dans 19 autres textes législatifs, est de maintenir le régime d'assurance-santé de réputation mondiale du pays, de s'assurer qu'il demeure subventionné par l'État, qu'il est universellement accessible, qu'il offre des services complets à l'échelle du Canada et qu'il est parfaitement transférable. Santé Canada y parvient dans le cadre d'un partenariat avec les provinces et les territoires, qui assurent la gestion des soins de santé et des services hospitaliers. Le gouvernement fédéral partage les coûts de ces services grâce aux allocations du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

### Cadre de fonctionnement

Depuis quelques années, les contraintes en matière de finances publiques ont limité les dépenses de santé. Pour 1997, les dépenses du Canada en matière de santé sont estimées à 9 p. 100 du produit intérieur brut, en baisse par rapport à 10,3 p. 100 en 1992. Cela nous place au milieu du groupe des pays du G7 (Groupe de Sept) pour ce qui est des dépenses relatives à la santé publique.

Santé Canada a donc dû trouver de nouvelles façons d'appuyer les services qu'il s'est engagé à fournir aux Canadiens et aux Canadiennes. Le Ministère travaille en étroite collaboration avec d'autres ministères fédéraux, intervenants et gouvernements provinciaux et territoriaux afin de préserver notre système national de santé pour les générations futures.

Ottawa travaille de concert avec les gouvernements provinciaux et les organismes de santé en vue de trouver d'autres façons d'assurer les soins primaires. Le gouvernement fédéral a commencé à transférer les services de santé appropriés aux Premières nations et aux Inuits. Cette insistance accrue sur la participation du public s'est traduite par une plus grande diversité d'opinions et d'idées dans la recherche de nouvelles façons d'assurer la prestation des services. Les activités ont été rationalisées et le gaspillage éliminé. L'objectif demeure toujours de maintenir et même d'améliorer le système tout en exerçant un contrôle sur les coûts.

---

Note : Dans une large mesure, les données statistiques sur la santé des Canadiens et des Canadiennes sont tirées du *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, 1997. Les renseignements sur les attitudes sont tirés de divers sondages d'opinion faits au cours de l'année écoulée.



## Organisation du Ministère

Le ministre de la Santé rend compte au Parlement de l'exécution du programme de Santé Canada. Le portefeuille du Ministre comprend également le Conseil de recherches médicales du Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses.

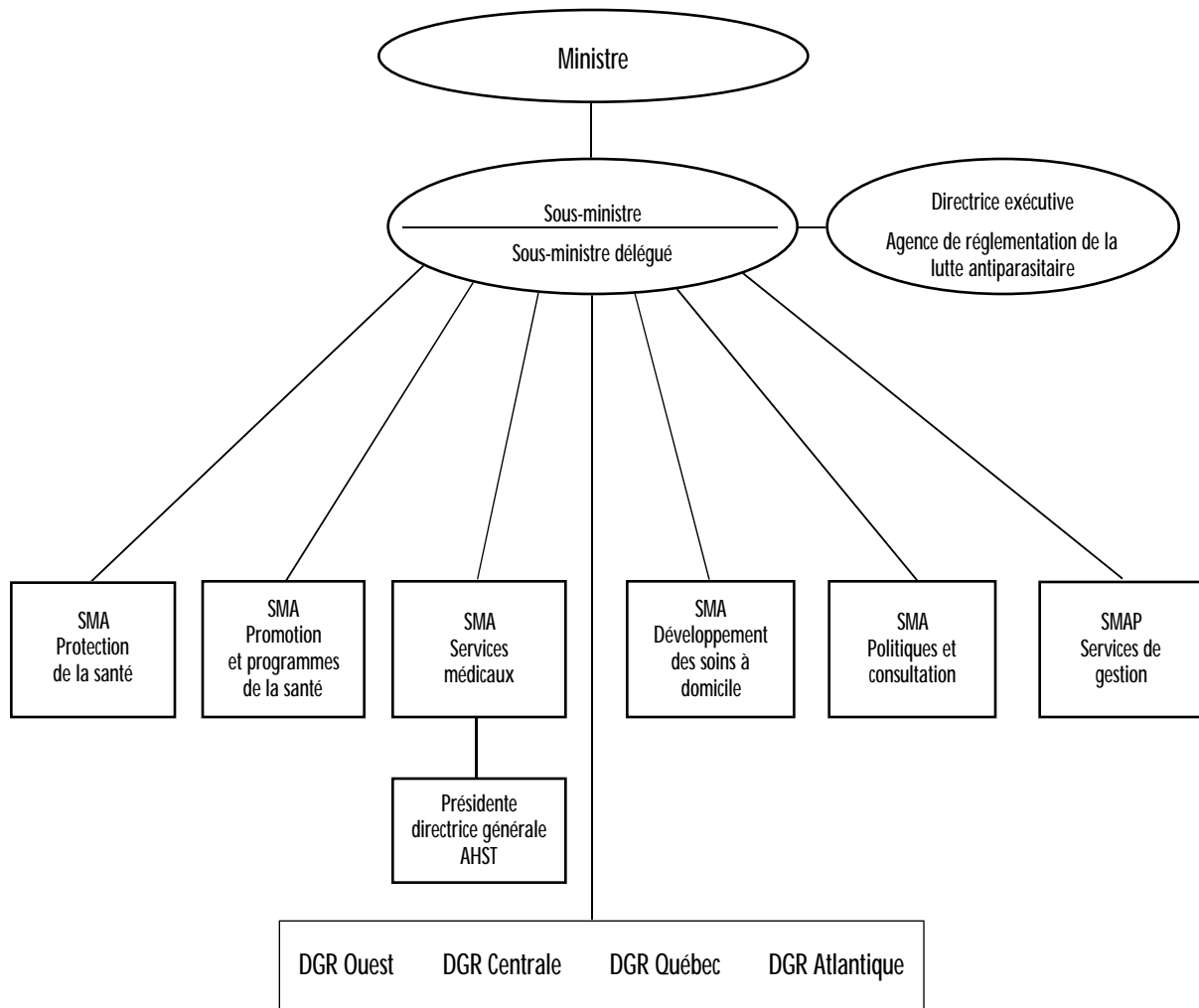
Le sous-ministre et le sous-ministre délégué en collaboration avec le Secrétariat du Ministère, appuient le Ministre et gèrent les activités. Six sous-ministres adjoints de même qu'un directeur exécutif à Ottawa sont chargés de la gestion des programmes et des activités du Ministère. Quatre directeurs généraux régionaux représentent les intérêts du Ministère partout au Canada.

La figure 1 donne la structure organisationnelle de Santé Canada. La figure 2 illustre les nouveaux liens par secteur d'activité avec la structure organisationnelle de Santé Canada. Cette matrice de secteurs d'activité et d'unités organisationnelles varie d'un secteur d'activité à l'autre, et chacun contribue à la réalisation des objectifs communs grâce à des programmes et à des priorités particulières.

Comme le groupe chargé du Développement des soins à domicile a été créé en mars 1998, le présent rapport ne traite de ses réalisations que durant les trois premières semaines de son existence.



**FIGURE 1: Structure organisationnelle au 31 mars 1998**



- SMA    Sous-ministre adjoint
- SMAP    Sous-ministre adjoint principal
- DGR    Directeur général régional
- AHST    Agence d'hygiène et de sécurité au travail



FIGURE 2 : Rapport entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle

	Secteurs d'activité					
	Gestion des risques en matière de santé	Promotion de la santé de la population	Santé des Autochtones	Soutien et renouvellement du système de santé	Politiques, planification et information en matière de santé	Services ministériels
<b>Structure organisationnelle</b>						
Protection de la santé	✓				✓	
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	✓					
Promotion et programmes de la santé	✓	✓	✓	✓	✓	
Services médicaux	✓		✓		✓	
Développement des soins à domicile*				✓		
Agence d'hygiène et de sécurité au travail	✓					
Politiques et consultation				✓	✓	
Services de gestion						✓

\* Comme ce secteur a été créé en mars 1998, il n'est pas reflété de façon particulière dans la section du rendement financier.



## Description des secteurs d'activité

En 1997-1998, Santé Canada a revu son approche en matière de planification et de rapports sur la base des six secteurs d'activité suivants :

**Gestion des risques en matière de santé :** Nous vivons à une époque de changement constant en matière de risques pour la santé. De nouvelles maladies comme le sida apparaissent et certaines maladies comme la tuberculose refont surface. Des milliers de nouveaux produits chimiques ont été incorporés dans l'environnement depuis la Deuxième Guerre mondiale et, de plus en plus, nous devons gérer la menace pour la santé et la sécurité que sont les catastrophes naturelles et les actes de terrorisme potentiels. Même les drogues illicites sont en évolution; elles deviennent plus mortelles que jamais et, dans certains cas, créent une dépendance plus marquée. De même, les soins de santé évoluent grâce aux nouveautés en matière d'équipement, de techniques, de médicaments et de suppléments nutritionnels qui arrivent sur le marché presque quotidiennement.

Ce secteur d'activité surveille les développements en matière de risque pour la santé et maintient la capacité du Canada de prévoir et de prévenir les risques que présentent les maladies et les urgences qui résultent de catastrophes naturelles et de catastrophes causées par l'homme, et d'intervenir au besoin. Les risques pour la santé et la sécurité en milieu de travail sont de plus en plus importants.

**Promotion de la santé de la population :** Bien que la promotion d'un style de vie sain ait contribué au déclin du nombre total de Canadiens et de Canadiennes qui fument et à une diminution de la consommation d'alcool, d'autres déterminants de la santé comme la pauvreté et le faible niveau d'éducation ont des effets nuisibles à long terme sur certains groupes de population comme les enfants. Ce secteur d'activité fait la promotion d'une bonne santé en axant ses efforts sur les programmes dans les secteurs de l'alimentation, du développement des enfants, des personnes âgées et de la gestion des styles de vie, afin d'assurer une meilleure santé tout au long de la vie.

**Santé des Autochtones :** Le Canada travaille avec les Premières nations et la population inuite qui prennent de plus en plus de responsabilités pour leurs propres services de santé. Bien que le Ministère soit responsable de la prestation de services essentiels, il transfère la responsabilité de ces services aux collectivités des Premières nations et aux Inuits. Ce secteur d'activité est chargé de réduire les inégalités en matière de santé entre les peuples autochtones afin qu'ils puissent atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne. Un élément principal de ce mandat est de contribuer à l'effort d'auto-détermination des Premières nations et des populations inuites en transférant la responsabilité des services de soins de santé à ceux qui les utilisent.

**Soutien et renouvellement du système de santé :** Les Canadiens et les Canadiennes veulent un système de soins de santé solide et qui soit disponible quand ils en ont besoin. Santé Canada travaille avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants afin que le système d'assurance-santé réponde aux besoins du Canada en matière de santé et de sécurité au début du prochain millénaire. Ce secteur d'activité se consacre à la préservation et à la modernisation du système d'assurance-santé.

**Politiques, planification et information en matière de santé :** L'explosion de l'information est à la fois une bénédiction et une malédiction. La technologie évolue si rapidement que, malgré la disponibilité sans



précédent de données, l'accès à ces données peut être source de confusion. Ce secteur d'activité est chargé d'appuyer les efforts de recherche et la production de connaissances sur la santé afin d'élargir et d'organiser l'infrastructure d'information sur le secteur de la santé. De plus, il englobe l'élaboration de politiques et le processus décisionnel du Ministère.

**Services ministériels :** Ce secteur d'activité fournit les outils nécessaires pour que les autres secteurs d'activité s'acquittent de leur travail. Il apporte un appui à l'efficacité des ressources financières et humaines, aux biens et aux installations, de même qu'aux sources d'information comme le matériel et les logiciels informatiques.

**FIGURE 3: Concordance avec l'ancienne structure/les anciennes activités comparées aux nouveaux secteurs d'activité**

Secteurs d'activité	Gestion des risques en matière de santé	Promotion de la santé de la population	Santé des Autochtones	Soutien et renouvellement du système de santé	Politiques, planification et information en matière de santé	Services ministériels
Innocuité et qualité des aliments et nutrition	✓					
Innocuité, qualité et efficacité des médicaments	✓					
Qualité et risques environnementaux	✓					
Surveillance de la santé nationale	✓				✓	
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	✓					
Programmes et services	✓	✓	✓	✓	✓	
Services de santé des indiens et des populations du Nord			✓			
Santé des fonctionnaires fédéraux	✓					
Services de consultation et d'évaluation en matière de santé	✓					
Politiques et consultation				✓	✓	
Assurance-santé				✓		
Gestion du Programme					✓	✓



## PARTIE III : RENDEMENT DU MINISTÈRE

Le Canada doit relever un défi considérable en matière de santé : moderniser et renforcer le système de santé pour en assurer la survie.

Bien qu'il soit urgent de réformer et de renouveler le régime national d'assurance-santé, il faut aussi penser à d'autres secteurs non négligeables de la santé, y compris de nombreux secteurs où le gouvernement fédéral a des responsabilités importantes : santé des Autochtones, surveillance nationale, régimes de réglementation pour assurer la sécurité des aliments, de l'eau, de l'air, des médicaments, des matériels médicaux, des produits de lutte antiparasitaire et des biens de consommation; la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Un des facteurs essentiels à aborder concerne les pressions extérieures exercées sur le système par une demande accrue de soins. L'état de santé des Canadiens et des Canadiennes est un facteur-clé en la matière — particulièrement si l'on tient compte de l'augmentation du segment plus âgé de la population. Il sera plus facile de limiter les coûts des soins de santé si nous concentrons nos efforts sur le maintien de la santé de la population. Pour cela, il faut des efforts continus dans les secteurs où nous avons déjà connu du succès et certains réaménagements dans d'autres.

De même, Santé Canada a un rôle important à jouer pour restaurer la confiance des Canadiens et des Canadiennes dans le système d'approvisionnement en sang, dans la foulée des événements tragiques abordés par la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada. Les recommandations du juge Krever à l'effet que le Ministère devrait jouer un rôle plus proactif dans la protection de l'approvisionnement en sang ont entraîné une réorganisation complète du système d'approvisionnement en sang.

Si on pouvait tout réunir en un seul concept, il faudrait dire que le système doit être renforcé pour que nous puissions continuer de bénéficier de soins de santé abordables et de qualité, et maintenir un niveau de qualité élevé pour la santé des Canadiens et des Canadiennes.

### A : ATTENTES EN MATIÈRE DE RENDEMENT

Les six secteurs d'activité de Santé Canada ont examiné ces questions, en ont déterminé les composants et ont établi une liste des priorités opérationnelles. Ces priorités ont été inscrites dans le *Budget des dépenses de 1997-1998*, partie III, sous l'ancienne structure.

#### Gestion des risques en matière de santé

- ▶ Restaurer, restructurer et revitaliser le système canadien d'approvisionnement en sang.
- ▶ Renforcer le processus d'inspection du programme d'innocuité des aliments pour le rendre plus réceptif, plus souple et plus opportun.
- ▶ Améliorer la capacité de Santé Canada d'anticiper et de prévoir les menaces existantes et émergentes pour la santé et d'y réagir.
- ▶ Rationaliser les programmes pour les rendre plus efficaces et efficients.





## Promotion de la santé de la population

- ▶ Consolider la base de données probantes et faire un meilleur usage de la recherche en vue de formuler une nouvelle stratégie en matière de santé de la population.
- ▶ Établir des programmes globaux de promotion de la santé et de prévention de la maladie basés sur les différentes étapes de la vie.
- ▶ Renforcer la capacité du gouvernement fédéral de coordonner la gestion des questions de santé qui débordent les limites ministérielles.

## Santé des Autochtones

- ▶ Gérer la prestation efficace des services de santé aux Premières nations et aux populations inuites et agir de concert avec les leaders des Premières nations et des Inuits pour élaborer de nouvelles stratégies en matière de soins de santé.
- ▶ Transférer la responsabilité des ressources de santé aux Premières nations et aux Inuits et mener à terme le transfert des programmes de santé universels au gouvernement territorial du Yukon.
- ▶ Chercher à éliminer les inégalités en matière de santé qui existent entre les peuples autochtones et la population canadienne en général.

## Soutien et renouvellement du système de santé

- ▶ Interpréter, appliquer et renouveler la *Loi canadienne sur la santé*.
- ▶ Faire progresser le passage à un système de santé mieux équilibré, plus rentable et plus efficient.
- ▶ Contrôler les facteurs qui influent sur le coût des soins de santé.

## Politiques, planification et information en matière de santé

- ▶ Mettre au point la stratégie fédérale en matière de santé et mettre en œuvre un plan de communications de cette stratégie.
- ▶ Consolider et élargir les mécanismes de collecte de l'information afin de mieux appuyer les autres secteurs d'activité.

## Services ministériels

- ▶ Appuyer le renforcement constant de l'effectif de Santé Canada.
- ▶ Mettre en valeur la capacité du Ministère de gérer ses actifs financiers et matériels.
- ▶ Utiliser les technologies de l'information pour assurer une prestation plus efficace des services de Santé Canada.



## B : RÉALISATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

Les paragraphes ci-après présentent un bref sommaire des grandes réalisations de 1997-1998 dans les six secteurs d'activité. De l'information plus détaillée est fournie à la section C « Réalisations en matière de rendement par secteur d'activité » et à l'annexe 1 « renseignements sur la gestion des risques en matière de santé ».

### Gestion des risques en matière de santé

- ▶ Le Secrétariat canadien du sang a été créé pour mettre en œuvre un système d'alerte rapide pour la surveillance du sang, consulter les provinces et les territoires au sujet des mesures législatives proposées, fournir des instructions stratégiques au ministère de la Justice relativement à la rédaction du projet de *Loi sur les Services canadiens de sang* et appuyer les procédures judiciaires liées à l'approvisionnement en sang.
- ▶ Le Programme de vérification de la salubrité des aliments a été mis sur pied pour surveiller l'efficacité de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA).
- ▶ Santé Canada a instauré ou amélioré les services de laboratoire, les programmes de surveillance et d'enquête sur les poussées épidémiologiques afin de diagnostiquer et de traiter toute une gamme de maladies, allant du cancer du sein à la tuberculose et de l'asthme à l'infection au VIH. De nouveaux outils de surveillance des maladies, par exemple le Système national de surveillance des facteurs de risque, ont été mis en œuvre, et diverses initiatives ont été lancées pour étoffer notre base de données sur la lutte contre les maladies.
- ▶ De nouveaux problèmes, dont les souches bactériennes résistant aux antibiotiques et la maladie de Creutzfeldt-Jakob, ont été examinés de plus près, et Santé Canada a renforcé ses relations dans le monde entier pour mieux coordonner la surveillance des menaces mondiales.
- ▶ Santé Canada a entamé un processus de transition et d'auto-examen du Programme de protection de la santé pour trouver des façons nouvelles et meilleures de contrer les risques pour la santé. Un volet-clé de la transition prévoit la consultation accrue avec d'autres gouvernements, organisations et intéressés pour obtenir une diversité maximale de contributions. À cette fin, notamment, un Conseil consultatif des sciences a été créé, et la direction de cet organisme composé de scientifiques, de consommateurs, de professionnels de la santé et d'autres intéressés a été confiée à l'ex-astronaute Roberta Bondar.
- ▶ L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire a rattrapé une partie du retard accumulé pour ce qui est des demandes d'homologation de produits antiparasitaires. Elle a mis en œuvre une norme d'exécution de 18 mois, réalisé d'importants progrès en matière d'harmonisation internationale et de promotion de méthodes antiparasitaires durables, et élaboré des projets législatifs pour améliorer la protection de la santé et de l'environnement et accroître l'ouverture et la transparence.



## Promotion de la santé de la population

- ▶ De concert avec les provinces et les territoires, Santé Canada a publié des documents sur l'usage à mauvais escient des médicaments. Santé Canada a aussi créé un Fonds pour la santé de la population afin de promouvoir de saines pratiques de santé auprès des utilisateurs primaires.
- ▶ Un certain nombre d'initiatives ont été mises en œuvre pour régler des questions liées à des étapes précises de la vie, notamment les maladies cardiovasculaires, la sécurité au foyer pour les personnes âgées et le développement de la petite enfance.

## Santé des Autochtones

- ▶ Santé Canada, en collaboration avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et avec d'autres ministères, a poursuivi ses travaux afin de conclure des ententes de transfert multiministères qui réduiront l'administration et le double emploi. Santé Canada a appuyé le MAINC et contribué de façon considérable à la Stratégie de guérison ciblant les victimes de violence dans les pensionnats ainsi que leurs familles et leurs collectivités.
- ▶ Le Système d'information sur la santé a été élargi pour englober des centres de santé dans des collectivités de l'Ontario, de l'Atlantique et du Pacifique.
- ▶ Le transfert des services de santé universels au gouvernement du Yukon a été mené à bien.
- ▶ Le Ministère a mis en œuvre des stratégies de gestion des coûts des Services de santé non assurés, y compris un système amélioré de surveillance pour repérer les pratiques inadéquates des prescripteurs, la surfacturation et l'usage à mauvais escient des médicaments. Un modèle de prédétermination applicable aux services dentaires a été mis en œuvre et offre des services axés sur le client plutôt qu'un nombre restreint de prestations régies par les fréquences admissibles.

## Soutien et renouvellement du système de santé

- ▶ Un groupe de travail a été chargé d'étudier des façons nouvelles d'administrer la *Loi canadienne sur la santé*.
- ▶ L'exploration et le développement des soins à domicile et des soins communautaires, de l'assurance-médicaments et de la télé-médecine, un service de communications qui relie directement les collectivités autochtones et les systèmes de santé provinciaux ont progressé.
- ▶ La première phase du financement du Fonds pour l'adaptation des services de santé est presque terminée et 34 projets provinciaux et territoriaux ainsi que 11 projets nationaux ont été proposés au ministre de la Santé. Les projets visent à recueillir de l'information pour évaluer la façon dont l'assurance-santé peut être renouvelée et modernisée.



## Politiques, planification et information en matière de santé

- ▶ Un plan a été dressé pour parvenir à un consensus de recherche national. Les propositions visant de nouveaux centres de recherche mettent l'accent sur divers domaines, du bien-être des enfants aux questions de santé des Autochtones.
- ▶ Une stratégie nationale touchant l'Infostructure canadienne de la santé a été établie. Il s'agit d'un réseau intégré de réseaux qui améliorera la mise en commun des connaissances et de l'expertise.

## Services ministériels

- ▶ L'effectif s'est diversifié grâce au recrutement et à divers programmes de sensibilisation.
- ▶ Plus de la moitié des 6 300 employés de Santé Canada ont été aidés à perfectionner leurs compétences personnelles et professionnelles grâce à une formation dans des domaines comme la réflexion stratégique, la gestion du changement, la planification des carrières, le bilinguisme et l'informatique.
- ▶ Les processus de gestion financière et du matériel ainsi que les systèmes informatiques ont été modernisés et perfectionnés.
- ▶ On a activement poursuivi la préparation des systèmes informatiques et des réseaux du Ministère, afin d'éviter les problèmes associés à l'an 2000 (80 p. 100 des systèmes ministériels respectaient les exigences relatives à l'an 2000 à la fin de l'année).



## C : RÉALISATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

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

#### Objectif

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

#### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	214,5	241,7	228,9
Recettes	(49,0)	(59,6)	(48,6)
Dépenses nettes	165,5	182,1	180,3*

\*Cela représente 11,0 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

#### Description

La gestion des risques en matière de santé comprend les secteurs d'activité suivants :

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

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant ces secteurs d'activité et leurs plans et priorités, voir l'annexe 1, débutant à la page 70.



