



Santé Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2000

Canada

Présentation améliorée des rapports au Parlement

Document pilote

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

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

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

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2000

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 BT31-4/42-2000

ISBN 0-660-61413-8



Avant-propos

Le 24 avril 1997, la Chambre des communes a adopté une motion afin de répartir, dans le cadre d'un projet pilote, 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* déposé au printemps et le *Rapport ministériel sur le rendement* déposé à l'automne.

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, la série de rapports sur le rendement d'automne comprend 83 rapports ministériels sur le rendement ainsi que le rapport annuel du Président intitulé *Une gestion axée sur les résultats – 2000*.

Ce *Rapport ministériel sur le rendement*, qui couvre la période se terminant le 31 mars 2000, porte sur une responsabilisation axée sur les résultats en signalant les réalisations par rapport aux attentes en matière de rendement et aux engagements en matière de résultats énoncés dans le *Rapport sur les plans et priorités* pour 1999-00 déposé au Parlement au printemps de 1999.

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 les systèmes de gestion ainsi que le cadre de gestion sur le rendement. 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/rma/dpr/dprf.asp>

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) 957-7167
Télécopieur : (613) 957-7044



SANTÉ CANADA

Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2000

Allan Rock
Ministre de la Santé

Le présent rapport

Santé Canada est fier de présenter au Parlement et à tous les Canadiens et Canadiennes ce présent rapport sur le rendement du Ministère pour l'exercice financier prenant fin le 31 mars 2000.

Le document donne un aperçu de la façon dont Santé Canada a utilisé l'argent des contribuables dans l'intérêt général des Canadiens et des Canadiennes. Le Ministère étant vaste et complexe, il faudrait plus d'espace que nous n'en avons ici pour rendre compte de toutes les réalisations de chacun des programmes.

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

Les programmes de Santé Canada se répartissent entre les six secteurs d'activité suivants :

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

Aucun effort n'a été épargné pour rendre le présent rapport aussi clair et concis que possible. Si vous désirez des éclaircissements ou de plus amples renseignements sur un programme ou un service en particulier, veuillez vous adresser à :

Santé Canada
Renseignements généraux
0913A, Immeuble Brooke-Claxton, 13^e étage
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-2991

Site Web : < [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/
commentr.htm#renseignements](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/commentr.htm#renseignements) >



Table des matières

SECTION I :

MESSAGES	11
Message du Ministre	11
Résumé	14
Remaniement	19

SECTION II :

VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE	21
Mandat	21
Contexte social	22
Description des secteurs d'activité	25
Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle 1999-2000	27

SECTION III :

RENDEMENT DU MINISTÈRE	29
A : Tableau des principaux engagements en matière de résultats	29
B : Responsabilisation	33
C : Réalisations en matière de rendement	36
Secteur d'activité 1 : Gestion des risques pour la santé	36
Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	39
Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques	43
Secteur de service C : Hygiène du milieu	47
Secteur de service D : Prévention et contrôle de la maladie	50
Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail .	53
Secteur de service F : Services d'urgence	55
Secteur de service G : Réglementation de la lutte antiparasitaire .	57
Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang	60
Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population	62
Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones	68
Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé	73
Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé	77
Secteur d'activité 6 : Services ministériels	83

SECTION IV :	
RAPPORT D'ENSEMBLE	87
Modernisation de la fonction de contrôleur	87
Gestion du matériel	89
Développement durable	90
Initiatives réglementaires	95
SECTION V :	
RENDEMENT FINANCIER	99
Aperçu du rendement financier	99
Tableaux financiers récapitulatifs	100
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés pour 1999-2000	100
Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles	101
Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles	102
Tableau financier 4 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité	103
Tableau financier 5 : Recettes disponibles	104
Tableau financier 6 : Recettes non disponibles	105
Tableau financier 7 : Paiements législatifs	106
Tableau financier 8 : Paiements de transfert	107
Tableau financier 9 : Dépenses en capital	108
Tableau financier 10 : Passif éventuel	109
SECTION VI :	
AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS	111
Contacts ministériels	111
Références	114
Liste des lois et des règlements	115
Index	118
Annexe A : <i>Mesurer la santé au Canada - plus de résultats sur l'état de santé des Canadiens</i>	121
Pour obtenir une version en couleur, visiter < http://www.hc-sc.gc.ca/depenses > .	