La Gestion des risques en matière de santé (GRS) protège les Canadiens et les Canadiennes contre les dangers pour la santé et l'environnement. Elle permet à Santé Canada d'intervenir de façon originale pour assurer la sécurité des Canadiens et des Canadiennes : approbation de demandes d'homologation de nouveaux aliments, médicaments, matériels médicaux et produits de lutte antiparasitaire; surveillance des maladies; surveillance et contrôle de produits susceptibles de présenter des dangers; surveillance et gestion des risques liés à l'environnement et au milieu de travail; inspection des aliments, des médicaments, des instruments médicaux et des dispositifs émettant des radiations et vérification de leur conformité aux règlements; élaboration de codes de sécurité nationaux en matière de rayonnement; services de quarantaine; préparation et capacité d'intervention en cas d'urgence; et gestion des risques pour la santé et l'environnement liés aux produits de lutte antiparasitaire. Le Ministère administre aussi le Secrétariat canadien du sang, instauré pour réaménager le système canadien d'approvisionnement en sang.

### **1.1 Priorité Veiller à ce que le Ministère évolue en fonction des besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de soins de santé**

#### **Réalisations**

En 1997, la Direction générale de la protection de la santé (DGPS), du secteur d'activité GRS, a entamé un processus d'examen, de consultation et de renouvellement de ses activités, afin d'élaborer des façons plus adéquates de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes. Chacun des domaines-clés de la protection de la santé — science, surveillance, gestion des risques, législation et élaboration de programmes — mène des consultations approfondies auprès de particuliers, de gouvernements et d'organisations touchés par cette transition. Ce processus, appelé *Transition DGPS*, aidera Santé Canada à élaborer des programmes afin de protéger la santé des Canadiens au début du prochain millénaire. Ses objectifs sont les suivants :

- approfondir les données scientifiques nécessaires à la prise de décision;
- moderniser la surveillance à l'échelle du Canada;
- améliorer la gestion des risques en matière de santé;
- mettre à jour les lois fédérales relatives à la protection de la santé;
- examiner l'exécution des programmes de protection de la santé.

### **1.2 Priorité Harmoniser les politiques, les normes et les règlements canadiens avec ceux d'organisations similaires à l'étranger, selon les besoins**

#### **Réalisations**

Santé Canada est l'un des principaux intervenants dans un certain nombre d'initiatives multilatérales, y compris la Conférence internationale sur l'harmonisation, le Groupe de travail sur l'harmonisation mondiale, la Convention pour la reconnaissance mutuelle des inspections de fabricants de produits pharmaceutiques, le Conseil des organisations internationales des sciences médicales, le Codex, l'Organisation mondiale de la santé et le Forum sur les pesticides de l'Organisation de coopération et de développement économiques.



Dans le cadre du programme de réglementation de l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST), les navires arrivant dans les ports canadiens sont inspectés en vertu d'un programme de conformité volontaire aux fins d'inspection des aliments et de la salubrité, conformément au Règlement sur l'eau potable. Comme ces navires circulent en général dans les eaux canadiennes et américaines, des discussions ont été tenues avec les États-Unis afin d'harmoniser le processus d'inspection et de réduire le fardeau imposé à l'industrie du transport maritime. Le personnel a commencé à suivre une formation mutuelle, une formule d'inspection commune est maintenant en place et des discussions se poursuivent avec le Public Health Service des États-Unis au sujet de l'harmonisation. Des consultations sont continuellement menées auprès des associations de l'industrie et donnent des résultats positifs. Le recouvrement des coûts a été mis en œuvre.

L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) collabore avec ses homologues d'autres pays en Amérique du Nord et outre-mer pour mettre au point une méthode qui permette un accès plus facile pour les consommateurs à des pesticides sûrs et efficaces. Cette activité a en outre l'avantage de promouvoir de saines politiques de réglementation et une lutte antiparasitaire durable dans le monde entier. Les réalisations de 1997-1998 englobaient notamment la tenue du premier examen mixte avec l'Environmental Protection Agency des États-Unis, ce qui a permis l'homologation d'un nouveau produit antiparasitaire à risque moindre dans les deux pays.

Le Canada met en œuvre une Entente de reconnaissance mutuelle des produits thérapeutiques avec l'Union européenne. Des ententes similaires sont sur le point d'être conclues avec la Norvège, le Liechtenstein, l'Islande et la Suisse, et d'autres sont en cours de négociation avec l'Australie, le Japon et les États-Unis.

Les négociations se poursuivent avec les États-Unis en vue de coordonner les normes visant tous les nutriments dans la farine, pour éliminer les obstacles commerciaux que des critères d'enrichissement divergents pourraient soulever. En outre, le Canada et les États-Unis s'efforcent d'harmoniser les normes applicables aux additifs alimentaires.

Santé Canada a entamé des discussions avec l'Environmental Protection Agency des États-Unis en vue d'uniformiser les lignes directrices et les normes applicables à l'eau potable.

### **1.3 Priorité Intensifier les consultations auprès de la population et de divers intervenants**

#### **Réalisations**

- ▶ Le nouveau cadre d'homologation des médicaments, qui prévoit une approche de gestion intégrée des risques dans la réglementation de toutes les catégories de médicaments, a été élaboré à la suite de vastes consultations.
- ▶ Le nouveau Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire, qui coordonne l'intervention fédérale en cas de graves accidents nucléaires touchant le Canada, est le fruit de quatre années de consultation.
- ▶ La révision du Cadre stratégique du Programme des produits thérapeutiques (1997-2000) est fondée sur les consultations avec la direction, le personnel et les intervenants.



- ▶ Les révisions du cadre de réglementation des produits naturels reposent sur des consultations auprès de représentants de toutes les parties intéressées.
- ▶ Le cadre de réglementation pour l'Examen des essais cliniques au Canada a fait l'objet de nombreuses consultations.
- ▶ Un projet de cadre de réglementation visant les tissus et les organes destinés aux transplantations a fait l'objet d'un débat et de consultations publics.
- ▶ Le Service d'analyse des drogues a procédé à de vastes consultations dans tout le pays.
- ▶ Des consultations ont été menées auprès de tous les ministères fédéraux au sujet des nouvelles questions liées à l'hygiène et à la sécurité au travail (HST).
- ▶ L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) a mis en œuvre une politique pour consulter la population au sujet des grandes décisions d'homologation. En outre, des projets législatifs ont été élaborés pour améliorer sensiblement l'ouverture et la transparence du système de réglementation.

#### **1.4 Priorité Utiliser la biotechnologie pour la santé publique**

##### **Réalisations**

La biotechnologie est l'application de la science et du génie en vue d'utiliser des organismes vivants naturels ou modifiés, leurs constituants ou leurs produits. Dans le domaine de la santé, cela englobe la mise au point d'aliments génétiquement modifiés, de nouveaux produits pharmaceutiques, de thérapies génétiques, de xénotransplantations (transplantations entre espèces, par exemple, la technique expérimentale utilisant des cœurs de babouin) et de diagnostics fondés sur la génétique. Le Canada compte 224 entreprises de biotechnologie dont 59 p. 100 s'intéressent aux soins de santé, et cette industrie est en pleine croissance. Si la biotechnologie donne lieu à des profits économiques et à une amélioration des diagnostics et du traitement, elle nécessite aussi l'examen de questions sociales et éthiques comme les tests et le dépistage génétiques, la protection des renseignements génétiques et le clonage humain. Les nouveaux produits et services découlant des innovations de la biotechnologie ont eu une forte incidence sur l'exécution du mandat de Santé Canada en ce qui concerne la prévention et le contrôle des maladies. Ainsi, le Canada a participé au Programme international du génome humain, qui pourrait mener à une amélioration des diagnostics et du traitement des maladies génétiques.

Santé Canada a consulté des groupes d'intervenants représentant tous les secteurs s'intéressant à la biotechnologie pour formuler une version renouvelée de la Stratégie canadienne de biotechnologie (approuvée par le Cabinet en juin 1998). La nouvelle stratégie établit un cadre stratégique, un organe consultatif en biotechnologie et une structure de gestion modifiée pour la coordination ministérielle. Elle permettra au gouvernement d'examiner la biotechnologie en vue d'améliorer la santé publique de façon durable sur le plan de l'environnement. Le Ministère examine en outre des façons d'intégrer une conscience économique, sociale et éthique à ses fonctions permanentes de réglementation et de recherche dans le secteur de la biotechnologie.





Les activités de recherche en biotechnologie qui appuient le système de réglementation ainsi que la prévention et le contrôle des maladies comprennent les vaccins recombinants (produits par la recombinaison génétique d'au moins deux vaccins), les risques liés à l'environnement; l'innocuité et la qualité des aliments et les marqueurs cellulaires du cancer du sein.

### **1.5 Priorité Restaurer la confiance face au Système canadien d'approvisionnement en sang**

En 1997, le Secrétariat canadien du sang a été créé à partir du Secrétariat de l'enquête sur le sang contaminé et a reçu pour mandat de restaurer la confiance des Canadiens et des Canadiennes à l'égard du système d'approvisionnement en sang, à la suite de l'Enquête Krever. Depuis sa création, le secrétariat est devenu le centre ministériel de coordination de la mise en œuvre des recommandations du juge Krever, qui souhaitait que Santé Canada devienne plus proactif dans sa lutte contre les maladies infectieuses transmises par la voie du système du sang.

Santé Canada a alloué de nouvelles ressources pour répondre au besoin de personnel plus qualifié et de mise en œuvre d'un système d'alerte rapide pour la surveillance du sang — environ 125 millions de dollars en fonds nouveaux répartis sur cinq ans (de 1998-1999 à 2002-2003).

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la *Partie Réalisations en matière de rendement du secteur d'activité 8 : Le Secrétariat canadien du sang*, débutant à la page 91.



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

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses nettes	136,8	183,3	175,1*

\* Cela représente 10,6 p.100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Santé Canada a adopté une approche en matière de santé de la population qui vise à maintenir et à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Cette approche reconnaît que de nombreux facteurs autres que le système de soins de santé exercent une forte influence sur la santé des personnes et des groupements de population.

Cette approche favorise la prévention des maladies et l'intervention individuelle et sociale, et met l'accent sur toute la gamme des facteurs et la façon dont ils interagissent pour déterminer la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes.

Le cadre dans lequel cette approche s'inscrit comprend les trois étapes de la vie : enfance et adolescence, début de l'âge adulte et maturité, troisième âge. Grâce à cette approche basée sur le cycle de vie, Santé Canada peut intervenir sur une vaste gamme de déterminants de la santé ainsi que sur les questions de santé prioritaires auxquelles les Canadiens et les Canadiennes veulent que leur gouvernement s'attaque (p. ex., toxicomanie, infection à VIH/sida, cancer et maladies cardiovasculaires).

### Déterminants de la santé

- Développement sain pendant l'enfance
- Services de santé
- Pratiques personnelles en matière de santé et capacités d'adaptation
- Réseaux de soutien social
- Patrimoine biologique et génétique
- Scolarité
- Emploi et conditions de travail
- Environnements physiques et sociaux
- Situation socio-économique
- Sexe
- Culture



## **2.1 Priorité Améliorer la santé et les soins de santé grâce à l'habilitation des citoyens, à la participation des consommateurs et à une meilleure sensibilisation des Canadiens et des Canadiennes**

Le but correspondant à cette priorité est de veiller à ce que les Canadiens et les Canadiennes soient informés des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. En outre, Santé Canada travaille de concert avec des organisations bénévoles nationales, régionales et communautaires pour exécuter des programmes de santé appuyés par des subventions et des contributions accordées à des projets nationaux de santé de la population et d'action communautaire.

### **Réalisations**

En 1997-1998, plus de 250 projets nationaux, régionaux et communautaires ont été financés grâce au Fonds pour la santé de la population, afin de régler diverses questions de santé pour les populations vulnérables. Le Fonds vise à accroître la capacité communautaire d'intervention sur les déterminants de la santé, en appuyant des projets de durée limitée parrainés par des organisations bénévoles, sans but lucratif et non gouvernementales. Ces organisations améliorent la santé de la population en facilitant la planification conjointe et la coordination des mesures entre les organisations bénévoles, les fournisseurs de service, les gouvernements et le secteur privé.

Les activités de promotion et de marketing social de Santé Canada ont sensibilisé un éventail de publics à diverses questions de santé. Mentionnons entre autres la promotion du développement sain de l'enfant; le choix d'un style de vie positif; le renoncement au tabac; la prévention des blessures; la santé et l'environnement. Des partenariats ont été établis avec d'autres ministères fédéraux et de nombreuses sociétés du secteur privé. En 1998, le Ministère a inauguré un site Web entièrement interactif axé sur le renoncement au tabac (<http://www.vie100fumer.com>). Ce site offre des conseils positifs, réalistes et utiles aux jeunes et ne tente pas de minimiser les difficultés liées au renoncement au tabac. Au cours des deux premières semaines, plus de 5 000 personnes ont visité le site, et Yahoo Canada en a fait son « choix de la semaine ».

En partenariat avec les provinces et les territoires, Santé Canada a publié deux brochures au sujet des dangers des médicaments, l'une à l'intention des personnes âgées (Les somnifères et les tranquillisants) et l'autre à l'intention des professionnels de la médecine (Les médicaments, parlons-en). On peut se procurer ces deux brochures, ainsi que d'autres publications, en communiquant avec le Ministère au (613) 957-2991 ou en visitant le site Web du Ministère, à l'adresse suivante : <http://www.hwc.ca>.

---

### ***Trousse de santé cardiovasculaire***

Santé Canada, en collaboration avec les Fondations des maladies du cœur du Canada, du Québec et de l'Ontario, la Régie régionale de Québec et la Société Merck Frosst Canada Inc., a mis au point une trousse cardiovasculaire pour lutter contre les principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (le tabagisme, l'hypertension, l'obésité, l'inactivité physique et le diabète). La trousse a été approuvée par le Collège des médecins de famille du Canada et la Société canadienne de cardiologie. Elle est distribuée aux médecins de famille.

---



## 2.2 Priorité Cibler les initiatives pour prévenir les maladies et les blessures, et s'adapter au vieillissement de la population

Les programmes de Santé Canada se penchent sur une large gamme de questions de santé prioritaires. Ils encouragent les comportements positifs, font connaître les politiques liées à la santé et collaborent avec les secteurs bénévoles et privés. En outre, Santé Canada s'efforce d'améliorer les facteurs touchant l'environnement social et physique qui influent sur la santé et le bien-être.

### Réalisations

Malgré le déclin constant de la mortalité, les maladies cardiovasculaires sont une des principales causes de décès, d'invalidité et de recours aux services de santé au Canada. Santé Canada a établi une Initiative canadienne de santé cardiovasculaire, en partenariat avec les provinces et les territoires, la Fondation des maladies du cœur du Canada et plus de 1 000 organisations bénévoles, professionnelles et communautaires. L'initiative vise à réduire l'invalidité et les décès attribuables aux maladies cardiovasculaires en encourageant des choix de vie positifs.

- ▶ Santé Canada a publié le Guide de sécurité domestique à l'intention des personnes âgées pour intensifier les efforts du Ministère dans le domaine de la prévention des blessures chez les aînés. Santé Canada a réussi à donner plus de portée au guide en organisant des ateliers lors des conférences annuelles de l'Association canadienne de santé publique et de l'Association canadienne de gérontologie.
- ▶ Le secteur d'activité Promotion de la santé de la population a œuvré de concert avec d'autres secteurs d'activité de Santé Canada et d'autres partenaires dans le cadre de l'Initiative canadienne quinquennale sur le cancer du sein. Le Comité national de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein a constitué une base de données nationale pour le dépistage du cancer du sein, laquelle fournit également des lignes directrices sur le dépistage et de l'information sur l'auto-examen des seins. En outre, grâce à l'expertise des médecins de famille, des oncologues, des radiologues, des infirmières spécialisées en oncologie, des infirmières visiteuses, des spécialistes en communication et des victimes du cancer du sein, des trousseaux d'information ont été mis au point à l'intention des éducateurs, pour leur faire comprendre que les techniques de communication peuvent être enseignées et apprises. Ces trousseaux développent les compétences de communication des médecins dans le domaine du cancer du sein.

---

### Statistiques

- ▶ Au Canada, les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de mortalité (environ 80 000 décès) et d'augmentation des coûts des soins de santé (8 millions de jours d'hospitalisation par année).
  - ▶ Les utilisateurs de drogues injectables représentaient selon les estimations 49 p. 100 des infections au VIH en 1996. Les femmes composaient selon les estimations 19 p. 100 de ce groupe. Le fardeau financier qui découlera de l'augmentation des infections n'est comparable qu'à l'énormité des coûts humains. En luttant efficacement contre l'épidémie et en réduisant le nombre de nouvelles infections à 1 700 par année d'ici 2001, le Canada pourrait économiser 4 milliards de dollars.
  - ▶ On estime que les personnes âgées représentent 38,7 p. 100 des dépenses de santé (28 milliards de dollars sur 72,5 milliards de dollars en soins de santé en 1994).
- 



- D En collaboration avec des spécialistes de nombreux secteurs et des femmes qui ont combattu le cancer du sein, les Guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein ont été mis au point. Ces guides fournissent de l'information aux praticiens et aux femmes quant à ce qu'il convient de faire si, par exemple, une anomalie est découverte ou si un mammogramme anormal est signalé. Depuis leur diffusion, de nombreux organismes de santé nationaux et internationaux et des Canadiens et des Canadiennes ont demandé les guides — plus de 200 000 exemplaires ont été distribués. Les lignes directrices sont diffusées sur le site Web de l'Association médicale canadienne à l'adresse : <http://www.cma.ca>.
- D Dans le cadre de ses efforts constants pour prévenir, enrayer et traiter le VIH/sida, Santé Canada a énergiquement appuyé la promotion de pratiques sûres par l'entremise des fournisseurs de services de santé et de services sociaux. Il a aussi appuyé la solide infrastructure communautaire établie à l'échelle du Canada pour répondre à l'évolution de l'épidémie du VIH/sida. Santé Canada a mis au point à l'intention des victimes d'agression sexuelle des lignes directrices nationales qui ont permis de répondre plus adéquatement aux besoins des femmes qui ont été agressées sexuellement et auraient pu contracter une infection au VIH.
- D En partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de nouveaux programmes sont élaborés pour mieux appuyer la prévention du VIH/sida et l'éducation sexuelle des jeunes. En outre, des Lignes directrices sur l'activité sexuelle à risques réduits ont été publiées à l'intention des éducateurs et des conseillers qui participent à des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé. Ces lignes directrices révisées permettent de diffuser auprès des Canadiens et des Canadiennes de l'information pertinente et précise au sujet des pratiques sexuelles à risques réduits.
- D Les mesures visant à réduire le tabagisme ont entraîné un déclin du nombre de fumeurs adultes au Canada, mais non pas du nombre de jeunes fumeurs (depuis 1991, le tabagisme chez les jeunes est passé de 23 p. 100 à 29 p. 100). L'Évaluation de la Stratégie de réduction de la demande de tabac a permis de conclure qu'une vaste gamme de facteurs influent sur le tabagisme chez les jeunes et le renforçaient, et que les approches traditionnelles de l'abandon du tabac et de la prévention chez les jeunes ne sont pas toujours les plus efficaces. Ainsi, les enseignants et les professionnels de la santé sont des sources d'information et d'influence souvent écartées par les jeunes fumeurs. Ce phénomène s'explique par le fait que les jeunes sont souvent plus influencés par leurs pairs et qu'ils sont plus disposés à accepter l'information qui vient d'eux. Les nouveaux efforts de prévention et d'élimination du tabagisme devront tenir compte de l'influence des pairs dans les décisions des jeunes et feront aussi participer les jeunes aux étapes de conception et d'exécution des projets.
- D En 1997, l'Initiative de lutte contre la violence familiale a été renouvelée par le gouvernement fédéral, Santé Canada en prenant la direction. Le Ministère continue de sensibiliser la population et de distribuer des résultats de recherche et des fiches d'information par l'entremise du Centre national d'information sur la violence dans la famille. La distribution de ces documents permet aux professionnels de première ligne d'avoir accès à de l'information récente et à des études sur la violence familiale.
- D Dans le cadre de son combat contre la toxicomanie, Santé Canada a accru la capacité de mise en commun de l'information dans les programmes d'échange de seringues au Canada.
- D Par l'entremise de l'Initiative d'hygiène au travail, Santé Canada a fourni aux employeurs, aux employés et à d'autres partenaires-clés, y compris le gouvernement, des organisations syndicales et des organisations non gouvernementales, des connaissances et des compétences pour améliorer et maintenir la salubrité des milieux de travail. En 1997, un programme de certificat en systèmes d'hygiène au travail a été établi au Collège Centennial, à Scarborough (Ontario).



### 2.3 Priorité Assurer un développement optimal des enfants

Le bien-être des enfants est une priorité du gouvernement fédéral et de Santé Canada. Le Ministère investit largement dans la première partie du cycle de vie. Les recherches révèlent que le développement sain des enfants fournit la base d'un bien-être pour toute la vie. Des investissements dans le développement sain des enfants peuvent entraîner une future réduction des coûts et de la demande dans les systèmes de santé, de services sociaux et de justice pénale.

#### Réalisations

- ▶ Grâce au Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), Santé Canada a intensifié ses efforts en vue d'appuyer les femmes enceintes les plus à risque en raison d'une mauvaise nutrition et d'une mauvaise santé (les femmes qui vivent sous le seuil de la pauvreté, les adolescentes, les toxicomanes). Dans le cadre de ce programme, on fournit notamment des aliments et des suppléments vitaminiques, des conseils sur la nutrition et de l'information prénatale et postnatale. Les collectifs ont contribué à la réussite de ce programme grâce à des dons de plus de 400 000 \$ ainsi qu'à la fourniture de locaux, d'aliments et de vitamines.
- ▶ Santé Canada, par l'entremise du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), a intensifié ses efforts pour appuyer le développement sain chez les enfants, aider les parents et les familles, et promouvoir le développement de milieux sociaux sains et sûrs en appuyant les groupes de soutien des parents et les groupes de jeu, les cuisines collectives, les activités de développement de l'enfant, les visites à domicile et les joujouthèques mobiles. La plupart des enfants participant aux projets du PACE vivent dans des familles à faible revenu et pourraient être victimes de mauvais traitements et de négligence ou présenter des retards développementaux ou des difficultés émotives et comportementales.
- ▶ Le Programme d'aide postnatale aux parents (PAPP) (mis en œuvre dans plus de 600 hôpitaux et centres de santé communautaires du Canada et intervenant dans plus de 75 p. 100 des naissances chaque année) fait des fournisseurs de services de santé en milieu hospitalier et communautaire des éducateurs qui assurent une formation en matière de compétence parentale aux familles qui ont des enfants nouveaux-nés. Le PAPP a aidé des parents et des familles à trouver et à exploiter des systèmes de soutien pendant la période postnatale et à fixer des attentes réalistes au sujet des relations familiales. Ce programme a donné lieu à l'élaboration de quatre nouveaux feuillets d'information sur les compétences parentales : l'allaitement maternel; le syndrome du nourrisson secoué, la dépression postnatale et la vie sexuelle après l'accouchement.

---

#### *Programme canadien de nutrition prénatale*

Santé Canada appuie et encourage l'allaitement maternel, considéré comme méthode optimale de nutrition des jeunes bébés. Dans de nombreux cas, les femmes à risque sont moins susceptibles d'allaiter que les femmes plus instruites, non fumeuses, plus âgées ou ayant des revenus supérieurs. À Gander Bay (Terre-Neuve), au cours de la première année du programme, le taux d'allaitement est passé de 4 p. 100 à 67 p. 100. Compte tenu des avantages démontrés sur le plan de la santé et sur les plans social et économique que présente l'allaitement, ces résultats préliminaires indiquent que le PCNP permet effectivement de donner aux enfants à risque un meilleur départ dans la vie. Une évaluation nationale du PCNP est actuellement en cours. Les premiers résultats indiquent que le programme a rejoint environ 15 000 femmes à risque, dont une sur sept s'est ensuite engagée comme bénévole dans le programme.

---



## **2.4 Priorité Assurer un leadership en matière de santé de la population et rendre compte à la population**

L'approche en matière de santé de la population reconnaît que la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réduction des préjudices permet d'utiliser plus efficacement le système de soins de santé et offre des avantages à long terme à tous les Canadiens et les Canadiennes. En outre, elle reconnaît que les politiques et les programmes d'autres ministères et organismes fédéraux se répercutent sur la santé. Le Ministère élabore des outils pour mieux faire comprendre l'approche et les avantages aux Canadiens et Canadiennes.

### **Réalisations**

- ▶ La Direction générale de la promotion et des programmes de la santé a procédé à une restructuration interne visant à mettre en œuvre l'approche en matière de santé de la population. Les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ont été réaménagés en fonction du cycle de vie. Les subventions et les contributions ont été réorganisées, et un ensemble de conditions a été défini pour veiller à ce que le secteur d'activité de la promotion de la santé de la population ait la latitude voulue pour donner suite aux questions de santé actuelles et futures.
- ▶ Santé Canada a collaboré avec les provinces et les territoires et avec d'autres ministères et organismes fédéraux pour s'attaquer aux facteurs qui influent sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. Des cadres et des études ont été définis en fonction de questions comme la santé sexuelle et la reproduction, le vieillissement et l'invalidité.



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

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	1 061,6	1 039,8	1 033,8
Recettes	(11,4)	(9,2)	(7,0)
Dépenses nettes	1 050,2	1 030,6	1 026,8*

\*Cela représente 62,5 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

De sérieuses inégalités dans le domaine de la santé persistent chez la population autochtone. Par exemple, les taux de diabète, de tuberculose, de suicide et de tabagisme sont beaucoup plus élevés que chez la population canadienne en général. Le taux de naissance chez les Premières nations et les Inuits étant le double de la moyenne canadienne en général, on s'attend à ce que la croissance de la population augmente considérablement les coûts. Ces facteurs, conjugués à la réforme provinciale dans le domaine de la santé et aux coûts croissants des soins de santé, exerceront des pressions plus fortes sur des ressources déjà restreintes. L'autonomie gouvernementale et le transfert des soins de santé aux Premières nations et aux communautés inuites devraient entraîner un meilleur état de santé chez ces groupes. Pour ce faire, nous nous efforçons :

- d'accroître l'espérance de vie chez les Premières nations pour qu'elle atteigne celle des autres Canadiens et Canadiennes (voir figure 4);
- de réduire le taux de mortalité infantile (voir figure 5);
- de ramener le taux de la maladie, des blessures et du suicide à celui des moyennes nationales (voir les figures 6 et 7);
- de continuer l'élaboration d'un système de santé efficace et durable, et pris en charge par les Autochtones.





Figure 4 : Espérance de vie à la naissance

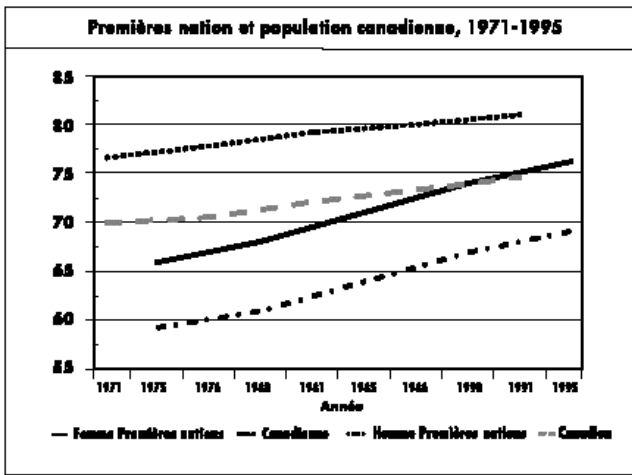


Figure 5 : Taux de mortalité infantile

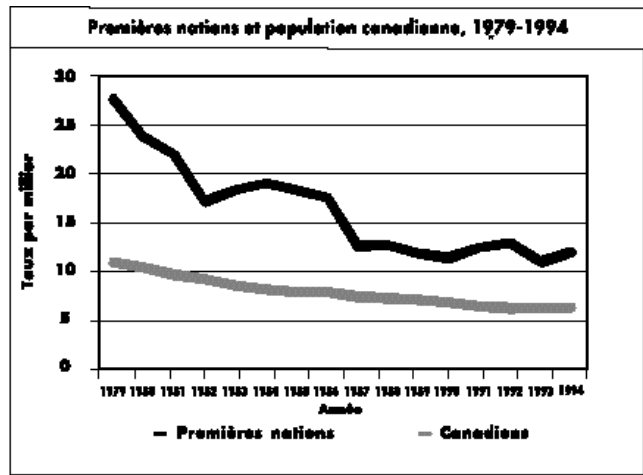


Figure 6 : Fréquence de la tuberculose

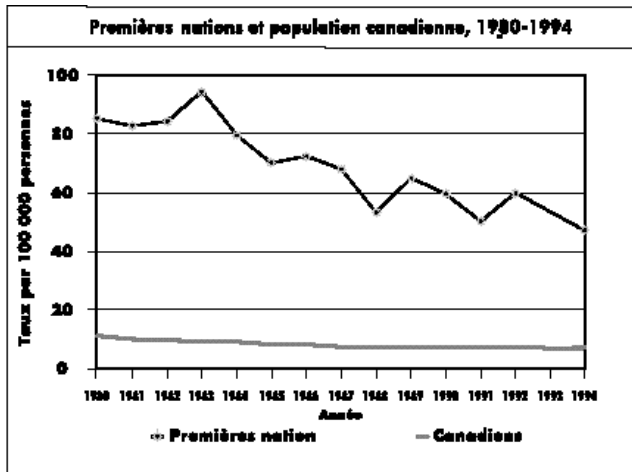
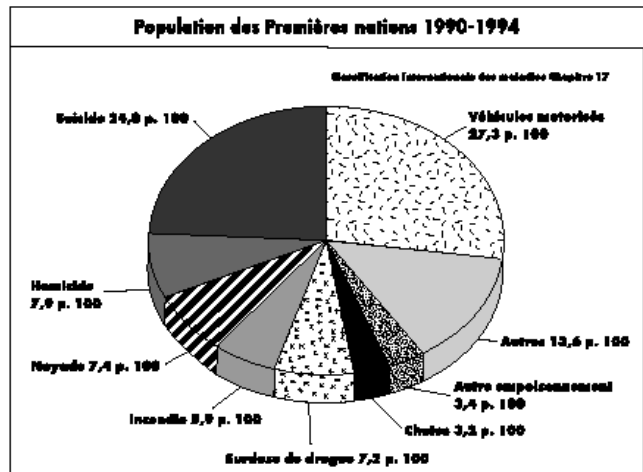


Figure 7 : Type de décès par blessure



Source : Analyse des programmes de santé – Programmes de santé des Premières nations et des Inuits.



### **3.1 Priorité Travailler à éliminer le fossé entre les services de santé des Autochtones et ceux de la population générale**

#### **Réalisations**

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) fournit des services de santé supplémentaires à plus de 650 000 Indiens, Inuits et Innus. Les SSNA satisfont aux besoins médicaux ou dentaires non couverts par les services provinciaux ou les autres régimes de santé — médicaments de prescription ou en vente libre, fournitures et matériel médicaux, services dentaires, soins de la vue, counselling dans le domaine de la santé mentale et transport vers les services médicaux. Santé Canada s'efforce toujours de rendre le plan plus sensible aux besoins de ses clients et plus rentable.

- ▶ À cette fin, le Cabinet a approuvé un nouveau mandat pour les SSNA qui a mis l'accent sur le transfert aux Premières nations et aux Inuits de la responsabilité du programme. En consultation avec les organismes des Premières nations et des Inuits, le Ministère a préparé une présentation au Conseil du Trésor afin d'obtenir l'autorisation de transférer les pouvoirs.
- ▶ On a approuvé huit projets pilotes visant à assurer le transport des malades, les soins de la vue ou tous les services de santé non assurés, et offert ainsi aux Premières nations et aux Inuits l'occasion de s'occuper de la gestion.
- ▶ Les pharmaciens canadiens ont eu accès à la technologie des points de service pour que le Programme des SSNA puisse mieux contrôler les dépenses en surveillant de façon plus efficace l'utilisation des médicaments dispendieux. Grâce à ce système, on traite immédiatement les demandes de remboursement et les pharmaciens peuvent déceler rapidement tout problème touchant la pharmacothérapie du patient.
- ▶ Dans le cadre d'une stratégie visant à améliorer et à surveiller la pharmacothérapie et de concert avec les activités communautaires de prévention et de sensibilisation, les SSNA ont créé un Processus d'examen de la consommation pharmaceutique afin de dégager la tendance des abus. Il comprend un système de surveillance informatisé national pour déceler les pratiques de prescription inadéquates, les réclamations facturées en trop et la possibilité d'un mauvais usage des médicaments.
- ▶ À l'automne 1997, on a mis en œuvre partout au pays une nouvelle politique visant les soins dentaires appropriés tels que décrits par la profession — la prédétermination des prestations dentaires. Cette politique garantit en fait les services appropriés par les fournisseurs de soins dentaires.
- ▶ À la fin de l'année, le Système de profil des dispensateurs de soins dentaires, une base de données créée afin d'analyser la fourniture de services dentaires, fonctionnait partout au pays. Il améliorera la gestion des dépenses liées aux soins dentaires.
- ▶ Afin d'assurer une interprétation uniforme des directives et une intervention plus rapide et plus renseignée, on a ouvert en octobre 1997 le Centre des exceptions pharmaceutiques des SSNA. Celui-ci s'occupera de toutes les demandes de médicaments régis par la Politique sur l'utilisation limitée des médicaments; les médicaments n'apparaissant pas sur la liste des médicaments gratuits; les médicaments de marque pour lesquels on a indiqué « pas de substitution ».
- ▶ Étant donné la transition de la responsabilité aux Premières nations et aux Inuits et conformément à la Politique d'approvisionnement auprès des Autochtones, on a accordé en octobre 1997 le contrat du Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement à la First Canadian Health Management Corporation Inc., une entreprise conjointe formée du Tribal Council Investment Group et de l'Aetna Health Management.



Figure 8 : Dépenses des SSNA

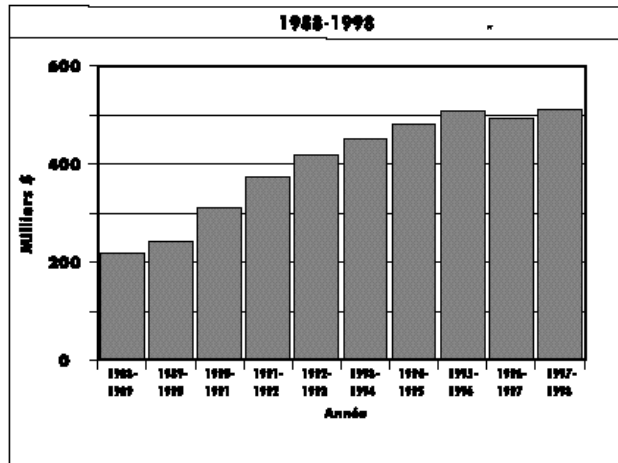
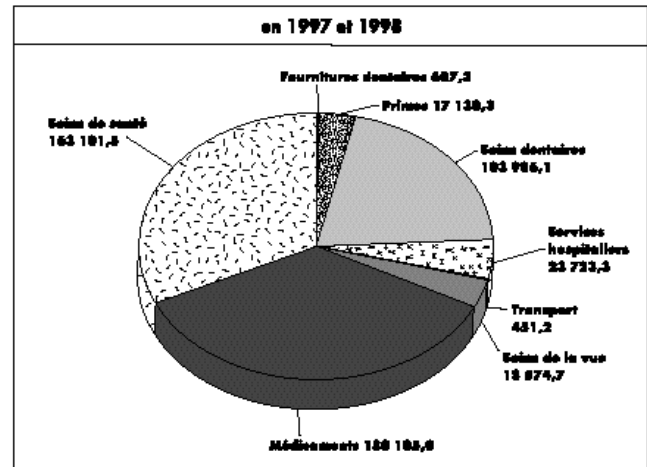


Figure 9 : Dépenses reliées aux prestations



Santé Canada a travaillé en étroite collaboration avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien afin de créer la Fondation pour la guérison des Autochtones. Cet organisme à but non lucratif, qui sera géré par les Autochtones, a été constitué en société en mars 1998. Au cours de l'année, Santé Canada a aidé à négocier le financement du fonds de 350 millions de dollars destiné aux survivants des abus des écoles résidentielles, à leurs familles et à leurs collectivités. Ce fonds sera administré par la Fondation.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont fixé comme priorité la santé et le bien-être des enfants, y compris des enfants autochtones. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA), le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) sont des programmes d'intervention précoce gérés au niveau de la communauté et qui contribuent à la santé et au bien-être des enfants autochtones.

- ▶ Grâce au Programme d'aide préscolaire pour Autochtones (PAPA), pas moins de 4 000 enfants des Premières nations, inuits et métis de 0 à 6 ans participent à des activités préscolaires dans 98 endroits urbains et nordiques partout au Canada. Le programme sera élargi afin d'inclure les Premières nations dans les réserves et les Inuits.
- ▶ Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) est un programme complet dont le but est de fournir des suppléments alimentaires, des conseils sur la nutrition, le soutien, l'éducation, l'aiguillage et le counselling sur la question des habitudes de vie auprès des femmes des Premières nations et des Inuites exposées à une grossesse à haut risque à cause d'une santé déficiente ou d'une mauvaise

alimentation. La composante Premières nations et Inuits fournit un programme complet axé sur la communauté dans environ 400 communautés. Elle permet d'améliorer la santé des femmes enceintes à risque élevé et donc à accoucher, en plus de contribuer au bon état de santé des enfants pendant un an après leur naissance. Elle soutient les femmes dans divers domaines comme l'usage du tabac, la consommation de drogues, l'isolement et la violence familiale, et les instruit en matière de nutrition, leur distribue des suppléments alimentaires ou les conseille. Environ 250 communautés ont mis en œuvre des activités de nutrition prénatale et plus de 400 projets sont en cours. De plus, quelque 277 projets ont fourni des services à des femmes dans les villes et dans le Nord, et les premiers résultats indiquent que les projets rejoignent les groupes cibles.

- ▶ Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) est un programme de développement communautaire qui mobilise l'énergie de la communauté afin de s'attaquer à des besoins communautaires précis et qui crée des solutions innovatrices. Chaque semaine, 4 830 enfants de familles autochtones et leurs parents participent à un projet du PACE.

Travaillant avec les Premières nations et les Inuits, Santé Canada combat l'abus des drogues et de l'alcool au moyen du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, qui finance la prévention et le traitement communautaires ainsi que la recherche et le développement. Plus de 8 000 clients des Premières nations et des Inuits ont maintenant accès à 53 programmes de traitement avec 695 lits partout au Canada.

### **3.2 Priorité Continuer l'élaboration d'un système de santé efficace, durable et pris en charge par les Autochtones**

Santé Canada doit fournir les services de santé directs et les ressources aux communautés des Premières nations et aux Inuits au sud du 60<sup>e</sup> parallèle et au Yukon. Grâce à l'Initiative visant le transfert des responsabilités en matière de santé, les communautés autochtones et inuites prennent leurs programmes de santé en mains à leur propre rythme.

#### **Réalisations**

- ▶ Santé Canada a signé 170 accords de transfert et accords intégrés avec les communautés autochtones et inuites, ce qui représente 282 des 631 communautés autochtones et inuites (voir figure 9).
- ▶ Avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Santé Canada a fait progresser les travaux sur les modalités d'ententes multiministérielles de transfert, ce qui réduira le fardeau administratif et le double emploi au profit des Premières nations et du gouvernement fédéral.
- ▶ On a élaboré une politique qui permet aux organismes des Premières nations de fournir les services de deuxième (zone) et de troisième (régional) niveaux au nom des communautés. Cette politique comprend le financement qui permet aux organismes des Premières nations de gérer la prestation des services.
- ▶ En avril 1997, on a transféré au gouvernement du Yukon les programmes de santé universels. Toutefois, Santé Canada continue à fournir les services de santé non assurés et le financement des programmes de santé communautaires gérés par les Premières nations.



**FIGURE 9 : Nombre d'accords de transfert et d'accords intégrés par région (1997-1998)**

Région	Accords à ce jour	Nombre de communautés des Premières nations et des Inuits transférées	Nombre total des communautés des Premières nations et inuites	% de la population des Premières nations et inuite visée par les transferts
Atlantique	18	24	40	60
Québec	22	23	51	66
Ontario	41	57	124	26
Manitoba	19	19	62	38
Saskatchewan	25	59	80	73
Alberta	12	10	58	13
Pacifique	20	76	202	33
Yukon	13	14	14	87
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>282</b>	<b>631</b>	

Le Canada cherche toujours à céder cinq des six derniers hôpitaux ministériels aux Premières nations et aux Inuits et à fermer le sixième :

- ▶ À Sioux Lookout (Ontario), on a convenu de remplacer les hôpitaux fédéraux et provinciaux par un autre établissement qui relèvera d'un conseil local.
- ▶ À l'hôpital de Moose Factory (Ontario), on a entrepris la planification des services de santé, à laquelle participent le conseil local, la province, Santé Canada et l'Hôpital général de la baie James. Entre temps, l'hôpital fonctionne au moyen d'une entente avec le Weeneebayko Health Ahtuskaywin.
- ▶ On a terminé le transfert de l'établissement de Fort Qu'Appelle (Saskatchewan).
- ▶ On a commandé une étude sur l'avenir de l'hôpital de Norway House (Manitoba).
- ▶ On a commencé à discuter avec les Premières nations d'une autre façon d'utiliser l'établissement Percy E. Moore au Manitoba.
- ▶ On s'attend à ce que l'hôpital albertain Blood Indian sous la direction des Autochtones ferme en mars 1999.

Le Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé a offert 63 bourses et 50 bourses d'étude — comparativement à quatre bourses en 1984-1985. En 1997-1998, le programme a encouragé les Autochtones à poursuivre une carrière dans les professions de la santé et a fourni un environnement d'apprentissage de nature à éliminer les obstacles culturels qui ont nui aux étudiants autochtones dans le passé.

Le Système d'information sur la santé (SIS) fournit à Santé Canada et aux Premières nations les données essentielles telles que les dossiers d'immunisation, le taux de morbidité, de mortalité, et d'abus relatif à la clientèle. Ces données serviront à la prise de décisions probantes sur la prestation des programmes et de services. La première phase de mise en œuvre a permis à 25 centres de santé en Ontario, à 8 dans les communautés de l'Atlantique et à 2 du Pacifique d'avoir accès au SIS.



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

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses nettes	4,3	14,4	14,6*

\*Cela représente 0,9 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

La préservation et la modernisation du Système canadien d'assurance-santé dans un environnement financier en pleine évolution est la principale préoccupation du Soutien et du renouvellement du système de santé (SRSS). Puisque les gouvernements fédéral et régionaux se partagent les soins de la santé, le SRSS doit s'assurer que les services d'assurance-santé partout au Canada sont conformes aux principes et aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et créer un consensus national sur les façons : d'alléger la pression financière sur les secteurs public et privé; de maintenir l'accès universel à des soins de santé convenables; d'atteindre un meilleur équilibre entre les soins de la santé, la prévention de la maladie et la protection et la promotion de la santé.

#### 4.1 Priorité Aider les provinces à renouveler et à moderniser le système de la santé

##### Réalisations

Le SRSS administre le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) annoncé dans le budget fédéral de 1997 et qui fournit 150 millions de dollars sur trois ans afin d'aider les provinces et les territoires à trouver des façons d'améliorer le système de santé. De cette somme, 30 millions de dollars vont au financement d'initiatives nationales et 120 millions à des projets destinés aux provinces et aux territoires. La première des deux phases du financement est presque terminée, 34 propositions provinciales et territoriales et 11 nationales ayant été présentées au ministre fédéral de la Santé. Les projets du FASS fourniront des renseignements importants permettant d'évaluer comment renouveler le système des soins de la santé canadien et d'offrir une orientation quant à la façon de moderniser l'assurance-santé. La deuxième phase est bien amorcée avec un budget d'environ 60 millions de dollars pour des projets provinciaux et territoriaux et de 10 millions pour des projets nationaux. Cette phase aura les mêmes quatre priorités que la première, soit les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires et la prestation de services intégrée.



Plus de 80 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes sont très en faveur de mesures visant à accroître les soins à domicile subventionnés par l'État, une des quatre priorités des études pilotes et des évaluations entreprises dans le cadre du FASS.

Du 8 au 10 mars 1998, Santé Canada et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ont été les hôtes d'une conférence nationale sur les soins à domicile. On y a compté 325 participants, soit des représentants des gouvernements, des fournisseurs de soins à domicile, des chercheurs, des représentants du monde des affaires, du travail, des Premières nations, des Inuits et des Métis, ainsi que du public en général. Santé Canada a mis sur pied une équipe de développement des soins à domicile mettant à profit l'expérience des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, du Baycrest Geriatric Centre, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres hospitaliers de services de longue durée (CHSLD) ainsi que de fonctionnaires ayant de l'expérience dans le domaine. L'équipe a pour but d'examiner les mesures à prendre dans le domaine des soins à domicile au moyen de la recherche et des travaux auprès de groupes variés ainsi que des provinces et des territoires afin d'en arriver à un système plus intégré de soins de la santé.

#### **4.2 Priorité Améliorer l'équilibre entre les soins, le traitement, la prévention et la promotion et la rentabilité du système de santé**

##### **Réalisations**

En septembre 1997, les ministres de la Santé du Canada ont créé le Groupe de travail sur les questions pharmaceutiques (GTQP) qui examinera les questions pharmaceutiques communes à tous les secteurs de compétence. Cette approche permettra d'ouvrir la voie à une initiative nationale portant sur le coût élevé des médicaments.

On a élaboré un plan visant à fournir à cinq centres de soins de santé communautaires des Premières nations, répartis dans cinq régions, des applications de télémédecine, soit le matériel et les télécommunications reliés électroniquement aux systèmes provinciaux de prestation des soins de santé. Le plan sera mis en œuvre au cours des deux prochaines années. On pourra ainsi déterminer si la technologie peut améliorer les services de santé et mesurer la rentabilité de la technologie et ses répercussions sur les personnes.

#### **4.3 Priorité Interpréter, appliquer et renouveler la *Loi canadienne sur la santé* afin d'assurer le respect des principes d'intégralité et d'accessibilité**

##### **Réalisations**

Au cours des dernières années, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont soutenu que les mesures prises par le gouvernement fédéral à l'égard de l'application et de l'interprétation de la LCS étaient de nature unilatérale et arbitraire. En réponse, on a mis sur pied en septembre 1997 le Groupe de travail sur les questions d'interprétation de la LCS (Protocole). Bien qu'on ait interrompu les travaux en décembre 1997, en attendant une orientation plus définie du Conseil ministériel sur le renouvellement de la politique sociale, le gouvernement fédéral a toujours été prêt à négocier avec les provinces et les territoires un protocole qui donnerait un caractère officiel aux étapes de l'administration de la Loi.



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

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses nettes	88,3	126,6	114,3

\*Cela représente 7.0 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Le secteur d'activité Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS) conseille et appuie le ministre, la haute direction du Ministère et les directions générales opérationnelles dans les domaines de l'analyse et de l'élaboration des politiques, de la planification stratégique, des conseils et des questions de consultation et d'information touchant le système de santé du Canada et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes. PPIS fournit un point central pour les politiques sur les questions de la santé des femmes au Ministère, coordonne et appuie les activités fédérales, provinciales et territoriales et fournit des conseils touchant les activités du Ministère sur le plan international. Il met l'accent sur les résultats bénéfiques, la mesure de l'état de santé et les gains et les avantages potentiels de la gamme d'interventions disponibles au Ministère. PPIS coordonne les réseaux, les infrastructures et les partenariats requis pour acquérir et produire des renseignements pertinents sur la santé pour les besoins de la prise de décision, afin d'améliorer la capacité et l'efficacité du Ministère. PPIS a donc deux fonctions : améliorer les politiques et les plans stratégiques, et encourager le développement et l'application de nouvelles technologies de communication des renseignements dans le domaine de la santé.