SECTION I : MESSAGES



Message du Ministre

La santé est une priorité fondamentale du Gouvernement du Canada, fondamentale parce que les Canadiens et les Canadiennes savent qu'un niveau élevé de santé et une grande qualité de vie vont de pair.

Étant donné cette priorité, notre gouvernement s'est fixé des objectifs clairs : promouvoir et protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes, et travailler avec les provinces et les territoires pour faire en sorte que chacun d'entre nous puissent accéder, dans des délais raisonnables, à des soins de santé de qualité. Santé Canada joue un rôle central dans l'atteinte de ces objectifs, et, comme en fait foi le présent Rapport sur le rendement du Ministère, l'exercice de 1999-2000 a été marqué par nombre de réalisations importantes.

Le gouvernement a reconnu que les Canadiens et les Canadiennes tenaient à conserver un système de santé moderne qui continuerait d'être fondé sur les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. C'est pourquoi, dans son budget de 1999, il a accru de 11,5 milliards de dollars les paiements du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) – le plus important investissement de son histoire. Nous avons également créé le Fonds d'innovation, qui nous permet de travailler avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires pour ensemble faire face à d'importants défis que présente le système de santé, comme les besoins du Canada rural ou l'escalade des coûts des médicaments d'ordonnance.

Parallèlement, nous savions que davantage pouvait et devait être fait pour renouveler un système de santé que les Canadiens et les Canadiennes appuient vigoureusement et pour y introduire des innovations. Au cours de l'année, j'ai rencontré à maintes reprises mes homologues provinciaux et territoriaux pour discuter des principaux enjeux et déterminer les priorités communes. La réunion du 11 septembre 2000 qui regroupait les premiers ministres a donné lieu à une importante entente entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Au cours des cinq prochaines années, le gouvernement fédéral investira 21 milliards de dollars de plus dans le TCSPS. En outre, un milliard de



dollars sera disponible aux fins de l'achat de nouveaux équipements médicaux, 800 millions de dollars serviront à appuyer la réforme des soins primaires, et 500 millions de dollars seront investis dans certaines applications de la technologie de l'information, comme le fichier de santé électronique, en vue d'améliorer les soins et la gestion du système de santé.

Dans le cadre de leur entente, les premiers ministres ont énoncé ce qu'ils croient être les principaux objectifs du système de santé du Canada, c'est-à-dire préserver, protéger et améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes; faire en sorte que, partout au Canada, les Canadiens et les Canadiennes aient accès, dans des délais raisonnables, à une gamme de services de santé appropriés, intégrés et efficaces, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer; assurer la viabilité à long terme du système afin que les Canadiens et les Canadiennes puissent avoir recours aux services de santé lorsqu'ils en auront besoin dans l'avenir. Les premiers ministres ont également convenu d'établir des mesures communes du rendement et de rendre compte régulièrement aux Canadiens et aux Canadiennes de la santé de la population et des résultats des programmes de santé, et de faire état des services de santé financés par l'État.

Les premiers ministres se sont également engagés à consolider leurs investissements dans les politiques visant à reconnaître les déterminants de la santé, à rehausser les mesures de prévention des maladies et à améliorer la santé publique. Il s'agit évidemment là d'activités quotidiennes de Santé Canada à bien des égards. Notons, par exemple, le fait d'assurer la salubrité des aliments et des drogues, de promouvoir une saine alimentation, de favoriser une hygiène pratique et d'aménager une base de connaissances permettant de mieux gérer les maladies. Outre l'amélioration constante de ces activités, nous avons également concentré notre attention sur les mesures de salubrité de l'environnement ainsi que sur notre plus grand engagement à réduire le taux de tabagisme chez les Canadiens et les Canadiennes. Cette démarche vise d'abord les jeunes, en leur offrant le meilleur point de départ possible dans la vie. En vertu de l'Accord fédéral-provincial-territorial sur le développement de la petite enfance, le Gouvernement du Canada injecte une somme considérable de 2,2 milliards de dollars, répartis sur cinq ans, grâce au TCSPS. Ce nouveau transfert viendra compléter les investissements fédéraux actuels destinés aux enfants et aux familles.