### 5.1 Priorité Renforcer la capacité de Santé Canada de prendre et de communiquer des décisions fondées sur des données probantes

#### Réalisations

Santé Canada cherche à créer une stratégie nationale visant une Infostructure de la santé au Canada (ISC) qui formera un réseau de réseaux favorisant l'échange des connaissances, de l'information et de l'expertise sur la santé. L'ISC comprend tous les aspects d'une infostructure : le matériel, les applications et les logiciels, le contenu de l'information, les normes, les lois et les règlements et la formation.





Santé Canada fait progresser la technologie de l'information en assurant la direction des projets de l'Infostructure de la santé au Canada, par exemple :

- ▶ le système national de surveillance de la santé a validé le concept d'un cadre de surveillance nationale et internationale des maladies ou des dangers pour la santé, développé sur Internet, afin d'intervenir de façon appropriée;
- ▶ le Réseau canadien de la santé est un service d'information-santé pour les consommateurs; il leur fournit de l'information accessible sur la santé. Le réseau est attentif à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, activités qui concernent toutes les étapes de la vie;
- ▶ le système d'information sur la santé des Premières nations est un système communautaire élaboré en partenariat avec les Premières nations et qui est offert à tous les établissements des Premières nations qui choisissent de l'utiliser;
- ▶ le Programme de soutien de l'infostructure de la santé (10 million de dollars) finance des projets-pilotes visant à prouver, à évaluer ou à élever le niveau de sensibilisation aux services en réseau dans tous les domaines, y compris l'assurance-médicaments, les soins à domicile et la télémédecine;
- ▶ on a créé un centre d'information au moyen du Réseau de la santé des femmes et une large diffusion des renseignements sur les questions de santé des femmes a permis une participation d'un public plus éclairé à l'élaboration des politiques à tous les niveaux.

## **5.2 Priorité Aider à l'élaboration d'un programme de recherche national**

### **Réalisations**

L'augmentation récente des investissements dans la recherche après des années de compressions budgétaires est une source d'encouragement pour la communauté de la recherche au Canada. Elle a choisi comme objectif principal la création d'un programme de recherche national en vue du nouveau millénaire. En accord avec cette vision, Santé Canada propose quatre nouveaux programmes de recherche dans des domaines de première importance :

- ▶ Les Centres d'excellence pour le bien-être des enfants (CEBE), une infrastructure visant à échanger les connaissances sur les besoins des enfants en matière de santé et les facteurs importants du développement sain des enfants.
- ▶ L'Institut de la santé autochtone, visant la recherche sur les Autochtones fondée sur des données probantes, l'échange de renseignements et la diffusion des meilleures pratiques.
- ▶ L'Institut canadien de la recherche sur la santé, un réseau d'établissements de recherche sur la santé organisé par sujet sur le modèle du National Institute of Health aux É.-U.
- ▶ L'initiative portant sur la santé de la population du Canada.



Le Bureau pour la santé des femmes a commencé l'élaboration de processus visant l'application dans l'ensemble du Ministère d'une analyse comparative entre les sexes, et a mis l'accent sur des domaines comme les soins à domicile, l'éthique dans la recherche, le Programme national relatif aux enfants et la santé au travail. Le Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes, financé par le Bureau, a terminé deux des six ans de son mandat; les cinq centres d'excellence ont entrepris de la recherche sur des questions telles que les déterminants de la santé, l'accès aux soins de la santé et leur utilisation, les besoins des fournisseurs de soins, l'évaluation des services de santé destinés à l'un ou l'autre des deux sexes et les méthodes de recherche.

L'Initiative canadienne sur le cancer du sein a formé un partenariat de recherche avec des organismes de financement, a obtenu d'autres fonds du secteur des entreprises et a donné une voix aux femmes. On a accordé en trois ans 21 millions de dollars à 91 projets de recherche sur le cancer du sein. Les domaines retenus étaient les services de santé, le développement normal des seins et l'étiologie naturelle.

### **5.3 Priorité Améliorer l'élaboration des politiques et la planification stratégique**

#### **Réalisations**

- ▶ On a fait des progrès quant à l'élaboration d'un cadre pour la planification stratégique et la planification des programmes, ce qui aidera les cadres du Ministère à prendre leurs décisions et améliorera le processus régissant les rapports au Parlement et aux organismes centraux. Le processus de planification ministérielle qui en a résulté renforcera la capacité de Santé Canada dans le domaine des politiques, de la planification opérationnelle et du contrôle des ressources, et améliorera les rapports et la responsabilisation.
- ▶ Santé Canada a participé à un certain nombre de conférences internationales où il y a eu des échanges de renseignements sur la santé; les Canadiens et Canadiennes trouveront ces renseignements utiles pour prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé.
- ▶ Santé Canada a aidé l'Organisation mondiale de la santé à élaborer la Convention sur le tabac qui appuiera le travail de Santé Canada à réduire le tabagisme chez les Canadiens et les Canadiennes.
- ▶ Le Ministère a fait partie du Groupe de recherche sur les politiques — Défis et possibilités de la mondialisation — présidant le groupe de travail sur les scénarios futurs de la santé et participant au groupe de travail sur l'harmonisation.



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

### Objectif

Faciliter la réalisation des programmes et des objectifs de Santé Canada par la prestation de services administratifs et de conseils ou de lignes de conduite aux cadres supérieurs, en vue de l'utilisation judicieuse des ressources et des biens.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	90,3	143,2	133,0
Recettes	(1,3)	(1,3)	(1,3)
Dépenses nettes	89,0	141,9	131,7*

\*Cela représente 8,0 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Le secteur d'activité des Services ministériels de Santé Canada fournit le savoir-faire administratif, consultatif et technique dans les domaines des ressources humaines, des finances, des établissements et des installations, des biens et des services d'information. Tout est compris, depuis la formation du personnel jusqu'aux vérifications internes, du règlement des factures au développement des réseaux d'ordinateurs.

## 6.1 Priorité Renforcer l'appui permanent apporté à l'effectif de Santé Canada

### Réalisations

- Élaboration de nouveaux programmes d'apprentissage pour le perfectionnement des ressources humaines, pour aider plus de la moitié des 6 300 employés du Ministère à développer leurs talents personnels et professionnels au moyen de la formation dans des domaines tels que la pensée stratégique, la gestion du changement, la planification de carrière, le bilinguisme, la gestion financière et la technologie des ordinateurs.
- Déploiement d'efforts spéciaux afin de résoudre, au moyen de nouveaux emplois ou de la retraite anticipée, la situation des employés touchés par la réduction et la réinstallation de l'effectif — près de 500 employés avaient été touchés par l'Examen des programmes et d'autres changements.
- Lancement d'une gamme de mesures dans le domaine de l'équité en matière d'emploi afin d'accroître la diversité de l'effectif de Santé Canada afin de mieux refléter la population du Canada quant à l'ethnicité, au sexe et aux habiletés, y compris l'introduction des 25 mesures correctives commandées par le Tribunal canadien des droits de la personne en mars 1997 au sujet de l'emploi des minorités visibles.



## **6.2 Priorité Améliorer la capacité du Ministère de gérer de façon efficace ses ressources financières et matérielles**

### **Réalisations**

- ▶ Adoption d'une nouvelle structure de planification, de rapport et de responsabilisation (SPRR) afin d'établir le fondement d'une gestion des ressources et d'une mesure du rendement plus efficaces au cours des prochaines années.
- ▶ Élaboration du cadre ministériel de la planification des programmes et a amorcé le travail sur les mesures améliorées du rendement afin de renforcer la gestion et la responsabilisation des ressources.
- ▶ Mise à jour et amélioration des processus et des systèmes informatisés d'achat des biens et services, de maintien des inventaires et de gestion des contributions aux Premières nations et aux autres communautés — en particulier l'amorce de la transition du Ministère vers un système intégré de gestion financière et matérielle qui doit être installé d'ici avril 1999.
- ▶ Optimisation plus poussée de l'utilisation des aires de bureau et de laboratoire au Ministère, y compris l'exécution de 85 p. 100 des rénovations prévues à l'édifice Jeanne-Mance à Ottawa et l'achèvement des nouveaux laboratoires fédéraux à Winnipeg.

## **6.3 Priorité Tirer parti des technologies de l'information afin de rendre plus efficace la prestation des services**

### **Réalisations**

- ▶ Élaboration et mise en œuvre d'un plan solide d'investissement dans les technologies de l'information à la suite d'un examen en profondeur des propositions et d'un consensus de la direction sur les priorités des investissements.
- ▶ Mise à jour des systèmes et des réseaux informatisés de Santé Canada afin de régler les problèmes de l'an 2000 (à la fin de l'année, 80 p. 100 des systèmes ministériels étaient conformes aux exigences de l'an 2000), ainsi que le volume croissant du flux des informations et le nombre grandissant de bases de données partagées, y compris celles servant au développement d'une infrastructure de la santé au Canada.
- ▶ Mise à jour réussie de tous les postes de travail des employés afin que l'on puisse faire un usage efficace du courrier électronique et de l'échange d'information.
- ▶ Achèvement d'éléments additionnels du travail considérable requis pour élaborer une approche globale de gestion des dossiers et mettre en œuvre des processus sûrs de gestion automatisée de l'information.



## Le point sur l'état de préparation à l'an 2000 de Santé Canada

La portée des problèmes de l'an 2000 a été évaluée essentiellement au moyen de vastes inventaires dans toutes les directions générales et régions, et d'évaluations exhaustives des responsabilités du Ministère en matière de réglementation pour ce qui est de la prestation de ses services aux entreprises. Des mesures correctives sont apportées dans les domaines suivants des Systèmes essentiels à la mission du gouvernement (SEMG) et des Systèmes essentiels à la mission du Ministère (SEMM) en vue d'atténuer les éventuels problèmes de l'an 2000 :

- le Laboratoire de lutte contre la maladie;
- le Programme des produits thérapeutiques;
- le Programme des aliments;
- le Programme d'hygiène du milieu;
- la Direction générale des services médicaux.

Le Comité exécutif du Ministère chargé du dossier de l'an 2000, qui se réunit toutes les deux semaines, suit de près les progrès réalisés à ce jour. Il a aidé à cerner les principales difficultés qui touchent les divers domaines et préconise des mesures qui assureront que les projets de l'an 2000 se déroulent selon l'échéancier prévu.

L'infrastructure de la technologie de l'information du Ministère devrait correspondre aux normes de l'an 2000 d'ici la fin de 1998. Par exemple, la vérification des ordinateurs et des serveurs a pris fin en août et tous les ordinateurs non conformes font l'objet de mesures correctives. Le redressement de tous les systèmes d'application des SEMG ainsi que des systèmes d'information du Ministère va bon train de sorte que les critères de l'an 2000 seront respectés d'ici décembre 1998.

L'inventaire des systèmes intégrés dans les laboratoires, les établissements et les immeubles à bureaux de Santé Canada (SC) a été dressé et des évaluations des risques sont en cours. Selon la fiche des progrès de SC vers l'an 2000 publié par le Conseil du Trésor en juillet 1998, les mesures correctives concernant les systèmes d'information et la technologie de l'information ont été cotées à 68 p. 100, tandis que pour les systèmes intégrés, elles en sont rendues à 33 p. 100. La cote globale de Santé Canada pour ce qui est de son état de préparation à l'an 2000 se situe à 57 p. 100, ce qui est supérieur à la moyenne générale du gouvernement qui s'établit à 56 p. 100.

Dans le domaine de la réglementation, le Ministère examine actuellement les approches qu'il devra adopter pour accélérer le taux de réponse à ses campagnes par lettres. Par exemple, il a envoyé des lettres en mars 1998 aux fabricants et aux vendeurs d'instruments médicaux à propos du respect des critères de l'an 2000, et le taux de réponse à ce jour n'est que de 20 p. 100.

Le Ministère reste convaincu que les plans en vue de l'an 2000 se déroulent bien et que des progrès appréciables ont été réalisés pour que tout le monde soit prêt le moment venu. Des évaluations préliminaires de gestion des risques sont sur le point d'être menées dans toutes les directions générales et des plans d'urgence et de gestion des risques devraient être prêts l'automne de 1998.

Les principales difficultés du Ministère sont les dépendances extérieures, telles que l'état de préparation des services publics, et le faible taux de réponse des fabricants et des vendeurs d'instruments médicaux à propos du respect des critères de l'an 2000.



## D : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DU RENDEMENT

En 1997-1998, Santé Canada a terminé cinq importants examens de ses programmes et services. Voici, par secteur d'activité, les principaux résultats des évaluations, des vérifications et des examens :

### Secteur d'activité — Gestion des risques en matière de santé

**Programme de l'hygiène du milieu (PHM) :** On a évalué le PHM en 1997-1998. Celui-ci cerne, évalue et aide à gérer les risques en matière de santé et de sécurité associés au milieu naturel et technologique, notamment les risques associés aux appareils émetteurs de rayonnement et des substances chimiques commercialisés.

Le Bureau des dangers des produits chimiques (BDPC), de la Direction de l'hygiène du milieu, a d'importantes responsabilités en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE) pour ce qui est de l'évaluation des risques pour la santé humaine des substances sur la Liste des substances d'intérêt prioritaire (LSIP). Les experts-conseils scientifiques chargés de l'évaluation ont indiqué que ces examens sont scientifiquement défendables, de qualité exceptionnelle et offrent des jugements scientifiques avertis sur le degré de risque que présentent les principaux dangers pour la santé.

L'administration de la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* et du Règlement afférent est du ressort du Bureau de la radioprotection (BR). L'évaluation a révélé que les clients et les intervenants du BR, à l'intérieur et à l'extérieur de Santé Canada, sont satisfaits des services offerts par le BR. On est d'avis que les renseignements fournis par le BR sont de qualité supérieure, utiles et à point. On a des preuves que la radioexposition a été réduite dans les endroits éloignés inspectés par le BR et que les avis et l'expertise du BR ont contribué indirectement à réduire la radiation inutile des appareils de diagnostic employés par les médecins et les dentistes relevant des provinces. Une des sociétés d'experts-conseils engagée au cours de l'évaluation a conclu à la suite de ses entrevues les conseils et l'information fournis directement aux ministères et organismes fédéraux, aux gouvernements et à d'autres clients immédiats constituent un service national précieux et essentiel pour lequel il n'existe aucun remplacement réaliste.

Étant donné la diversité des risques pour la santé environnementale traités par le Programme, il est difficile de fournir un résumé global des contributions du Programme à la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens. L'évaluation a plutôt examiné quelques cas précis des contributions du Programme. Se fondant sur ces cas, l'évaluation conclut que le Programme de l'hygiène du milieu a fort bien protégé le public des dangers pour la santé provenant du milieu.

---

À la suite de ses inspections et de ses conseils à Transports Canada, le Bureau de la radioprotection a contribué à réduire la dose de rayonnement des appareils à rayons-x des bagages dans les aéroports du Canada sans pour autant compromettre le fonctionnement de ces appareils. La dose de rayonnement de ces appareils est maintenant tellement faible que ceux qui y travaillent ne sont pas considérés comme des opérateurs d'appareil à rayons-x et n'ont donc pas besoin d'appareils de mesure des radiations (dosimètres).

---



## Secteur d'activité — La promotion de la santé de la population

**Stratégie canadienne antidrogue (SCA) :** Il s'agissait d'une initiative interministérielle d'une durée de cinq ans approuvée par le Cabinet en mars 1992 afin de réduire les méfaits sociaux de l'alcool et des autres drogues. On a effectué une évaluation interministérielle de la SCA en 1997-1998. Le rapport résume les rapports d'évaluation ministériels sur les activités stratégiques entreprises par les sept ministères participants (Santé Canada à la présidence; le ministère du Solliciteur général, y compris le Secrétariat du Ministère, la GRC et Service correctionnel du Canada; Revenu Canada; Douanes et Accise; Développement des ressources humaines Canada; le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international; le ministère de la Justice; et le ministère du Patrimoine canadien). On trouvera ci-dessous le résumé des conclusions de l'évaluation.

Il n'existait pas de politique officielle sur la réduction des méfaits au moment de la Stratégie, mais l'utilisation des ressources était conforme à une approche de réduction des méfaits. La Stratégie a réussi à faire élargir la base d'information sur l'abus de l'alcool et des autres drogues, et à rendre cette information plus accessible. Les ressources ministérielles ont d'abord augmenté à cause de la Stratégie, mais certains budgets du Ministère ont connu des réductions importantes, ce qui a pu limiter les résultats possibles de la Stratégie. On était d'accord, en général, que le ciblage prévu des efforts de la Stratégie a bien fonctionné et il en a résulté une utilisation plus efficiente et efficace des ressources, bien qu'il y ait peu de documentation concrète de ces économies. Toutefois, l'évaluation du ministère du Solliciteur général du Canada indique que les Unités antidrogues spéciales mixtes ont augmenté sensiblement les confiscations, soit jusqu'à 25 millions de dollars au cours des quatre premières années de la Stratégie, une augmentation au quintuple qui représente près de 10 p. 100 du coût total de la Stratégie.

L'évaluation a trouvé peu d'indications d'une planification stratégique interministérielle continue au cours de la durée de la Stratégie. En général, les ministères et organismes ont élaboré et appliqué leur plan de mise en œuvre de la SCA de façon indépendante, avec l'exception remarquable d'initiatives se rapportant à des tâches précises telles que les Unités antidrogues spéciales mixtes. Les ministères ont bien réussi à coordonner leurs propres programmes. Il y a eu un peu de confusion quant aux rôles et aux responsabilités sur le plan international, mais cette confusion a diminué vers la fin de la Stratégie. La Stratégie ne semble pas avoir eu une grande visibilité en tant que stratégie nationale. Le rapport signale plusieurs leçons à tirer de la Stratégie canadienne antidrogue, soit la façon de mieux planifier et coordonner des initiatives horizontales à l'avenir.

L'évaluation de la contribution de Santé Canada à la SCA indique que, malgré les difficultés de coordination au niveau stratégique, la mise en œuvre, la coordination et la coopération sur des questions et des projets précis ont bien réussi en général au niveau opérationnel au sein de Santé Canada (y compris avec les partenaires de l'extérieur) et avec les autres ministères fédéraux. Santé Canada a créé de nouveaux partenariats et élaboré de nouvelles méthodes et de nouvelles stratégies innovatrices de développement de programme pour satisfaire aux besoins des populations à haut risque et difficiles à rejoindre. Les renseignements acquis au moyen des activités de Santé Canada dans le cadre de la SCA et de son



financement ont augmenté la connaissance des tendances et des comportements liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues, notamment en ce qui a trait aux populations à haut risque. La stratégie de ciblage a eu des résultats positifs, y compris l'innovation, de nouveaux réseaux et une nouvelle synergie, ainsi que la pertinence accrue des programmes. Un des points faibles de l'initiative globale du Ministère a été le manque de clarté dans la hiérarchie des responsabilités, une constatation attribuable à la réorganisation massive au sein du Ministère à ce moment-là ainsi qu'à une série de compressions budgétaires. Sur le plan interministériel, le Secrétariat de la SCA n'avait pas le rôle ni l'autorité de faire respecter la responsabilisation.

À cause de la nature de l'abus d'alcool et d'autres drogues, une des constatations les plus importantes est qu'il faut un engagement fédéral à plus long terme et que les fonctionnaires fédéraux et les partenaires de l'extérieur doivent l'appuyer. Le financement n'a pas été renouvelé, mais Santé Canada continue à jouer un rôle prépondérant sur les plans ministériel et interministériel afin de s'assurer que le gouvernement fédéral continue à traiter les questions touchant l'abus de l'alcool et des autres drogues d'une façon horizontale et coordonnée, et que les éléments essentiels de la SCA ainsi que ses avantages puissent durer.

**Stratégie à l'égard des aînés — Division du vieillissement et des aînés :** Malgré les progrès dans certains domaines (par exemple, le régime de pension de l'État), les aînés au Canada se trouvent dans des situations présentant des risques potentiels. Par exemple, bon nombre d'aînés vivent sous le seuil de la pauvreté et la plupart, en vieillissant, ont besoin d'une aide accrue dans leur vie quotidienne. Certains aînés sont plus à risque que d'autres, particulièrement ceux qui ont un revenu limité (principalement les femmes), ceux qui demeurent dans des régions isolées ou rurales, et les aînés autochtones.

La Division du vieillissement et des aînés — Stratégie à l'égard des aînés (DVA/S) a la responsabilité principale de mettre en œuvre les programmes de la santé de la population de Santé Canada ciblant les aînés. En avril 1995, trois programmes de contributions de Santé Canada (Nouveaux horizons, le Programme d'autonomie des aînés et l'Alliance pour l'autonomie) ont été fusionnés afin de former le programme Nouveaux horizons : partenaires des aînés (NH : PA). On a terminé l'évaluation de ce programme en 1997-1998.

De 1972 à 1996, le Programme Nouveaux horizons à lui seul a financé 38 935 projets d'une valeur globale de 256,6 millions de dollars. Le niveau moyen de financement des projets depuis l'entrée en vigueur du programme est de 6 598 dollars. Au cours de cette période, quelque 5,6 millions de personnes ont participé à des projets de Nouveaux horizons. La durée moyenne des projets était de 17,5 mois.

Un des objectifs de la création de NH : PA était d'améliorer le ciblage du financement vers les aînés « à risque ». Selon l'évaluation, on a atteint cet objectif; avec l'ancien Programme Nouveaux horizons, 49 p. 100 des projets ciblaient des aînés à risque, tandis qu'avec NH : PA, le chiffre est de 98 p. 100 des projets.

Au cours d'un sondage de personnes ayant demandé des renseignements à la Division, ainsi que de prestataires de fonds et des requérants n'en ayant pas reçus, on a demandé des commentaires au sujet de la prestation du programme de la DVA/S. En général, les participants au sondage et les requérants voyaient d'un bon œil la prestation de ce programme, les clients venant du grand public étant les plus satisfaits. De façon plus précise, parmi ceux qui ont demandé des renseignements :





- ▮ 90 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient reçu les renseignements recherchés;
- ▮ 80 p. 100 ont indiqué que le programme avait répondu à leurs attentes;
- ▮ plus de 80 p. 100 se sont dits satisfaits de la clarté, de la pertinence et de l'utilité des renseignements, de la publication ou des conseils reçus;
- ▮ entre 70 et 77 p. 100 étaient satisfaits de la promptitude du programme, de la compréhension manifestée à l'égard de leur demande et de la capacité de répondre à leur demande;
- ▮ environ 60 p. 100 étaient satisfaits de la volonté du personnel de faire un effort supplémentaire.

De façon globale, les programmes de financement communautaire semblent avoir amélioré la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés. Environ les trois quarts des bénéficiaires éventuels qui ont répondu ont dit que le programme avait eu un impact positif. Ces impacts se sont fait sentir surtout au niveau du bien-être mental.

**Stratégie nationale sur le sida :** La Phase II de la Stratégie nationale sur le sida (SNS-II) a reçu 212 millions de dollars en financement de 1993 à 1998, répartis entre Santé Canada, le Conseil de recherches médicales du Canada et Service correctionnel du Canada. En 1997-1998, Santé Canada a terminé son évaluation de la SNS-II.

De façon globale, l'évaluation a conclu que la SNS-II a eu un certain succès dans l'atteinte de ses objectifs. Elle n'a pas réussi à freiner la propagation du VIH, bien qu'on ait fait des progrès dans les domaines de l'éducation et de la sensibilisation. On a eu le plus grand succès auprès des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes; la SNS-II a eu moins de succès à rejoindre les utilisateurs de drogues injectables et les Autochtones. La baisse globale récente des décès attribuables au sida (une baisse allant de 20 à 30 p. 100 des taux de mortalité au cours de la durée de la Stratégie) a été attribuée en grande mesure à de meilleurs traitements rendus disponibles en partie à cause de la SNS-II. Quarante pour cent des répondants à un sondage de personnes vivant avec le VIH/sida ont indiqué qu'ils reçoivent beaucoup ou suffisamment d'aide; 34 p. 100 ont indiqué qu'ils reçoivent un peu d'aide, 17 p. 100 ont dit qu'ils recevaient « peu » d'aide et 7 p. 100 ont dit ne recevoir à peu près aucune aide.

Selon l'évaluation, les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les groupes communautaires estiment que la Phase II de la Stratégie nationale sur le sida a été rentable en ce qu'elle a prévenu de nouveaux cas de VIH/sida, a stimulé la création de nouveaux programmes auprès des gouvernements provinciaux et municipaux, et a évité le double emploi des efforts entre les divers ordres de gouvernement et les groupes d'intervenants. Toutefois, le nombre de cas de VIH/sida continue à augmenter. De plus, puisque les personnes atteintes du VIH/sida vivent plus longtemps, le nombre de personnes ayant besoin de soins, de traitement et de soutien augmente.

L'évaluation a conclu qu'il faut une participation fédérale continue afin de fournir une coordination nationale, en particulier quant à la création de programmes et d'approches efficaces pour les populations difficiles à rejoindre et à risque. Toutefois, on devra revoir le rôle futur du gouvernement fédéral, en particulier dans les domaines où la première responsabilité revient aux provinces. L'évaluation a cerné le besoin de consulter les autres partenaires dans tous les secteurs, y compris les autres ministères fédéraux afin d'orienter l'élaboration des politiques et la planification à long terme.



## Secteur d'activité — Soutien et renouvellement du système de santé

**Surveillance de l'assurance-santé :** En 1997-1998, Santé Canada a évalué l'efficacité avec laquelle la Direction de l'assurance-santé accomplit son rôle de surveillance et d'évaluation de la conformité des régimes de soins de santé provinciaux aux critères et conditions indiqués dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). L'étude a montré que la Direction de l'assurance-santé avait une procédure visant la surveillance et l'évaluation de la conformité des régimes provinciaux. Étant donné le contexte dans lequel elle fonctionne, la Direction s'est bien acquittée de son mandat.

L'évaluation conclut que la Direction doit souvent se fier aux renseignements fournis par les provinces ou au « manque de preuves » selon lesquelles une question en particulier pourrait indiquer une infraction à la Loi. Il y a des questions — par exemple, les listes d'attente ou la fermeture de lits — qui, sans être des infractions réelles à la Loi, s'attaquent tout de même à ses principes sous-jacents. L'évaluation a conclu que la Direction pourrait être mieux placée pour rassurer les députés et le public canadien que les critères sont en effet respectés, si elle avait à sa disposition une variété plus grande de sources de renseignements.

L'évaluation a trouvé que, dans le contexte de la réforme des soins de la santé, il sera de plus en plus important de définir les « limites » des critères ou le degré de flexibilité des provinces en vertu de la Loi. On devra peut-être changer la méthode actuelle de surveillance afin de refléter l'évolution du système des soins de la santé.

L'évaluation a conclu qu'on devra surveiller la situation relative au système des soins de la santé en général, y compris la portée des questions nouvelles en regard des principes sous-jacents de la *Loi canadienne sur la santé*. La Direction a reconnu ce besoin et, au cours des dernières années, a élargi la portée de sa surveillance.

La Direction de l'assurance-santé a traité ou traite de toutes les questions soulevées par l'évaluation au cours de ses discussions avec les provinces.



## PARTIE IV : RENDEMENT FINANCIER

### APERÇU DU RENDEMENT FINANCIER

Les tableaux financiers récapitulatifs suivants donneront un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 1997-1998 et serviront de base comparative par rapport aux années précédentes. Encore cette année, Santé Canada s'est efforcé d'utiliser ses ressources le plus efficacement qu'il a pu pour faire en sorte que le Canadiens et les Canadiennes en tirent le meilleur parti possible. Dans l'ensemble, en 1997-1998, Santé Canada ne termine pas l'année avec d'importantes ressources non utilisées en ce qui concerne les dépenses consacrées aux subventions et aux contributions ou aux fonds de capital. Toutefois, il y a eu des surplus de ressources de fonctionnement qui sont attribuables aux retards qui se sont produits pendant l'année relativement au démarrage d'initiatives nouvellement financées, telles que le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT) et l'Initiative de lutte contre la violence familiale. Étant donné que les ressources de fonctionnement peuvent être reportées d'une année à l'autre, ces ressources non utilisées seront à la disposition du Ministère en 1998-1999.

### TABLEAU FINANCIER 1

#### Sommaire des crédits approuvés

#### Autorisations pour 1997-1998

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

Crédit	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998	
Santé Canada				
1	Dépenses de fonctionnement	912,5	936,0	900,6
5	Dépenses en capital	11,4	9,3	9,3
10	Subventions et contributions	562,0	674,7	674,0
(L)	Ministre de la Santé – salaires et allocations d'automobile	0,1	0,1	0,1
(L)	Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	48,1	48,1	48,1
(L)	Versements pour les services de santé assurés et services complémentaires	–	10,4	10,4
(L)	Produits de vente de biens de l'État	–	0,3	0,3
<b>Total pour le Ministère</b>		<b>1 534,1</b>	<b>1 678,9</b>	<b>1 642,8</b>

Les autorisations totales sont la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires et des autres autorisations.



## TABLEAU FINANCIER 2

## Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

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

Secteur d'activité	ETP*	Fonctionnement	Immobilisations	Subventions et contributions votées	Total provisoire : Dépenses brutes votées	Subventions et contributions prévues par la loi	Total des dépenses brutes	Moins : Recettes à valoir sur le crédit	Total des dépenses nettes
Gestion des risques en matière de santé ( <i>autorisations totales</i> )	2 647	208,0	6,4	0,1	214,5	–	214,5	49,0	165,5
(Réelles)	2 651	220,4		8,5	228,9		228,9	59,6	182,1
Promotion de la santé de la population ( <i>autorisations totales</i> )	332	46,0	–	90,8	136,8	–	136,8	–	136,8
(Réelles)	437	54,3		120,8	175,1		175,1	183,3	183,3
Santé des Autochtones ( <i>autorisations totales</i> )	1 414	647,1	0,5	414,0	1 061,6	–	1 061,6	11,4	1 050,2
(Réelles)	1 398	571,5		463,0	1 033,8		1 033,8	9,2	1 030,6
Soutien et renouvellement du système de santé ( <i>autorisations totales</i> )	63	4,3	–	–	4,3		4,3	–	4,3
(Réelles)	63	4,2			4,2	10,4	14,4		14,4
Politiques, planification et information en matière de santé ( <i>autorisations totales</i> )	607	50,8	0,4	37,1	88,3	–	88,3	–	88,3
(Réelles)	665	65,2		49,1	114,3		114,3		126,6
Services ministériels ( <i>autorisations totales</i> )	605	66,2	4,1	20,0	90,3	–	90,3	1,3	89,0
(Réelles)	648	90,4	9,3	33,3	133,0		133,0	1,3	141,9
<b>Total</b> ( <i>autorisations totales</i> )	5 668	1 022,4	11,4	562,0	1 595,8		1 595,8	61,7	1 534,1
(Réelles)	5 862	1 006,0	9,3	674,0	1 689,3	10,4	1 749,0	70,1	1 678,9

Nota : Les chiffres en italiques correspondent aux totales dépenses autorisées pour 1997-1998 (budgets des dépenses principal et supplémentaires, et autres autorisations).

Les chiffres en caractères gras correspondent aux dépenses/recettes réelles en 1997-1998.

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

1) Ce montant inclut 11, 7 millions de dollars de frais généraux qui relèvent du budget de la Gestion des risques en matière de santé (Protection de la santé).

\* Équivalent à temps plein (ETP)

## Autres recettes et dépenses

Recettes à valoir sur le Trésor ( <i>autorisations totales</i> )	(0,0)
(Réelles)	(6,3)
Coût des services fournis par d'autres ministères ( <i>autorisations totales</i> )	(51,2)
(Réelles)	(51,2)
Coût net du programme ( <i>autorisations totales</i> )	1 482,9
(Réelles)	1 627,7
	1 585,3



## TABLEAU FINANCIER 3

### Comparaison historique des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

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

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1995-1996	Dépenses réelles 1996-1997	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Gestion des risques en matière de santé (GRM)	237,1	198,7	165,5	182,1	<b>180,3</b>
Promotion de la santé de la population (SPP)	190,7	167,2	136,8	183,3	<b>175,1</b>
Santé des Autochtones (SA)	1 023,7	1 003,4	1 050,2	1 030,6	<b>1 026,8</b>
Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS)	7 244,1	(92,0)	4,3	14,4	<b>14,6</b>
Politiques, planification et information en matière de santé (PPIM)	76,9	103,8	88,3	126,6	<b>114,3</b>
Services ministériels (SM)	109,7	130,7	89,0	141,9	<b>131,7<sup>1</sup></b>
<b>Total</b>	<b>8 882,2</b>	<b>1 511,8</b>	<b>1 534,1</b>	<b>1 678,9</b>	<b>1 642,8</b>

Les dépenses autorisées égalent la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires, et des autres autorisations.

À partir de 1996-1997, les paiements du *Financement des programmes établis* sont rapportés sous une nouvelle autorisation législative sous le portefeuille ministériel des Finances. Le montant rapporté en 1996-1997 représente les récupérations d'abattement de points d'impôt fédéraux dans le cadre d'accords de non-participation.

1) Ce montant inclut 11, 7 millions de dollars de frais généraux qui relèvent du budget de la Gestion des risques en matière de santé (Protection de la santé).



## TABLEAU FINANCIER 4

## Concordance entre l'ancienne et la nouvelle affectation des ressources

Concordance entre l'ancienne et la nouvelle structure (en millions de dollars)

Ancienne structure	Nouvelle structure						Ancienne structure		
	Gestion des risques en matière de santé	Promotion de la santé de la population	Santé des Autochtones	Soutien et renouvellement du système de santé	Politiques, planification et information en matière de santé	Services ministériels	Total (\$\$\$)	ETP*	pourcentage du total
Protection de la santé	123,1	–	6,4	–	13,2	–	136,3	2 028,0	8,9 %
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	12,1	–	–	–	–	–	12,1	202,0	0,9 %
Promotion et programmes de la santé	4,4	136,8	22,0	2,6	26,5	–	192,3	430,0	12,5 %
Services médicaux	2,5	–	1 028,2	–	–	–	1 030,7	1 422,0	67,2 %
Agence d'hygiène et de sécurité au travail	23,4	–	–	–	–	–	23,4	462,0	1,5 %
Politiques et consultation	–	–	–	1,7	32,0	–	33,7	214,0	2,2 %
Services de gestion	–	–	–	–	16,6	89,0	105,6	910,0	6,8 %
<b>Nouvelle structure Total (\$\$\$)</b>	<b>165,5</b>	<b>136,8</b>	<b>1 050,2</b>	<b>4,3</b>	<b>88,3</b>	<b>89,0</b>	<b>1 534,1</b>	<b>–</b>	<b>100,0 %</b>
ETP*	2 647,0	332,0	1 414,0	63,0	607,0	605,0	–	5 668,0	–
Pourcentage du Total	10,8 %	8,9 %	68,5 %	0,3 %	5,7 %	5,8 %	100 %	–	–

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

\* Équivalent à temps plein (ETP)





## TABLEAU FINANCIER 5

54

### Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues, les autorisations totales et les dépenses réelles en 1997-1998, par organisation et secteur d'activité (en millions de dollars)

Organisation	Gestion des risques en matière de santé	Promotion de la santé de la population	Santé des Autochtones	Soutien et renouvellement du système de santé	Politiques, planification et information en matière de santé	Services ministériels	Totaux
Protection de la santé	123,1				13,2		136,3
<i>(autorisations totales)</i>	<i>134,4</i>				<i>14,1</i>		<i>148,5</i>
<b>Réelles</b>	<b>132,4</b>				<b>13,6</b>		<b>146,0</b>
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	12,1						12,1
<i>(autorisations totales)</i>	<i>16,7</i>						<i>16,7</i>
<b>Réelles</b>	<b>15,6</b>						<b>15,6</b>
Promotion et programmes de la santé	4,4	136,8	22,0	4,3	26,5		192,3
<i>(autorisations totales)</i>	<i>4,4</i>	<i>183,3</i>	<i>22,0</i>	<i>14,4</i>	<i>27,4</i>		<i>239,7</i>
<b>Réelles</b>	<b>5,5</b>	<b>175,1</b>	<b>21,4</b>	<b>14,6</b>	<b>24,0</b>		<b>228,8</b>
Services médicaux	2,5		1 028,2				1 030,7
<i>(autorisations totales)</i>	<i>2,5</i>		<i>1 008,6</i>				<i>1 011,1</i>
<b>Réelles</b>	<b>2,4</b>		<b>1 005,4</b>				<b>1 007,8</b>
Agence d'hygiène et de sûreté au travail	23,4						23,4
<i>(autorisations totales)</i>	<i>24,1</i>						<i>24,1</i>
<b>Réelles</b>	<b>24,4</b>						<b>24,4</b>
Politiques et consultation				1,7	32,0		33,7
<i>(autorisations totales)</i>				<i>11,8</i>	<i>66,2</i>		<i>78,0</i>
<b>Réelles</b>				<b>11,8</b>	<b>57,8</b>		<b>69,6</b>
Services de gestion					16,6	89,0	105,6
<i>(autorisations totales)</i>					<i>18,9</i>	<i>141,9</i>	<i>160,8</i>
<b>Réelles</b>					<b>18,9</b>	<b>131,7<sup>1</sup></b>	<b>150,6</b>
<b>Total</b>	165,5	136,8	1 050,2	4,3	88,3	89,0	1 534,1
<i>(autorisations totales)</i>	<i>182,1</i>	<i>183,3</i>	<i>1 030,6</i>	<i>14,4</i>	<i>126,6</i>	<i>141,9</i>	<i>1 678,9</i>
<b>Réelles</b>	<b>180,3</b>	<b>175,1</b>	<b>1 026,8</b>	<b>14,6</b>	<b>114,3</b>	<b>131,7</b>	<b>1 642,8</b>
% du Total	11,0 %	10,6 %	62,5 %	0,9 %	7,0 %	8,0 %	100,0 %

Nota : Les chiffres en italiques correspondent aux autorisations totales pour 1997-1998 (budgets des dépenses principal et supplémentaires, et autres autorisations).

Les chiffres en caractères gras correspondent aux dépenses/recettes réelles en 1997-1998.

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

1) Ce montant inclut 11,7 millions de dollars de frais généraux qui relèvent du budget de la Gestion des risques en matière de santé (Protection de la santé).

## TABLEAU FINANCIER 6

### Recettes à valoir sur le crédit

Recettes à valoir sur le crédit par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité/Secteur de service	Dépenses réelles 1995-1996	Dépenses réelles 1996-1997	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses Autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
<b>Gestion des risques en matière de santé</b>					
Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	0,2	0,9	2,3	2,3	<b>0,7</b>
Règlements sur les produits thérapeutiques	10,6	24,8	35,9	35,9	<b>35,5</b>
Hygiène du milieu	2,7	3,7	4,3	4,3	<b>2,2</b>
Agence des services de santé au travail et d'hygiène du milieu	0,1	1,1	6,2	6,2	<b>2,7</b>
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	–	0,3	0,2	10,8	<b>7,4</b>
Services d'urgence	–	0,1	0,1	0,1	<b>0,1</b>
<b>Santé des Autochtones</b>					
Santé des Indiens et des Inuits	15,0	9,6	11,4	9,2	<b>7,0</b>
<b>Services ministériels</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>
<b>Total des recettes à valoir sur le crédit</b>	<b>29,2</b>	<b>41,5</b>	<b>61,7</b>	<b>70,1</b>	<b>56,9</b>

Les dépenses autorisées égalent la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires, et des autres autorisations.





## TABLEAU FINANCIER 7

### Recettes à valoir sur le Trésor

Recettes à valoir sur le Trésor par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité/Secteur de service	Dépenses réelles 1995-1996	Dépenses réelles 1996-1997	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses Autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
<b>Gestion des risques en matière de santé</b>					
Innocuité, qualité et valeur nutritive	–	–	–	–	0,1
Règlements sur les produits thérapeutiques	3,6	–	–	–	3,0
Hygiène du milieu	–	–	–	–	0,2
<b>Santé des Autochtones</b>					
Santé des Indiens et des Inuits	6,2	7,1	–	–	2,9
<b>Services ministériels</b>	–	–	–	–	0,1
<b>Total provisoire</b>	<b>9,8</b>	<b>7,1</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>6,3</b>
Non prévues					
<b>Total des recettes à valoir sur le crédit</b>					

Les dépenses autorisées égalent la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires, et des autres autorisations.

## TABLEAU FINANCIER 8

### Paiements législatifs

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

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1995-1996	Dépenses réelles 1996-1997	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses Autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Soutien et renouvellement du système de santé	7 240,5	(96,0)	–	10,4	10,4
<b>Total des paiements législatifs</b>	<b>7 240,5</b>	<b>(96,0)</b>	<b>–</b>	<b>10,4</b>	<b>6,3</b>

Les dépenses autorisées égalent la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires, et des autres autorisations.

À partir de 1996-1997, les paiements du *Financement des programmes établis* sont rapportés sous une nouvelle autorisation législative sous le portefeuille ministériel des Finances. Le montant rapporté en 1996-1997 représente les récupérations d'abattement de points d'impôt fédéraux dans le cadre d'accords de non-participation.



## TABLEAU FINANCIER 9

### Paielements de transfert

Paielements de transfert par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1995-1996	Dépenses réelles 1996-1997	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
<b>Subventions</b>					
Gestion des risques en matière de santé	0,1	0,1	0,1	0,1	<b>0,1</b>
Promotion de la santé de la population	13,0	10,4	12,0	10,4	<b>10,4</b>
Santé des Autochtones	2,1	1,5	0,9	0,6	<b>0,6</b>
Politiques, planification et information en matière de santé	1,9	12,9	11,1	23,0	<b>23,0</b>
<b>Total des subventions</b>	<b>17,1</b>	<b>24,9</b>	<b>24,1</b>	<b>34,1</b>	<b>34,1</b>
<b>Contributions</b>					
Gestion des risques en matière de santé	2,1	1,3	–	8,5	<b>8,5</b>
Promotion de la santé de la population	110,3	108,7	78,9	110,4	<b>110,4</b>
Santé des Autochtones	402,3	432,7	413,1	462,5	<b>461,8</b>
Politiques, planification et information en matière de santé	33,2	35,8	25,9	26,0	<b>26,0</b>
Services ministériels	–	36,6	20,0	33,2	<b>33,2</b>
<b>Total des contributions</b>	<b>547,9</b>	<b>615,1</b>	<b>537,9</b>	<b>640,6</b>	<b>639,9</b>
<b>Total des paiements de transfert</b>	<b>565,0</b>	<b>640,0</b>	<b>562,0</b>	<b>674,7</b>	<b>674,0</b>

Ce tableau exclut les crédits législatifs.

Les dépenses autorisées égalent la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires, et des autres autorisations.



## TABLEAU FINANCIER 10

### Dépenses en immobilisations par secteur d'activité

Dépenses en immobilisations par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1995-1996	Dépenses réelles 1996-1997	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Gestion des risques en matière de santé	10,2	4,5	6,4	–	–
Promotion de la santé de la population	1,3	0,1	–	–	–
Santé des Autochtones	12,3	9,4	0,6	–	–
Politiques, planification et information en matière de santé	0,6	1,1	0,4	–	–
Services ministériels	26,5	16,0	4,0	9,3	9,3
<b>Total dépenses en immobilisations</b>	<b>50,9</b>	<b>31,1</b>	<b>11,4</b>	<b>9,3</b>	<b>9,3</b>

Les dépenses autorisées égalent la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires, et des autres autorisations.

## TABLEAU FINANCIER 11

### Projets en immobilisations par secteur d'activité

Projets d'immobilisations par secteur d'activité et par projet (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Coût total estimatif courant	Dépenses réelles 1995-1996	Dépenses réelles 1996-1997	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
<b>Services ministériels</b>						
Laboratoire de microbiologie, Winnipeg (AEP)*	65,8	14,4	6,0	0,0	4,3	4,3
Pelican Narrows (AEP)*	3,5	1,4	1,8	0,0	0,1	0,1

Les dépenses autorisées égalent la somme des montants prévus aux budgets des dépenses principal et supplémentaires, et des autres autorisations.

\* Approbation effective du projet (AEP)



## TABLEAU FINANCIER 12

État des grands projets de l'État

(Ce tableau ne s'applique pas à notre ministère)

## TABLEAU FINANCIER 13

Prêts, investissements et avances

(Ce tableau ne s'applique pas à notre ministère)

## TABLEAU FINANCIER 14

Sommaires financiers concernant le fonds renouvelable

(Ce tableau ne s'applique pas à notre ministère)

## TABLEAU FINANCIER 15

Passif éventuel

(en millions de dollars)

Liste des éléments du passif éventuel	Montant des éléments de passif éventuel		
	le 31 mars 1996	le 31 mars 1997	Courant au le 31 mars 1998
<b>Revendications et causes en instance ou imminentes</b>			
Litiges	–	84,6	208,5
<b>Total</b>	<b>–</b>	<b>84,6</b>	<b>208,5</b>

Les litiges relèvent des catégories suivantes :

- litiges liés à l'emploi;
- dommages physiques et mentaux (y compris les causes relatives au sang);
- perte de revenu;
- violation de contrat;
- discrimination.



## PARTIE V : RAPPORT D'ENSEMBLE

### Stratégie de développement durable

Depuis le dépôt de sa Stratégie à la Chambre des communes en décembre 1997, Santé Canada a réalisé des progrès dans chacun des quatre volets de la stratégie. La présente partie résume les réalisations du Ministère. On trouvera davantage de renseignements dans le rapport ministériel intitulé « Stratégie de développement durable, Rapport sur les progrès réalisés en 1997-1998 ».

**Thème 1 Promouvoir et améliorer la santé de la population :** Quelques points importants marquant les progrès du Ministère :

- ▶ identification du développement durable en tant que priorité selon le Fonds pour la santé de la population;
- ▶ présentation de stratégies et de programmes nationaux afin de promouvoir des modes actifs de transport, comme la marche et la bicyclette;
- ▶ amorçage de la recherche sur la relation entre le développement durable et les facteurs touchant la santé;
- ▶ lancement d'une étude diagnostique des enfants et de l'enfance au Canada;
- ▶ entente visant la contribution de fonds en vue d'une surveillance indépendante de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant au Canada et le renouvellement de programmes tels que le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones;
- ▶ soixante-dix p. 100 de conformité de la part des détaillants par suite du programme national de conformité aux directives contre le tabagisme, créé afin de réduire le tabagisme et ses effets néfastes sur la santé;
- ▶ achèvement des consultations étendues auprès des intervenants en vue de la préparation de la Stratégie sur le plomb.

**Thème 2 Déterminer et réduire les risques pour la santé qui sont attribuables à l'environnement :** Quelques points importants marquant les progrès du Ministère :

- ▶ utilisation du Système canadien de surveillance du cancer de la part de la Direction générale des services médicaux et de la Direction générale de la protection de la santé afin de déceler la maladie au sein des Premières nations et des Inuits, et travail en collaboration utilisant le Système canadien de surveillance périnatale et le Système canadien de surveillance pédiatrique;
- ▶ achèvement d'une analyse économique du cancer du col utérin et poursuite des études sur la morbidité et la mortalité reliées à la grossesse chez les Premières nations et les Inuits, et sur la morbidité foetale par la Direction générale des services médicaux;
- ▶ poursuite des travaux par l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire avec l'Organisation de coopération et de développement économiques sur les stratégies visant la réduction des risques, et avec les membres de l'Accord de libre-échange nord-américain et l'Organisation de coopération et de développement économiques sur l'harmonisation des évaluations des risques, les besoins en information et les lignes directrices sur les pesticides, la préparation d'une stratégie visant l'application de la Politique fédérale de gestion des substances toxiques en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires*, et travaux avec les organisations de producteurs agricoles, les fabricants, les ministères fédéraux, les



provinces et les organisations non gouvernementales afin d'aborder des stratégies volontaires intégrées de lutte antiparasitaire sur le plan national pour huit denrées et secteurs;

- ▶ étude par la Direction générale de la protection de la santé d'un grand nombre de nouveaux produits chimiques et de produits de biotechnologie, et mise en œuvre de stratégies de réduction des risques provenant d'un certain nombre de nouvelles substances visées par la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*;
- ▶ achèvement et renouvellement, avec la participation provinciale, du volet santé du Plan d'action Saint-Laurent Vision 2000;
- ▶ poursuite et amélioration de la surveillance et de l'évaluation des risques de la santé génétique au moyen d'initiatives telles que l'amélioration du Système canadien de surveillance périnatale;
- ▶ poursuite des travaux par la Direction générale de la protection de la santé, en collaboration avec les intervenants, visant la mise sur pied d'un système complet de surveillance des maladies cardiovasculaires.

**Thème 3 Renforcer les partenariats sur la santé, l'environnement et le développement durable :** Voici comment le Ministère a renforcé ses partenariats :

- ▶ poursuite du transfert par la Direction générale des services médicaux de la responsabilité des programmes de santé des Premières nations et des Inuits à ces derniers (présentement, il y a environ cent ententes en place touchant plus de deux cents communautés);
- ▶ négociation de protocoles d'entente entre l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire, Agriculture et Agro-alimentaire Canada, Pêches et Océans Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments en vue d'un échange de renseignements et de conseils;
- ▶ poursuite des travaux par la Direction générale de la protection de la santé auprès de groupes internationaux visant une classification globale harmonisée des produits chimiques et un étiquetage compatible pour les substances toxiques;
- ▶ mise sur pied d'un groupe de travail pour le renouvellement de la Stratégie canadienne sur la biotechnologie et poursuite de l'élaboration du règlement régissant l'évaluation environnementale des produits de la biotechnologie;
- ▶ achèvement d'une entente de reconnaissance mutuelle avec l'Union européenne visant l'homologation des produits thérapeutiques.

**Thème 4 Intégrer le concept de développement durable à la prise de décisions et aux activités du Ministère :**

Le Ministère a :

- ▶ élaboré une proposition visant à établir un Bureau du développement durable;
- ▶ déterminé les rôles et responsabilités, et élaboré des plans d'action afin d'aborder de façon méthodique les questions d'ordre environnemental ayant trait aux installations;
- ▶ examiné le fonctionnement du parc automobile et les activités d'achat;
- ▶ présenté un atelier sur les évaluations environnementales à l'intention des gestionnaires d'établissements;
- ▶ planifié des projets visant la réduction de la consommation d'énergie dans trois établissements;
- ▶ dressé une liste des réservoirs de stockage dans les laboratoires;
- ▶ élaboré des plans visant l'évaluation des réservoirs de combustible et des sites dans les établissements de la Direction générale des services médicaux;



- ▶ vérifié les déchets dans deux établissements;
- ▶ élaboré une ébauche de procédure de rapport d'urgence;
- ▶ vérifié les décharges sanitaires et celles des eaux pluviales dans huit laboratoires;
- ▶ planifié la collecte des renseignements sur les substances menaçant l'ozone.

## Initiatives réglementaires

Santé Canada continue de mettre à jour et de réviser son système de réglementation afin de protéger davantage la santé, la sécurité et l'environnement. Les initiatives du Ministère protègent le bien-être des Canadiens et des Canadiennes en gérant les risques liés aux aliments, au tabac, à l'environnement naturel au milieu de travail et aux produits thérapeutiques, antiparasitaires, industriels et de consommation.

Étant donné que les rapports devront dorénavant être remis à la fin de l'exercice et non à la fin de l'année civile, cette partie sur les initiatives réglementaires couvre la période allant de janvier 1997 à mars 1998. Elle comprend les initiatives législatives et réglementaires signalées dans le Projet de réglementation fédérale de 1997 et dans d'autres publications ministérielles.

Les initiatives réglementaires ne sont qu'une des différentes stratégies utilisées par Santé Canada pour gérer les risques pour la santé. Les autres stratégies de gestion des risques et leurs résultats sont décrites en détails dans le secteur d'activité Gestion des risques en matière de santé. Comme la gestion des risques est une responsabilité fédérale importante, améliorer la responsabilisation dans ce domaine et dans le système de santé en général exige que l'incidence de nos instruments de réglementation soit évaluée. À cette fin, nous avons besoin de mesures du rendement et de systèmes de surveillance améliorés pour comprendre l'efficacité des stratégies de gestion des risques.

Établir des cadres d'évaluation est problématique parce qu'il est difficile d'isoler l'effet d'un règlement de l'effet de l'éducation, de la publicité ou des autres règlements. Mesurer et évaluer les effets d'un cas donné sur la santé et établir un rapport à ce sujet exige un important investissement de temps et de ressources. Par exemple, dans le cas des *Règlements sur l'analyse aux rayons-X*, les effets sur la santé devraient commencer à se faire sentir d'ici un à trois ans et le cadre d'évaluation devrait permettre de faire un rapport sur ces effets bénéfiques sur la santé d'ici trois à cinq ans. Dans le cas des casques de hockey sur glace, une étude après la mise en marché a été menée afin d'assurer la conformité au niveau de la vente au détail. Il y aura, par conséquent, davantage d'utilisateurs de casques approuvés d'année en année. À mesure que les vieux casques seront remplacés, l'incidence des traumatismes crâniens devrait diminuer.

Certaines modifications réglementaires autorisent une nouvelle utilisation, ou une utilisation plus vaste, des additifs alimentaires ou des produits chimiques agricoles. Le résultat escompté de ces règlements est une augmentation du nombre de produits mis à la disposition de l'industrie, des professionnels de la santé et des Canadiens et Canadiennes. Le critère de mesure du rendement est le nombre de produits approuvés. Par exemple, entre juillet 1997 et mars 1998, huit nouveaux produits ont été approuvés en vertu du Règlement sur l'autorisation de mise en marché provisoire. On s'attend à ce qu'il y en ait davantage cette année.

Les annexes suivantes donnent des détails sur les importantes initiatives réglementaires publiées dans la Partie II de la Gazette du Canada et présentent un rapport de situation sur d'autres initiatives réglementaires en cours d'élaboration.



## Initiatives de réglementation publiées dans la Partie II de la Gazette du Canada

Objectif de l'initiative législative ou réglementaire	Résultats escomptés	Critères de mesure du rendement	Issue
<b>Appareils d'analyse aux rayons X</b> 10 décembre 1997	La réglementation prévoira l'utilisation de nouvelles sources de radiation et une diminution des limites, réduisant ainsi le risque potentiel de radio-exposition	Diminution des blessures et des accidents  Taux de conformité à la hausse	Les effets bénéfiques commenceront à se faire sentir un à trois ans après la mise en œuvre
<b>Règlement sur les produits dangereux (produits céramiques émaillés et verrerie)</b> 1 <sup>er</sup> avril 1998	Une diminution des risques liés à l'ingestion de plomb et de cadmium, en particulier pour les enfants et les femmes enceintes	Rapports d'incidents  Surveillance du marché	Les effets bénéfiques commenceront à se faire sentir un an après la mise en œuvre
<b>Règlement sur les produits dangereux (casque de hockey sur glace)</b> 10 décembre 1997	Une meilleure sécurité grâce au nouveau casque qui est conforme à la plus récente norme nationale	Diminution des blessures à la tête et au cou; le nombre de rapports d'accidents et d'incidents, et l'augmentation des taux de conformité du marché	Une étude de marché a été menée et l'analyse des résultats est en cours  Les effets bénéfiques commenceront à se faire sentir un an après la mise en œuvre
<b>Règlement sur le prix à payer pour les licences d'établissement</b> 7 janvier 1998	Une perception estimée à 6 000 000 \$ par année pour aider à s'assurer que les Canadiens et les Canadiennes ont accès à des médicaments sûrs, efficaces et de haute qualité	À élaborer	Le Règlement était en vigueur pendant trois mois en 1997-1998.  Un plan est en place pour étudier l'issue de l'initiative et ajuster les frais
<b>Règlement sur l'usage industriel du chanvre</b> 12 mars 1998	Ce règlement autorise la culture du chanvre sans compromettre la santé et la sécurité des Canadiens et des Canadiennes  Aucun détournement du chanvre vers le marché clandestin	Augmentation du nombre de licences délivrées pour la culture du chanvre et de la production par les agriculteurs canadiens.  Nombre de mesures de conformité ou d'exécution de la loi	Nombre de licences et quantité de chanvre cultivée au Canada sans preuve de détournement vers le marché clandestin — rapport en 2000-2001





## Initiatives de réglementation publiées dans la Partie II de la Gazette du Canada

Objectif de l'initiative législative ou réglementaire	Résultats escomptés	Critères de mesure du rendement	Issue
<b>Règlement sur les frais des produits antiparasitaires</b> 8 avril 1997.	Mise en œuvre des recommandations des intervenants comme convenu par le Cabinet en 1995; 44 p. 100 du coût du programme doit être généré par le recouvrement des coûts	Revenu réel généré	Un manque à gagner a entraîné un report de ressources et un délai dans la dotation en personnel, ce qui a retardé la mise en œuvre de certaines recommandations, p. ex., réévaluation, élimination de l'arriéré. Des options en vue de régler ce problème sont examinées dans le cadre d'une évaluation indépendante
<b>Cadre de réglementation pour les instruments médicaux Annexe 1101</b> 27 mai 1998 en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 1998	Un règlement moderne qui veille à ce que les instruments médicaux distribués au Canada soient à la fois sécuritaires et efficaces	Le niveau de vérification d'un instrument dépendra du risque qu'il présente	Les instruments conformes à l'ancien règlement doivent satisfaire aux nouvelles exigences d'ici le 1 <sup>er</sup> février 1999  Les exigences d'octroi de licence aux établissements entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 1999  Les exigences en matière de systèmes de contrôle de la qualité entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 2001



## Initiatives de réglementation publiées dans la Partie II de la Gazette du Canada

Objectif de l'initiative législative ou réglementaire	Résultats escomptés	Critères de mesure du rendement	Issue
<p><b>L'autorisation de mise en marché provisoire (AMMP) Partie B, Règlement sur les aliments et drogues 23 juillet 1997</b></p>	<p>Permettre la vente, dans des conditions précises, de produits qui ne sont pas conformes au règlement actuel mais qui ne posent aucun risque pour la santé ou la sécurité de la population ou aucun risque d'ordre nutritionnel. L'AMMP comble le délai entre l'achèvement de l'évaluation scientifique et la promulgation des modifications au Règlement pour permettre la vente de produits alimentaires. L'AMMP profite tant aux consommateurs qu'à l'industrie en permettant la disponibilité d'une plus grande variété d'aliments avec des ingrédients et des méthodes de traitement améliorés</p>	<p>Le nombre de demandes reçues et le nombre d'autorisations accordées</p>	<p>Huit (8) AMMP accordées dans les huit mois pendant lesquels le Règlement était en vigueur en 1997-1998. On s'attend à ce que ce nombre augmente dans l'avenir à mesure que l'industrie tirera profit de cette disposition</p>
<p><b>Composition et normes des produits de cacao – Titre 4, Partie B, Règlement sur les aliments et drogues 11 juin 1997</b></p>	<p>Nouvelles normes pour les produits de cacao et de chocolat afin d'assurer la conformité aux pratiques canadiennes et internationales actuelles</p>	<p>En cours d'élaboration</p>	<p>Règlement habilitant — assure la conformité aux pratiques internationales actuelles</p>



## Rapport de situation sur les initiatives législatives et réglementaires

Partie classée 1/Publiée dans la Gazette du Canada	Date de classement
Équipement de radiographie diagnostique	8 novembre 1997
Règlement sur les produits dangereux (revêtements liquides)	14 juin 1997
Règlement sur le prix à payer à l'égard des instruments médicaux	13 juin 1998
Règlement sur les aliments et drogues - Révocation du Titre 10, Partie C	16 mai 1998
Règlement sur les produits antiparasitaires -Exemption des désinfectants	6 décembre 1997
Enrichissement de la farine et des pâtes avec de l'acide folique	29 novembre 1997

À l'étude au Parlement	État d'avancement
<i>Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable</i>	Projet de loi C-14 en deuxième lecture
Règlement sur le tabac <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accès</li> <li>▶ Saisie et rétablissement</li> <li>▶ Déclaration</li> <li>▶ Étiquetage</li> </ul>	Approuvé par le Comité spécial du Conseil pour dépôt au Parlement

Politiques en cours d'élaboration	État d'avancement
Modifications de la <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i>	Projet de loi préparé
Règlement sur les produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs	
Règlement sur les cosmétiques	
Règlement sur l'eau embouteillée – modification	
Règlement sur les bonnes pratiques de fabrication (BPF) pour les aliments	
Révision du Titre 16, Partie B, Règlement sur les aliments et drogues	
Étiquetage nutritionnel et allégations concernant la valeur nutritive	



## PARTIE VI : AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

### Personnes-ressources pour renseignements supplémentaires et adresses Internet

#### Renseignements généraux

Écrivez-nous à :  
Santé Canada  
0913A, 13<sup>e</sup> étage  
Édifce Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9  
CANADA

Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/>  
Courrier électr. : [ministre@www.hc-sc.gc.ca](mailto:ministre@www.hc-sc.gc.ca)  
Télec. : Renseignements généraux  
(613) 941-5366  
Téléphone : Administration centrale  
(613) 957-2991

---

#### Bureaux régionaux

##### Halifax

Édifce Ralston, bureau 702  
1557, rue Hollis  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
B3J 3V4  
Tél. : (902) 426-2038  
Télec. : (902) 426-3768

##### Winnipeg

391, av. York, bureau 425  
Winnipeg (Manitoba)  
R3C 0P4  
Tél. : (204) 983-2508  
Télec. : (204) 983-3972

##### Montréal

Complexe Guy-Favreau, bureau 218  
Tour Est  
200, boul. René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec)  
H2Z 1X4  
Tél. : (514) 283-2306  
Télec. : (514) 283-6739

##### Edmonton

Place du Canada, bureau 710  
9700, av. Jasper  
Edmonton (Alberta)  
T5J 4C3  
Tél. : (403) 495-2651  
Télec. : (403) 495-3285

##### Toronto

25, av. St. Clair Est, 4<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario)  
M4T 1M2  
Tél. : (416) 973-4389  
Télec. : (416) 973-1423

##### Vancouver

Édifce Winch, bureau 405  
757, rue West Hastings  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
V6C 1A1  
Tél. : (604) 666-2083  
Télec. : (604) 666-2258



## Lois et règlements en vigueur

1. *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, L.R.C. (1985), ch.16 (4<sup>e</sup> suppl.)
2. *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6
3. *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. (1996), ch. C-19
4. *Loi sur la condition physique et le sport amateur*, L.R.C. (1985), ch. F-25
5. *Loi sur la gestion des finances publiques*, L.R.C. (1985), ch. F-11
  - ▶ Décret autorisant le Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à prescrire des droits, TR/88-98
  - ▶ Règlement sur les droits des services de dosimétrie, DORS/90-109, DORS/94-279
  - ▶ Règlement sur le prix à payer pour vendre une drogue, DORS/95-31
  - ▶ Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues, DORS/95-424
  - ▶ Règlement sur le prix à payer à l'égard des instruments médicaux, DORS/95-585
  - ▶ Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues vétérinaires, DORS/96-143
  - ▶ Règlement fixant les prix à payer pour la prestation du service d'évaluation des demandes relatives aux produits antiparasitaires, DORS/97-173
  - ▶ Règlement sur les prix à payer pour les licences d'établissement, DORS/98-4
  - ▶ Règlement sur le prix à payer pour les licences de distributeurs autorisés de drogues contrôlées et stupéfiants, DORS/98-5



6. *Loi sur la quarantaine*, L.R.C. (1985), ch. Q-1
7. *Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies*, L.R.C. (1985), ch. 49 (4<sup>e</sup> suppl.)
8. *Loi sur le Conseil de recherches médicales*, L.R.C. (1985), ch. M-4
9. *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, L.R.C. (1985), ch. H-2.7
10. *Loi sur le Fonds de recherche de la Reine Elizabeth II*, L.R.C. 1970, ch. Q-1
11. *Loi sur le tabac* L.R.C. (1985), ch. T-11.5
12. *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. (1985), ch. F-27
13. *Loi sur les brevets*, L.R.C. (1985), ch. P-4
14. *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, L.R.C. (1985), ch. R-1
15. *Loi sur les produits antiparasitaires*, L.R.C. (1985), ch. P-9
16. *Loi sur les produits dangereux*, L.R.C. (1985), ch. H-3 modifié
17. *Loi sur l'indemnisation des dommages causés par les pesticides*, L.R.C. (1985), ch. P-10
18. Règlement mis en œuvre sous la *Loi du Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social* abolie et remplacée par :  
*Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6
  - ▶ Règlement sur l'eau potable (transport en commun), C.R.C. 1978, ch. 1105
19. Règlement mis en œuvre sous la *Loi du Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social* abolie et remplacée par :  
*Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6
  - ▶ Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes, DORS/94-558



## ANNEXE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LA GESTION DES RISQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ

### 1.1 : INNOCUITÉ, QUALITÉ ET VALEUR NUTRITIVE DES ALIMENTS (IQVNA)

#### Objectif

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

#### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	45,9	34,7	33,5
Recettes	(2,3)	(2,3)	(0,7)
Dépenses nettes	43,6	32,4	32,8*

\* Cela représente 2,0 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

#### Description

Santé Canada

- ▀ cerne les menaces graves que posent certains aliments pour la santé et leurs effets bénéfiques;
- ▀ établit des politiques en matière d'innocuité des aliments et de nutrition qui répondent aux besoins des Canadiens et des Canadiennes;
- ▀ participe aux discussions nationales et internationales sur l'harmonisation;
- ▀ réglemente les nouveaux aliments et additifs alimentaires;
- ▀ fournit des conseils et agit à titre de chef de file dans le domaine de l'innocuité des aliments.

Il effectue des travaux dans les domaines des additifs alimentaires, des contaminants chimiques et microbiologiques, des éléments nutritifs, des aliments non traditionnels (c.-à-d. les aliments produits par la bioingénierie), des constituants et des procédés alimentaires, et des médicaments à usage vétérinaire.



### **1.1.1 Priorité Continuer à détecter et à gérer les risques pour la santé liés à l'approvisionnement alimentaire**

#### **Réalisations**

Les intoxications alimentaires, souvent appelées empoisonnements alimentaires, se produisent quand une personne souffre d'une intoxication à la suite de l'ingestion d'aliments contaminés par des produits chimiques ou des microbes. En ce qui concerne les microbes, bon nombre de ces intoxications découlent d'une manipulation et d'une préparation impropres. Afin d'élaborer et de mettre en œuvre une campagne d'éducation complète en matière d'innocuité, le partenariat canadien pour l'éducation des consommateurs en matière d'innocuité des aliments a été constitué en décembre 1997, au cours d'une rencontre entre des organismes de l'industrie, des consommateurs et le gouvernement, y compris les représentants du Programme des aliments.

Le Programme des aliments a aussi élaboré de nouvelles méthodes analytiques pour aider à détecter les risques. Par exemple, les méthodes pour la détection des allergènes dans les aliments, comme les arachides ou les protéines de l'œuf ont servi à enquêter sur les plaintes des consommateurs. La technologie a été transférée à l'Agence canadienne d'inspection des aliments, laquelle a à son tour identifié d'autres aliments « contaminés » et les a retirés des étagères des commerçants. De plus, une nouvelle méthode qui permet de détecter un parasite, le Cyclospora, en deux minutes seulement, augmentera largement le nombre d'échantillons qui peuvent être analysés au cours d'une enquête.

### **1.1.2 Priorité Continuer l'examen avant la mise en marché des présentations d'aliments ou de médicaments à usage vétérinaire**

#### **Réalisations**

Santé Canada contrôle la qualité et l'innocuité des aliments en établissant des normes et en veillant à ce qu'elles soient maintenues. À cette fin, le Ministère s'est livré à 176 évaluations avant la mise en marché d'additifs alimentaires dans les aliments. On dénombre aussi :

- 2 742 présentations volontaires concernant le conditionnement des aliments et les additifs;
- 12 000 activités dans tous les domaines concernant les substances chimiques dans les aliments;
- 300 présentations avant la mise en marché de préparations pour nourrissons;
- 425 nouvelles évaluations de médicaments à usage vétérinaire;
- 130 examens de médicaments déjà approuvés;
- 134 demandes d'identification numérique pour des médicaments à usage vétérinaire qui ne sont pas nouveaux;
- 76 examens obligatoires de demandes pour des certificats d'études expérimentales;
- 1 277 demandes de médicaments d'urgence.





### **1.1.3 Priorité      Élaborer un cadre stratégique pour le Programme des aliments**

#### **Réalisations**

Le Programme des aliments a parachevé son cadre stratégique pendant l'exercice 1997-1998 et l'a distribué à tout le personnel. Le cadre présente clairement l'objectif du Programme des aliments, qui est essentiellement de protéger et d'améliorer la santé du public canadien en gérant les risques et en faisant la promotion des avantages liés à l'approvisionnement alimentaire. Pour ce faire, il faut recourir à une politique de la santé publique axée sur l'innocuité des aliments, leur qualité nutritive et leur consommation. Plusieurs activités essentielles sont menées à cet égard : élaboration de politiques, établissement de normes, évaluation des risques et avantages, recherche, surveillance, études avant la mise en marché et évaluation des activités relatives à l'innocuité des aliments menées par l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

### **1.1.4 Priorité      Élaborer un cadre de politiques pour le Programme des aliments**

#### **Réalisations**

Un groupe de travail composé d'intervenants de l'industrie, de groupes de consommateurs et d'associations non gouvernementales ainsi que d'autres ministères fédéraux et provinciaux a été créé pour rédiger le cadre. L'expression « cadre de politiques » désigne l'ensemble des procédures que le Programme des aliments devrait suivre pour effectuer une refonte majeure des politiques ou des règlements, de l'identification des problèmes à la consultation en passant par l'analyse, etc., jusqu'à la prise de décisions, la mise en œuvre de la politique et son évaluation ultérieure. Cinq principes-clés ont été proposés pour l'élaboration de politiques : a) les activités du Programme des aliments contribuent à la protection ou à l'amélioration de la santé; b) la prise de décisions est fondée sur des preuves scientifiques; c) l'incidence socio-économique, commerciale et environnementale sera prise en considération une fois établies les incidences sur la santé et sur la sécurité; d) le processus d'élaboration de politiques est bien défini et transparent; et e) la consultation est essentielle tout au long processus.

### **1.1.5 Priorité      Vérifier l'Agence canadienne d'inspection des aliments**

#### **Réalisations**

Le Programme de vérification de l'innocuité des aliments (PVIA) a été créé pour informer et conseiller le Ministre de la Santé sur l'efficacité des programmes et activités de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) visant à garantir l'innocuité de l'approvisionnement en aliments. En 1997-1998, sa première année officielle de fonctionnement, le PVIA a commencé une évaluation du Système d'intervention d'urgence de l'ACIA. Un plan quinquennal de vérification continue des activités de contrôle de l'innocuité des aliments est également en cours d'élaboration.



## 1.2 : RÉGLEMENTATION DES PRODUITS THÉRAPEUTIQUES (RPT)

### Objectif

Assurer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments, des matériels médicaux et des autres produits thérapeutiques vendus aux Canadiens et aux Canadiennes. Santé Canada agit également à titre de législateur et fournit un soutien aux activités d'application de la loi dans le contrôle des drogues illicites.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	49,0	53,2	52,0
Recettes	(35,9)	(35,9)	(35,5)
Dépenses nettes	13,1	17,3	16,5*

\* Cela représente 1,0 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Santé Canada veille à l'homologation des médicaments, des matériels médicaux et d'autres produits thérapeutiques destinés aux essais cliniques et à un usage général. Il régit les établissements qui fabriquent, importent, distribuent, conditionnent ou mettent à l'essai ces produits. Il surveille l'usage de ces produits, fait enquête sur les problèmes signalés et, le cas échéant, prend les mesures correctives. Il soutient les organismes qui contribuent à appliquer la loi contre l'usage de drogues illicites en agissant à titre de législateur et en fournissant des services d'analyse. Enfin, il établit un cadre réglementaire canadien pour les produits thérapeutiques et travaille à l'harmonisation des normes et activités canadiennes et internationales.

#### 1.2.1 Priorité      Renforcer l'élaboration de politiques et de programmes

##### Réalisations

Le Cadre d'élaboration de politiques a été créé pour garantir que toutes les activités réglementaires entreprises par le Programme des produits thérapeutiques (PPT) reposent sur des politiques solides et des consultations soutenues avec les intervenants. C'est ainsi que l'on en est venu, dans ce cas comme dans bien d'autres, à créer un comité composé d'experts externes et chargé de conseiller le PPT. Citons également :



- ▮ six comités consultatifs d'experts : réglementation du sang; thérapies contre le VIH; nouvelles substances actives; réglementation des médicaments en vente libre; pharmacovigilance; produits de santé naturels;
- ▮ deux groupes de travail composés d'experts : normes pour le sang; sûreté des tissus et des organes utilisés dans la transplantation;
- ▮ deux groupes consultatifs : aliments fonctionnels et nutraceutiques; produits de santé naturels.

Un nouveau régime d'octroi de licence pour les établissements de fabrication, de distribution, de vente en gros et de vérification des produits thérapeutiques a été mis en œuvre. Il intègre les bonnes pratiques de fabrication ainsi que les activités d'inspection des lieux et d'analyse. Le Règlement sur l'agrément des établissements a été adopté et mis en œuvre en janvier 1998, notamment la perception de frais pour financer cette activité.

Le nouveau Cadre d'homologation des médicaments qui prévoit une approche intégrée de gestion des risques pour la réglementation de toutes les catégories de produits pharmaceutiques a été élaboré après de longues consultations auprès des intervenants.

Après une vaste consultation du public, un cadre a été créé pour le Programme d'accès spécial afin de simplifier l'administration de l'accès légal aux médicaments dont l'utilisation n'est pas encore approuvée ou qui ne sont pas encore disponibles au Canada.

La révision du cadre de réglementation des produits de santé naturels a été lancée. L'approche réglementaire canadienne en matière de nutraceutiques et d'aliments fonctionnels a été examinée et une nouvelle politique est en cours d'élaboration.

De longues consultations menées auprès des intervenants sur le cadre de réglementation de l'examen des essais cliniques ont conduit à des changements dans la politique et l'administration, en attendant la modification des règlements.

Un cadre de réglementation des tissus et des organes destinés aux transplantations est en cours d'élaboration à la suite d'une consultation du public, ainsi qu'un cadre de réglementation des banques de sang des hôpitaux.

### **1.2.2 Priorité Améliorer les normes de service**

#### **Réalisations**

Le Programme des produits thérapeutiques est engagé dans la voie de la gestion de la qualité car on estime que cette initiative se traduira par un service de qualité. La grande équipe de gestion du PPT (constituée de quelque 80 gestionnaires) a évalué l'organisation en fonction d'un cadre de gestion de la qualité et déterminé des domaines prioritaires dont il faut s'occuper. Un coordonnateur à plein temps a été nommé et une stratégie de mise en œuvre a été ébauchée. Plus de 500 employés ont ainsi pu être formés sur les façons d'améliorer la prestation des services à la clientèle. Cette initiative de qualité a été confiée au Bureau de la planification stratégique et des communications afin de garantir un engagement constant dans le cadre de notre planification stratégique et tactique.



Le Bureau des matériels médicaux a éliminé son arriéré de présentations et a atteint ses cibles de rendement.

Un nouveau système de mesure a été créé pour le processus d'examen des présentations de drogues. Dans l'ensemble, on a assisté à une réduction des délais pour l'examen des présentations.

Par exemple :

- ▶ une diminution de plus de 50 p. 100 du temps consacré à l'examen pour les nouvelles substances actives;
- ▶ un nombre accru d'approbations de demandes présentées pour la première fois;
- ▶ un délai global plus court pour tous les examens de produits;
- ▶ l'élimination ou la réduction importante des arriérés dans tous les domaines d'examen de médicaments;
- ▶ le personnel a été formé pour améliorer les normes de service globales.

### **1.2.3 Priorité      Mettre en œuvre des ententes de reconnaissance mutuelle**

#### **Réalisations**

Le Canada s'est engagé à mettre en œuvre une entente conclue avec l'Union européenne sur la reconnaissance mutuelle de l'agrément des établissements qui couvre six secteurs réglementés. L'entente a été signée au cours du Sommet Canada-Union européenne tenu à Londres en mai 1998 et le PPT est chargé de la négociation et de la mise en œuvre des Bonnes pratiques de fabrication des médicaments et de l'Homologation des matériels médicaux. La négociation d'ententes de ce genre avec la Norvège, le Liechtenstein, l'Islande et la Suisse est déjà bien avancée et se poursuit avec l'Australie, le Japon et les États-Unis.

### **1.2.4 Priorité      Mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la surveillance après un mot la mise en marché**

#### **Réalisations**

Le Programme des produits thérapeutiques s'attache actuellement à mettre en place un nouveau cadre d'intervention après la mise en marché afin de surveiller les risques et avantages des médicaments commercialisés. Le plan de mise en œuvre comprend entre autres une réévaluation et une nouvelle homologation de tous les produits pharmaceutiques.



## 1.3 : HYGIÈNE DU MILIEU (HM)

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	39,9	46,3	44,8
Recettes prévues	(4,3)	(4,3)	(2,2)
Dépenses nettes	35,6	42,0	42,6*

\* Cela représente 2,6 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Santé Canada entretient une infrastructure de protection de l'hygiène du milieu qui comprend l'élaboration et l'administration de cadres réglementaires visant les environnements naturels et les milieux de vie et de travail. Santé Canada surveille l'observation des cadres et s'adonne à des activités de surveillance pour détecter, évaluer et gérer les risques pour la santé associés à des environnements naturels et technologiques, et à l'utilisation de produits de consommation. Santé Canada fournit des conseils sur des facteurs environnementaux qui ont une influence sur la santé et la sécurité afin de permettre aux Canadiens et aux Canadiennes d'interagir en toute sécurité dans leurs milieux de travail et de vie. Il établit aussi des procédures en vue de pouvoir réagir efficacement en situation dangereuse.

#### 1.3.1 Priorité **Aider à assurer que l'eau canadienne est potable et sûre pour les loisirs**

##### Réalisations

En octobre 1997, Santé Canada a déposé la *Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable* (projet de loi C-14) devant la Chambre des communes. Le projet de loi (actuellement en seconde lecture devant la Chambre) donnera à Santé Canada le pouvoir d'établir des exigences d'agrément pour tous les matériaux qui entrent en contact avec l'eau potable, depuis sa collecte jusqu'à sa distribution au consommateur. Les matériaux seront agréés selon les normes sanitaires prescrites par des organismes tiers agréés.



Santé Canada participe à l'élaboration des normes internationales de la *National Sanitation Foundation* (NSF) visant les matériaux liés à l'eau potable. Ces normes sanitaires qui font l'unanimité serviront à la mise en œuvre de la *Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable*.

Santé Canada, par l'intermédiaire du Sous-comité fédéral-provincial sur l'eau potable, a fourni des renseignements et recueilli les commentaires du public à propos de quatre contaminants présents dans l'eau potable : aluminium, bromate, microcystine-LR et protozoaires. Les renseignements provenant de cette consultation serviront au Sous-comité pour établir des lignes directrices sur l'eau potable en ce qui concerne ces contaminants. Le Sous-comité et son comité associé, le Comité de l'hygiène du milieu et du travail (CHMT), ont confirmé des lignes directrices en matière de fluor, d'antimoine et de formaldéhyde. De plus, les travaux ont progressé en ce qui concerne les lignes directrices sur l'uranium, les désinfectants nouveaux et la désinfection par l'utilisation de sous-produits du chlore (trihalométhane, acides haloacétiques, chlorate, chlorite et dioxyde de chlore).

Les chercheurs de Santé Canada :

- ▶ ont examiné l'eau potable pour chercher les micro-organismes nuisibles et les infections potentielles qu'ils peuvent causer;
- ▶ ont amélioré la méthode de surveillance rapide de la sécurité des plages;
- ▶ ont participé à des groupes de travail internationaux pour élaborer des protocoles en vue de mettre à l'essai des dispositifs de traitement de l'eau potable et de préparer des directives sur la qualité de l'eau utilisées à des fins récréatives.

On a mis à jour le site Web de Santé Canada afin d'inclure un sommaire des normes actuelles régissant l'eau potable et la documentation afférente, un résumé des activités du Sous-comité fédéral-provincial sur l'eau potable, une liste des publications sur l'eau potable et des liens vers d'autres sites sur le thème de l'eau.

### **1.3.2 Priorité Évaluer et gérer les risques environnementaux pour la santé**

#### **Réalisations**

Le nouveau Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire, qui sert à coordonner l'intervention en cas d'accident nucléaire important au Canada, a été achevé et distribué aux quinze partenaires fédéraux, aux cinq provinces participantes et aux organismes américains d'intervention en cas d'urgence nucléaire. Le Plan doit être mis à l'essai à grande échelle en avril 1999.

Santé Canada joue un rôle essentiel dans la participation du Canada au Traité d'interdiction totale des essais nucléaires, qui proscrit toutes les formes de tests d'armes nucléaires. Le Ministère exploitera quatre sites nationaux du réseau mondial pour la détection des essais.



Le Bureau de la radioprotection, en collaboration avec les provinces et les territoires, a mené une enquête statistique sur 60 p. 100 des installations de mammographie au Canada. Les représentants des gouvernements provinciaux, d'associations professionnelles, de groupes de revendication et de l'industrie ont fait des recommandations en vue d'améliorer la qualité des mammographies au Canada.

La Stratégie de réduction des quantités de plomb dans les produits pour enfants et autres produits de consommation a été lancée pour remédier à des incidents liés à l'exposition au plomb chez les Canadiens et les Canadiennes dans des produits de consommation et répondre aux profondes préoccupations du public.

### **1.3.3 Priorité Évaluer la mise en œuvre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac**

#### **Réalisations**

- ▶ La *Loi sur le tabac* est entrée en vigueur en avril 1997 et porte des restrictions supplémentaires à l'accès des jeunes au tabac, tout en limitant de manière importante la liberté des fabricants de produits du tabac de faire de la publicité, ainsi que leur capacité de promouvoir leurs produits grâce au parrainage.
- ▶ Le Règlement sur le tabac (l'accès, l'étiquetage et la déclaration ainsi que la saisie et la remise) a été introduit en mars 1997. Plusieurs études ont été menées à l'appui de la loi et portent sur des sujets allant de l'observation des règlements sur le tabac par les détaillants à l'efficacité des avertissements contre le tabac pour la pipe et les cigares.
- ▶ Deux rapports ont été terminés en octobre 1997 : Évaluation du programme d'application des lois fédérales antitabac et Vérification des accords de contribution du programme de mise en œuvre des lois fédérales antitabac.

Les initiatives de recherche suivantes ont aussi été menées et terminées en 1997-1998 :

- ▶ Compilation des méthodes de tests en vue de leur incorporation au Règlement;
- ▶ Rapport d'évaluation de la toxicité et de la cancérogénicité sur le rendement de certains composants choisis de cigarettes de marques connues ou nouvelles;
- ▶ Évaluation de l'effet du parrainage par l'industrie sur l'attitude des consommateurs, vague 3.



## 1.4 : PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA MALADIE (PTM)

### Objectif

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

### Information financière

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses nettes	35,2	37,4	37,2*

\* Cela représente 2,3 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Le secteur d'activité Prévention et traitement de la maladie (PTM) étudie la structure de la santé et des maladies, exploite de grands laboratoires de microbiologie et surveille l'incidence et la mortalité imputables aux grandes maladies non transmissibles (comme les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète) et la propagation de maladies transmissibles comme le sida et la tuberculose. Les provinces fournissent les renseignements essentiels, mais seul la PTM peut analyser des données et fournir la preuve du fonctionnement des stratégies nationales de contrôle des maladies. Il a aussi pour objectif de repérer les urgences épidémiologiques, de surveiller les tendances, de détecter l'apparition ou la réapparition de maladies et de fournir des preuves pour la planification et l'évaluation des programmes.

#### 1.4.1 Priorité Améliorer les enquêtes nationales sur les diagnostics et les épidémies

##### Réalisations

Santé Canada a mis au point et amélioré des services de laboratoire ainsi que des programmes de surveillance et d'enquête sur les épidémies afin de diagnostiquer et de contrôler les bactéries et les virus à haut risque comme la tuberculose, l'hantavirus et les agents pathogènes à diffusion hématogène. De la même façon, les maladies nouvelles comme les infections intestinales et les zoonoses (transmises de l'animal à l'être humain) ainsi que le syndrome de Creutzfeldt-Jakob (maladie de la vache folle) ont fait l'objet d'enquêtes plus poussées. La PTM est intervenue rapidement à l'apparition de nouveaux types de bactéries résistant aux antibiotiques.

- Le projet du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (qui se répandent dans les hôpitaux) sur le *Staphylococcus aureus* a été élargi et des laboratoires fédéraux et hospitaliers en étudient les caractéristiques de ce microbe.
- On a insisté sur les rapports en bloc pour améliorer davantage la compréhension de la quantité et de la qualité des épidémies d'entérocoque, bactérie résistant à l'antibiotique vancomycine, dans les hôpitaux canadiens.





Le Laboratoire de lutte contre la maladie et ses partenaires ont mené une enquête sur l'une des plus grandes épidémies de *Salmonella* dans l'histoire du Canada. Le Programme des aliments a fourni des conseils pendant l'enquête afin d'aider à déterminer la source des contaminants et le potentiel d'incrimination d'autres produits. L'épidémie était liée à un produit préemballé pour les déjeuners des enfants.

Une étude pancanadienne portant sur les mauvais traitements infligés aux enfants et la négligence dont ils sont victimes a été lancée. Pour la première fois, on recueillera des renseignements à l'échelon national sur l'incidence de ce grand problème de santé de l'enfant. L'enquête est entreprise par Santé Canada en collaboration avec les provinces et territoires, des organismes autochtones de protection de l'enfance et des organisations non gouvernementales.

Un Groupe de travail national sur la lutte contre l'asthme a été créé pour fixer des objectifs nationaux de contrôle de la maladie. Santé Canada a commencé à mettre en œuvre son plan stratégique pour réduire la morbidité et la mortalité causées par l'asthme au Canada.

Dans le cadre d'un examen continu de la relation entre le cancer et le régime alimentaire, la condition physique et le style de vie, des études d'évaluation du risque lié au comportement ont été faites sur la vitamine A, la consommation d'alcool, le cancer de la prostate et le cancer du sein.

Des enquêtes sur les poussées du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ont été menées à Sydney et au pénitencier fédéral de Springhill, tous deux en Nouvelle-Écosse. Une enquête a été entamée à Prince Albert, en Saskatchewan.

#### **1.4.2 Priorité      Élargir la base de renseignements sur la santé publique**

##### **Réalisations**

- ▶ Le secteur des services et ses partenaires ont collaboré avec des chercheurs externes pour déterminer la fréquence des infections par le virus de l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues injectables à Montréal. Il a aussi appuyé le groupe de travail de consultants externes qui ont produit le rapport « *Les cas d'hépatite C imputables à une transfusion au Canada : de 1996 jusqu'au milieu des années 1990* ».
- ▶ Le secteur des services est en train de mettre sur pied un système national de surveillance des facteurs de risque, en collaboration avec les provinces. Le système fournira des renseignements précieux en permanence sur les facteurs de risque pour la santé en vue de la prévention et du traitement des maladies importantes dans toutes les provinces et les territoires du Canada.
- ▶ On continue de consolider les renseignements dont on dispose sur les facteurs de risque associés au cancer, les tendances de l'incidence de la maladie et de la mortalité, les effets prévus du cancer et le fardeau économique de la maladie.
- ▶ Des renseignements sur des sujets touchant le cancer, les activités de surveillance et les statistiques sont diffusés dans le monde entier par le site Web du Bureau du cancer ([www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc)) qui accueille en moyenne 225 000 visiteurs par mois. Une application de correspondance des données sur le cancer disponibles sur Internet est en cours d'élaboration pour permettre aux usagers d'accéder à



des données sur l'incidence du cancer de façon interactive tout en leur permettant de consulter des données particulières sous forme de tableaux, de graphiques, de figures ou de cartes.

- ▶ Des Guides des pratiques cliniques pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein ont été produits en tant que document canadien de concertation par l'Initiative canadienne sur le cancer du sein et publiés à titre de supplément dans le Journal de l'Association médicale canadienne en 1998.
- ▶ Le secteur des services a fourni un appui financier et technique à des études épidémiologiques ciblées sur le VIH au Canada, en particulier parmi les consommateurs de drogues injectables. Les résultats de ces études ont donné lieu à un changement de politique et à des efforts de prévention en faveur de cette population vulnérable.
- ▶ La Conférence nationale de concertation sur la tuberculose a été tenue du 3 au 5 décembre 1997. Les actes finaux de la conférence ont été publiés; ils comprennent des recommandations en vue d'une stratégie nationale pour éliminer la tuberculose au Canada (juin 1998).
- ▶ Le Rapport sur l'immunisation au Canada en 1997 a été publié et le site Web sur l'immunisation a été enrichi.
- ▶ Un projet de Guide de prévention des infections : nettoyage, désinfection, stérilisation et asepsie dans les établissements de santé a été distribué aux consommateurs et aux spécialistes des soins de la santé avant sa révision finale.
- ▶ Le premier document complet sur les tendances et les mesures préventives contre les blessures des enfants au Canada a été publié. Il s'intitule *Pour la sécurité des jeunes Canadiens*.

*Les Actualités en bref pour maladies infectieuses*, publiées toutes les semaines, permettent la diffusion en temps opportun de données sur les infections dans l'infrastructure de la santé publique de l'ensemble du pays.

### **1.4.3 Priorité Améliorer les systèmes nationaux de surveillance**

#### **Réalisations**

Un certain nombre de nouveaux outils pour la surveillance des maladies ont été mis en œuvre dans l'ensemble du pays et bien d'autres ont été améliorés ou mis à jour.

- ▶ Santé Canada, en collaboration avec les provinces, est en train de mettre sur pied un système national de surveillance des facteurs de risque pour fournir des renseignements précieux en vue de prévenir et de traiter les principales maladies.
- ▶ Le nouveau système national de surveillance du cancer a été créé pour recueillir des renseignements sur le rôle des facteurs environnementaux dans l'incidence du cancer.
- ▶ La base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein contenant des renseignements provenant des programmes de dépistage systématiques des provinces et des territoires a été restructurée pour devenir plus efficace.
- ▶ Des efforts importants ont été faits pour élargir les systèmes nationaux de surveillance des maladies cardiovasculaires et du diabète.



- ▶ Une entente a été conclue avec les provinces et les territoires pour instituer un système de surveillance nationale des souches de tuberculoses résistant aux médicaments.
- ▶ Le Spatial Public Health Information Exchange, qui fait partie du Système national de surveillance de la santé (SNSS), est un projet conçu pour améliorer la capacité de surveillance de la santé publique aux échelons local, provincial ou national, grâce à l'accès à des bases numérisées existantes. Le projet est actuellement en cours à titre de projet-pilote en Alberta.

#### **1.4.4 Priorité      Renforcer la capacité du Canada de contribuer à la maîtrise des maladies à l'échelle internationale**

##### **Réalisations**

Santé Canada a participé aux efforts internationaux qui suivent :

- ▶ L'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Centre de référence sur les arbovirus et les virus de fièvres hémorragiques, le Centre de référence sur la tuberculose, le Groupe de travail en laboratoire sur l'élimination de la rougeole, le Groupe de travail en laboratoire sur la résistance aux antimicrobiens, le Programme multinational sous l'égide de l'OMS visant à identifier la source du virus Ebola dans la forêt Tai d'Afrique du Sud;
- ▶ Au nom de l'Organisation panaméricaine de la santé, Santé Canada a élaboré et exécuté un important programme de formation en Amérique du Sud pour accroître le niveau d'expertise sur la mise en évidence des pathogènes entériques;
- ▶ Le Laboratoire de lutte contre la maladie a mené à bien le projet-pilote du logiciel du Système de gestion des données de laboratoire pour l'étude des maladies entériques. Il s'agit du prototype d'une suite d'applications plus large (CIPHS), qui vise à intégrer la surveillance des cas en laboratoire et dans les unités de santé publique, et qui est actuellement en cours d'élaboration par le Système national de surveillance de la santé.

#### **1.4.5 Priorité      Lutter contre les risques nouveaux liés au sang et aux produits sanguins**

##### **Réalisations**

Avec le Laboratoire national sur la génétique du VIH, Santé Canada a lancé le Programme de surveillance des souches du VIH au Canada qui permettra de recueillir des renseignements sur les souches du VIH au Canada, de façon à pouvoir identifier la transmission du VIH et à mieux protéger l'approvisionnement en sang.

La publication des *Recommandations de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène* a entraîné l'établissement de politiques globales de prévention pour les membres des grandes associations de professionnels de la santé.



## 1.5 : AGENCE D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL (AHST)

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	29,6	30,3	27,1
Recettes	(6,2)	(6,2)	(2,7)
Dépenses nettes	23,4	24,1	24,4*

\* Cela représente 1,5 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Le Programme de médecine aéronautique civile (MAC) a été transféré à Transports Canada le 1<sup>er</sup> avril 1998. Son budget suivra dans le cadre du Budget des dépenses supplémentaire (A) en 1998–1999. Les chiffres indiqués ci-dessus pour les dépenses de 1997–1998 comprennent 1,4 million de dollars pour le MAC.

### Description

Afin d'aider ses clients à mieux gérer leur régime de santé et de sécurité au travail et de santé publique, l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail, qui fait partie de Santé Canada, a ciblé des entreprises responsables sur le plan financier et a cherché activement à promouvoir de meilleures méthodes de prestation de services. L'option choisie pour fournir des services qui soient plus efficaces et économiques est le recours au statut d'organisme de service spécial. On fera de plus en plus appel à des partenariats avec d'autres fournisseurs des secteurs public et privé pour améliorer les services tout en maîtrisant les coûts.

#### 1.5.1 Priorité Augmenter l'efficacité et la rentabilité, et simplifier les opérations

##### Réalisations

- On a réussi à éliminer un niveau de gestion.
- L'effectif est passé de 322 à 292 employés après l'examen critique des services offerts.
- La rationalisation des laboratoires d'analyse est terminée (utilisation plus efficace de l'espace de laboratoire de Santé Canada).
- Deux nouveaux systèmes qui améliorent grandement l'efficacité ont été mis en œuvre : le Système de gestion des activités, qui retrace les opérations et automatise la facturation; Medgate, qui facilite la création d'une base de données complète sur la santé et la sécurité au travail.



- ▮ Le Programme d'inspection et de dératisation qui vise à éliminer les rats des navires de charge dans les ports canadiens a recouvré entièrement ses coûts au cours des deux dernières années tout en améliorant la qualité du service grâce à un horaire de présence sept jours par semaine.
- ▮ Le Programme de médecine aéronautique civile a été transféré à Transports Canada en 1998.

### **1.5.2 Priorité Fournir un service de qualité**

#### **Réalisations**

L'AHST travaille avec acharnement à établir des partenariats avec ses clients. Par exemple, elle a compté sur la participation de ses clients tout au long du processus d'élaboration de normes de service et d'indicateurs de rendement. En ce qui concerne les indicateurs de rendement, les ministères clients ont été priés de faire participer des gestionnaires mécontents des services de l'AHST. Un atelier avec ces gestionnaires a permis d'élaborer des indicateurs, et donc de mieux comprendre les difficultés de la prestation et de la réception des services. Le directeur général a rencontré plus de 50 groupes de cadres supérieurs de l'ensemble du pays pour traiter des nouvelles questions d'hygiène et de sécurité au travail, notamment celle de la « diligence raisonnable », et pour discuter de leurs besoins permanents en matière de services. De la même manière, les médecins fonctionnaires et le personnel supérieur régional ont accueilli des directeurs de services à la clientèle pour discuter de la façon dont le programme répondrait le mieux à leurs besoins. Un Conseil consultatif supérieur constitué de 17 sous-ministres adjoints de différents ministères a été créé pour établir un nouveau système de recouvrement du coût de la prestation de services.

Aux termes de la Convention de Genève, l'AHST a fourni les soins médicaux et de santé à quelque 50 dignitaires étrangers à Vancouver, lors du Sommet de la Communauté économique Asie-Pacifique (APEC) qui s'est tenu à l'automne 1997.

Les recettes provenant de la dératisation augmentent chaque année grâce au haut niveau de satisfaction et de demande pour ce service.

### **1.5.3 Priorité Finir d'établir le statut d'organisme de service spécial**

#### **Réalisations**

En approuvant la création de l'organisme de service spécial provisoire, le Conseil du Trésor a mis en évidence plusieurs éléments essentiels qu'il fallait régler avant que l'AHST ne devienne un organisme de service spécial à part entière. Bien que bon nombre de ces éléments aient été liés à l'infrastructure, on a jugé de la plus haute importance de conclure une entente entre ministères fédéraux quant au financement permanent et aux mécanismes de prestation des services. Les exigences en matière d'infrastructure sont définies, notamment celles qui concernent le nouveau logiciel de suivi du temps, de facturation et de collecte de statistiques sur le programme de santé.



Un Comité consultatif supérieur des ministères clients, composé surtout de sous-ministres adjoints, a été mis sur pied afin de mettre au point une méthode et un modèle nouveau de prestation des services et d'établir le lien entre les crédits de Santé Canada et les ministères concernés. Des recommandations sont prévues pour novembre 1998.

La prolongation du statut provisoire jusqu'en avril 2000 est demandée pour que soit mis en œuvre le modèle de prestation des services révisés.



## 1.6 : SERVICES D'URGENCE (SE)

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	2,6	2,6	2,5
Recettes	(0,1)	(0,1)	(0,1)
Dépenses nettes	2,5	2,5	2,4*

\* Cela représente 0,1 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Avec de l'équipement et des provisions placés à des endroits stratégiques dans tout le Canada, prêts à intervenir rapidement en cas de crise, les Services d'urgence jouent un rôle vital dans les secours aux sinistrés. Ce programme sert aussi à assurer l'état de préparation en formant les provinciaux affectés aux situations d'urgence.

#### 1.6.1 Priorité Organiser les interventions en cas d'urgence

##### Réalisations

Lorsque la tempête de verglas a frappé l'est de l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick en janvier 1998, et paralysé une grande partie de la région, les Services d'urgence ont répondu à plus de 200 demandes d'assistance de la part des provinces et fourni 24 000 lits, 75 000 couvertures, 85 000 civières, 342 générateurs électriques d'urgence et des provisions, dont les éleveurs et les résidents avaient désespérément besoin pour combattre le froid ou sauver leur bétail. Santé Canada a également donné aux provinces des renseignements sur le counselling en matière de stress et de nutrition pendant les situations d'urgence.

Santé Canada a commencé à réviser le programme de réserve pour faire correspondre sa configuration et son contenu à la dernière évaluation des menaces potentielles. Un rapport final doit être déposé à l'automne 1998.



## **1.6.2 Priorité Examen de la structure organisationnelle**

### **Réalisations**

Un récent examen des Services d'urgence a abouti à la recommandation qu'il vaudrait mieux que la Division fasse rapport par l'intermédiaire d'un autre service de Santé Canada que l'AHST. Les recommandations ont donné lieu à des discussions, au sein de Santé Canada, sur le déménagement de ces services. De même, les Services d'urgence revoient actuellement toutes leurs procédures dans le but de simplifier leurs opérations.





## 1.7 : LUTTE ANTIPARASITAIRE (LA)

### Objectif

Protéger la santé humaine et l'environnement et, à cette fin, réduire au minimum les risques rattachés à l'utilisation de pesticides tout en permettant l'accès aux outils de lutte antiparasitaire, notamment à ces produits et à des stratégies viables de lutte antiparasitaire.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses brutes	12,3	27,4	23,1
Recettes	(0,2)	(10,8)	(7,4)
Dépenses nettes	12,1	16,6	15,7*

\* Cela représente 1,0 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

Vouée aux principes du développement durable, l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) regroupe les ressources et les responsabilités relatives à la réglementation de la lutte antiparasitaire. Elle a pour objectif de protéger la santé humaine et l'environnement tout en apportant son appui à l'agriculture, à l'industrie forestière, à d'autres secteurs d'exploitation des ressources et à l'industrie manufacturière. Ses fonctions sont, notamment, l'évaluation des nouveaux produits et des produits homologués, et la conformité aux règlements. L'Agence collabore avec les provinces pour élaborer des stratégies viables de lutte antiparasitaire au plan national et garantir la conformité aux lois fédérales et provinciales. L'ARLA est chargée de mettre en œuvre les réformes du régime de réglementation des pesticides formulées dans le cadre de l'Examen du processus d'homologation des pesticides mené par divers intéressés en 1990.



**1.7.1 Priorité**      **Faire des recherches saines et progressives, y compris trouver des solutions viables en matière de lutte antiparasitaire; mettre en place des processus réglementaires ouverts, transparents et invitant la participation du public; permettre un accès rapide à de nouveaux produits de lutte antiparasitaire qui soient plus sûrs.**

**Réalisations**

L'ARLA a mis en place un processus simplifié de tri et de gestion des demandes, comportant notamment une échéance de 18 mois pour l'examen des demandes complexes. La collaboration internationale et d'autres mesures visant à accroître l'efficacité ont permis de réduire à 1 800 le nombre total de demandes à l'étude, alors qu'il y en avait plus de 3 000 en avril 1995. Ceci est en soi un véritable exploit étant donné que l'Agence traite 2 000 nouvelles demandes par an. Pendant la même période, l'arriéré de demandes complexes est passé de près de 1 000 à 200. L'Agence a également créé un comité consultatif de gestion économique qui permet aux fabricants et aux utilisateurs de pesticides de donner des conseils stratégiques sur la simplification des opérations et la réduction des coûts.

L'Agence a établi de solides relations de travail afin d'élaborer des solutions communes aux exigences et pratiques réglementaires en vue de l'harmonisation internationale. Des initiatives ont été mises en œuvre, au niveau régional, par l'intermédiaire du Groupe de travail technique sur les pesticides de l'Accord de libre-échange nord-américain (GTT de l'ALÉNA, 28 projets) et, au niveau international, par l'entremise du Forum sur les pesticides de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (17 projets). Voici quelques-uns des points saillants des progrès accomplis à ce jour :

- ▶ Établissement d'un programme d'examen conjoint entre le Canada et les États-Unis pour les biopesticides et les pesticides chimiques à faible risque, qui a donné lieu à l'homologation d'un nouveau fongicide, le Cyprodinil, juste à temps pour en permettre l'utilisation dans les deux pays en 1998;
- ▶ Création d'une base de données de l'examen des données des pays afin de faciliter le partage des travaux;
- ▶ Adoption de formats communs de l'OCDE pour les demandes de données et l'examen des données des pays;
- ▶ Harmonisation des exigences en matière de données pour l'utilisation importante de pesticides chimiques et biologiques dans l'agriculture et la foresterie;
- ▶ Établissement d'un processus de repérage et d'élimination des sources de frictions commerciales liées aux différences de limites maximales de résidus dans les aliments au sein de l'ALÉNA.

L'ARLA a signé des protocoles d'entente avec Ressources naturelles Canada, la Direction générale de la recherche d'Agriculture et Agro-alimentaire Canada (AAC) et Environnement Canada, et négocie des ententes similaires avec le ministère des Pêches et des Océans, l'Agence canadienne d'inspection des aliments et la Direction générale des politiques d'AAC, ce qui a permis de clarifier les sphères de responsabilité et de créer un mécanisme d'élaboration de politiques dans les domaines d'intérêt commun.



L'Agence a établi un nouveau Comité fédéral-provincial-territorial sur la lutte antiparasitaire et les pesticides pour promouvoir des pratiques viables en matière de lutte antiparasitaire et harmoniser les pratiques et règlements fédéraux et provinciaux.

L'ARLA a établi des partenariats avec les intervenants en vue de l'élaboration de stratégies de lutte intégrée. Les questions à l'étude portent notamment sur le mildiou et le doryphore de la pomme de terre, la tordeuse des bourgeons de l'épinette et le pou de poisson du saumon d'élevage. L'ARLA a également été la première à chercher des solutions de rechange aux produits antiparasitaires à base de bromure de méthyle dans le secteur agro-alimentaire.

L'ARLA a fait des propositions de modifications de la *Loi sur les produits antiparasitaires* afin d'améliorer la protection de la santé et de l'environnement, et d'augmenter résolument l'ouverture et la transparence. Elle a aussi mis en œuvre une politique de consultation du public sur les décisions importantes en matière d'homologation.

Parmi les autres initiatives, citons ce qui suit :

- ▶ Les préparatifs sont terminés pour l'introduction de nouveaux pouvoirs d'application en vertu de la *Loi sur les sanctions administratives pécuniaires en matière d'agriculture et d'agro-alimentaire*. Des discussions sont en cours pour transférer, dans le cadre de cette Loi, les pouvoirs prévus dans la *Loi sur les produits antiparasitaires* du ministre de l'Agriculture et de l'Agro-alimentaire au ministre de la Santé.
- ▶ Des lignes directrices stratégiques sur la conformité et l'application a été élaborée.
- ▶ Des accords visant à renforcer la coordination et la coopération avec les provinces en matière d'enquête et d'inspection sont en voie de préparation.

### **1.7.2 Priorité Recouvrer les coûts au moyen d'un règlement fixant le prix à payer**

#### **Réalisations**

L'ARLA a mis en œuvre un programme de recouvrement des coûts en avril 1997. Son objectif est de réaliser des recettes de 12 millions de dollars, soit 44 p. 100 de son budget. Les recettes comprennent le coût de l'étude des demandes d'homologation et les frais annuels de maintien de l'homologation pour avoir le droit de vendre des produits au Canada. En 1997-1998, l'ARLA a enregistré un manque à gagner de 4 millions de dollars en frais de maintien, ce qui a donné lieu au report de la réévaluation des produits homologués et de l'élimination de l'arriéré.



## 1.8 : SECRÉTARIAT CANADIEN DU SANG (SCS)

### Objectif

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

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)	Dépenses prévues 1997-1998	Dépenses autorisées 1997-1998	Dépenses réelles 1997-1998
Dépenses nettes	–	9,8	8,7*

\* Cela représente 0,5 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

### Description

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

Le Secrétariat offre un soutien administratif, financier et logistique au Comité national de surveillance du sang, qui a été créé pour conseiller le ministre sur les questions de sûreté du sang, notamment celles qui ont trait à la réglementation du sang et à la surveillance nationale des maladies. Il comprend des membres issus de groupes de consommateurs et des communautés scientifique et médicale.

#### 1.8.1 Priorité **Restaurer la confiance dans le système d'approvisionnement en sang, à la suite de la Commission d'enquête Krever**

#### Réalisations

Le Secrétariat canadien du sang est devenu le centre coordonnateur du Ministère pour la mise en œuvre des recommandations du juge Krever selon lesquelles Santé Canada doit se montrer plus dynamique dans la réduction des risques liés aux maladies infectieuses qui contaminent l'approvisionnement en sang.



Santé Canada a affecté de nouvelles ressources pour remédier aux lacunes soulignées par le juge Krever, à savoir le besoin de personnel plus qualifié et la nécessité de mettre en œuvre un système de surveillance du sang qui permette de donner rapidement l'alerte. Près de 125 millions de dollars en nouveaux crédits seront accordés sur cinq ans (de 1998-1999 à 2002-2003).

### **1.8.2 Priorité Appuyer le rôle fédéral dans l'Initiative sur la régie du sang**

#### **Réalisations**

En septembre 1997, le ministre a promis que le gouvernement fédéral prendrait des mesures énergiques pour faire du système d'approvisionnement en sang au Canada un système inégalable. Quatre-vingt-un millions de dollars ont été affectés pour défrayer les coûts de transition liés à l'établissement des nouveaux Services canadiens du sang. Cette mesure répondait à l'une des recommandations-clés du juge Krever selon laquelle le nouvel organisme chargé des questions de sang devrait être géré par un service de sang national, une société créée par une loi du Parlement.

En 1997, le ministre de la Santé s'est engagé, auprès des provinces et des territoires, à présenter une loi fédérale enchâssant le mandat et les aspects-clés des Services canadiens du sang. La loi proposée ajoutera à la crédibilité des Services canadiens du sang et créera un équilibre législatif entre les Services canadiens du sang et leur pendant québécois, Héma-Québec, qui devraient tous deux commencer leurs activités d'ici septembre 1998. Le Secrétariat devait consulter les provinces et les territoires au sujet de la loi proposée et donner au ministère de la Justice des instructions stratégiques en vue de la rédaction du projet de *Loi sur les Services canadiens du sang*.

### **1.8.3 Priorité Apporter un soutien relativement aux questions litigieuses liées au sang**

#### **Réalisations**

Le Secrétariat canadien du sang fournit des services essentiels en matière de questions litigieuses et de négociations relatives à l'hépatite C, au VIH et au syndrome de Creutzfeldt-Jakob (désignée par les médias comme l'équivalent humain de la maladie de la vache folle). Il a également représenté le gouvernement fédéral au Groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui a établi un rapport sur les réponses aux recommandations du juge Krever relatives à l'assistance aux victimes d'autres maladies que l'hépatite C. Le Secrétariat est chargé de donner des instructions au ministère de la Justice pour la sélection de témoins experts relativement aux questions litigieuses et aux négociations liées au programme d'assistance financière pour l'hépatite C.



## INDEX

- Accidents nucléaires, 22
- Agence d'hygiène et de sécurité au travail, ii, 11, 20, 22, 83
- Agressions sexuelles, 28
- Aînés (voir aussi personnes âgées), 27, 47, 48
- Alcool et alcoolisme 13, 35, 46, 47, 50, 80
- Alimentation et aliments, 4, 7, 13-15, 17, 20-24, 29, 34, 35, 44, 55, 61, 62, 65, 66, 69, 70-72, 74, 80, 89, 90
  - Agence canadienne d'inspection des aliments, 4, 17, 61, 71, 72, 89
  - Innocuité, 4, 14, 15, 20, 24, 55, 56, 70-73
  - Programme des aliments, 17
  - Programme de vérification de la salubrité des aliments, 44, 70-72, 80
  - Qualité, ii, 1, 2, 4, 6, 8, 9, 14, 15, 20, 22, 45, 55, 56, 62, 64, 70, 72, 74, 76-78, 82
- An 2000, 19, 43, 44, 61
- Assurance-maladie, 1
- Assurance-médicaments, 2, 5, 18, 37, 40
- Autochtones, 4-6, 8, 12-16, 18, 19, 31, 33-36, 40, 47, 48, 51-58, 60, 80
  - Abus d'alcool et autres drogues, 35
  - Fondation pour la guérison des Autochtones, 5, 34
  - Initiative visant le transfert des responsabilités en matière de santé, 35
  - Programme canadien de nutrition prénatale, 29, 34, 60
  - Programme d'action communautaire pour les enfants, 1 34, 35, 50, 60
  - Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, 34, 60
  - Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé, 36
  - Programme de services de santé non assurés, 5
  - Stratégie de guérison, 18
  - Télémédecine, 38, 40
- Biotechnologie, 7, 23, 24, 41, 61
- Bureau pour la santé des femmes, 39, 40
- Déterminants de la santé, 4, 13, 25, 26, 41
- Développement durable, 7, 60, 61, 76, 88
- Direction générale de la protection de la santé, 3, 21, 60, 61
- Drogues, 13, 23, 27, 35, 46-48, 65, 66, 68, 73, 75, 80, 81
  - Échange de seringues, 28
  - Illicites, 13, 73
  - Injectables, 27, 48, 80, 81
  - Stratégie canadienne antidrogue, 46
  - Toxicomanie, 25, 28, 50, 69
- Eau, 22, 66, 69, 76, 77
  - potable, 22, 66, 69, 76, 77
  - utilisée à des fins récréatives, 77



Efforts internationaux, 82

Enfants, 4, 6, 7, 13, 19, 29, 34, 35, 40, 41, 50, 60, 63, 78, 80, 81

- Autochtones, 6, 17, 33-35, 60, 80
- Bien-être, 19, 25, 27, 29, 34, 39, 40, 48, 62, 68-70
- Centres d'excellence pour le bien-être des enfants, 40
- Étude diagnostique des enfants et de l'enfance au Canada, 60
- Nutrition prénatale, 34, 29, 60
- Sécurité, 81
- Soutien aux parents après la naissance, 35
- Violence et négligence, 4

Facturation, 18, 83, 84

Femmes, 6, 27-29, 34, 35, 39, 40, 41, 47, 63

Fonds pour l'adaptation des services de santé, 1, 5, 18, 37, 50

Fonds pour la santé de la population, 16, 26, 60

Gestion des risques, i, ii, 7, 13, 15, 17, 20, 21, 44, 45, 51, 52, 54-58, 62, 70, 71, 73-75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89

Infostructure canadienne de la santé, 6, 19

Lois et règlements

- Loi canadienne sur la protection de l'environnement, 45, 61, 68
- Loi canadienne sur la santé, 5, 16, 37, 38, 49, 68
- Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable, 66, 76, 77
- Loi sur le ministère de la Santé, 9, 69
- Loi sur le tabac, 69, 78
- Loi sur les dispositifs émettant des radiations et règlement afférent, 45, 69
- Loi sur les produits antiparasitaires, 60, 66, 69, 90
- Loi sur les sanctions administratives pécuniaires en matière d'agriculture et d'agro-alimentaire, 90
- Loi sur les Services canadiens du sang, 92
- Règlement sur l'analyse aux rayons X, 62
- Règlement sur l'autorisation de mise en marché provisoire (AMMP) des aliments et drogues, 62
- Règlement sur l'eau embouteillée, 66
- Règlement sur l'eau potable, 22, 69
- Règlement sur le prix à payer pour les licences d'établissement, 66, 68
- Règlement sur le prix à payer à l'égard des instruments médicaux, 66, 68
- Règlement sur les aliments et les drogues, 65, 66
- Règlement sur les bonnes pratiques de fabrication pour les aliments, 66
- Règlement sur les cosmétiques, 66
- Règlement sur les frais des produits antiparasitaires, 64
- Règlement sur les produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs, 66
- Règlement sur les produits dangereux (revêtements liquides), 66
- Règlement sur les produits thérapeutiques, ii, 20, 56, 68, 69, 80



- Règlement sur le tabac, 66, 78
- Règlement sur l'usage industriel du chanvre 63
  
- Maladie, ii, 1, 4, 7-9, 13, 15-18, 20, 21, 23-28, 30, 31, 37, 40, 44, 60, 61, 79-83, 91, 92
  - Bactéries, 79
  - Promotion de la santé et prévention des maladies, 4, 15, 26, 30, 40
  - Spatial Public Health Information Exchange, 82
- Maladies, 1, 7, 13, 17, 18, 20, 21, 23-28, 40, 61, 79-83, 91, 92
  - Asthme, 17, 80
  - Cancer, 4, 17, 24, 25, 27, 28, 41, 60, 79-81
    - Cancer du sein, 4, 17, 24, 27, 28, 41, 80, 81
  - Cardiovasculaires, 18, 25- 27, 61, 79, 81
  - Creutzfeldt-Jakob, 17, 79, 92
  - Diabète, 26, 31, 79, 81
  - génétiques, 23
  - Hépatite C, 80, 92
  - Tuberculose, 8, 13, 17, 31, 32, 79, 81, 82
  - VIH/sida, 4, 25, 28, 48
- Médicaments, ii, 5, 7, 10, 13-15, 18, 20-22, 26, 33, 38, 63, 70, 71, 73-75, 82
  - Cadre d'homologation des médicaments, 22, 74
  - Groupe de travail sur les questions pharmaceutiques, 38
  
- Personnes âgées (voir aussi aînés), 13, 18, 26, 27
- Pesticides, 21, 22, 60, 69, 88-90
  - Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire, 17, 22, 23, 54, 55, 60, 61, 88
  - Loi sur les produits antiparasitaires, 60, 66, 69, 90
  - Lutte et produits antiparasitaires, 7, 15, 17, 66, 68, 90
- Plan d'intervention fédéral en cas d'intervention nucléaire, 22, 77
- Population vieillissante, 1, 7
- Produits naturels, 23
- Produits de consommation, 76, 78
- Produits thérapeutiques, ii, 20, 22, 44, 56, 61, 62, 73, 74, 75
  - Programme des produits thérapeutiques, 22, 44, 73-75
  - Réglementation des produits thérapeutiques, ii, 20, 56, 68, 69, 80
- Programme de médecine aéronautique civile, 83, 84
  
- Radiations, 21, 45
- Recherche, 2, 6, 8-10, 14, 16, 19, 23, 24, 28, 29, 35, 38, 40, 41, 48, 60, 69, 72, 78, 89
- Recouvrement des coûts, 22, 64, 90
- Règlements (voir lois et règlements)
  
- Sang, ii, 3, 15, 17, 20, 21, 24, 59, 74, 82, 91, 92
  - Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada 15, 91





Initiative sur la régie du sang, 92  
 Krever (Commission, juge, enquête), 3, 15, 24, 91, 92  
 Litiges, 59  
 Secrétariat canadien du sang, ii, 17, 20, 24, 91, 92  
 Secrétariat de l'enquête sur le sang contaminé, 24, 91  
 Système d'approvisionnement en sang, 15, 24, 91, 92  
 Santé  
   Assurance, 5, 9, 13-15, 18, 37, 49  
   Promotion, i, 3, 4, 7, 9, 11-14, 16-18, 25-28, 30, 37, 38, 46, 51-54, 57, 58, 72  
 Santé Canada, 1-10, 13-30, 33-50, 60, 62, 67, 70-87, 91, 92  
   Effectif, 16, 19, 42, 83  
 Santé en milieu de travail, 13, 21, 62  
 Santé environnementale, 45  
   Infrastructure de protection, 76  
   Produits et substances chimiques, 45, 71  
   Programme de l'hygiène du milieu, 45  
   Radiations, 21, 45  
 Stratégie à l'égard des aînés, 47  
 Suicide, 8, 31  
  
 Tabac et tabagisme, 4, 26-28, 31, 35, 41, 60-62, 78  
   Consommation de tabac chez les jeunes, 26-28, 78  
   Stratégie de réduction de la demande de tabac, 28, 78  
 Technologie de l'information, 40, 44  
   An 2000, 38, 44  
   Infostructure canadienne de la santé, 38, 44  
   Télémédecine, 38, 40  
 Transplantations (d'organes et de tissus), 23, 74  
  
 Urgence, ii, 13, 20-22, 44, 55, 62, 71, 72, 77-79, 86, 87  
  
 Violence familiale, 28, 35, 50