Le gouvernement entretient une relation importante et historique avec les Premières nations et les Inuits du Canada, relation qui consiste notamment en un partenariat avec les Autochtones et leurs organisations au sujet des questions et des programmes de santé. Au cours de l'année écoulée, nous avons entre autres mis en œuvre ensemble un nouveau programme de soins à domicile et en milieu communautaire, une initiative sur le diabète ainsi que des initiatives pour le développement des jeunes enfants. Le budget fédéral de 2000 prévoit des fonds supplémentaires pour la prise de mesures face à l'augmentation du coût des services de santé dispensés aux Premières nations et aux Inuits. Nos efforts concertés de cette année ont abouti à la constitution en société et au financement de l'*Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health*. Nous avons également poursuivi le transfert des programmes et des ressources de santé aux communautés des Premières



nations et des Inuits, conformément aux engagements pris par le gouvernement dans le document *Rassembler nos forces : Le Plan d'action du Canada pour les questions autochtones*.

Nous avons réussi, cette année, à créer une nouvelle approche pour la recherche en santé, dont se prévalent les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les IRSC n'ont d'autre but que de faire bénéficier les Canadiens et les Canadiennes des fruits de la recherche en santé. Leur objectif est d'exceller, conformément aux normes internationales reconnues en matière d'excellence scientifique, en suscitant de nouvelles connaissances et en les appliquant pour améliorer la santé de la population canadienne, pour offrir de meilleurs produits et services de santé et pour renforcer le système de santé du Canada.

Par ses propres initiatives et son travail avec les provinces et les territoires, d'autres ministères ainsi qu'un large éventail de partenaires, Santé Canada a facilité sensiblement la réalisation de cette promesse du gouvernement : améliorer la qualité de vie des Canadiens et des Canadiennes, et ce, conformément à ce qu'ils attendent.



L'honorable Allan Rock, C.P., député

Ministre de la Santé



Résumé

Parce que la qualité de vie découle de la qualité de la santé, les Canadiens et les Canadiennes croient que la santé doit être une priorité pour tous les niveaux de gouvernement. Ils s'attendent à ce que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et contribue à l'amélioration de la santé, tout en reconnaissant la responsabilité première des provinces et des territoires à l'égard de la prestation des services.

Santé Canada joue un important rôle dans l'obtention des résultats en matière de santé – que ce soit en encourageant la modernisation du système de soins de santé ou en offrant des programmes et des services nationaux. En 1999-2000, le Ministère s'est acquitté de ses responsabilités directes dans le domaine de la santé. Il a également joué son rôle de leader, de partenaire et de catalyseur. Nous résumons ci-dessous les points saillants par secteur d'activité.

Gestion des risques pour la santé

Même si les Canadiens et les Canadiennes sont exposés à moins de risques pour la santé que bien d'autres peuples dans le monde, la nature et la complexité des risques ne cessent d'augmenter. En 1999-2000, les questions de santé d'envergure mondiale, nos activités de surveillance des maladies et des produits, et d'autres tendances nous ont permis de cerner de nouveaux secteurs d'intervention. Les nouvelles initiatives s'inscrivaient dans le prolongement de nos activités courantes et étaient rendues possibles grâce au financement accru annoncé dans le budget de 1999. Pour maintenir notre capacité d'agir, nous avons également continué à travailler pour moderniser nos structures et nos approches.

- Nous nous sommes attaqués aux risques posés aux Canadiens et aux Canadiennes par les pathogènes présents dans les produits alimentaires. Ont surtout retenu l'attention l'analyse des aliments importés de Belgique, qui pouvaient être contaminés par des dioxines et des BPC, et les enquêtes sur les dangers posés par les germes de semence et les baies du Guatemala. Afin de renforcer notre capacité à cet égard, nous avons identifié des méthodes plus rapides pour mettre en évidence *E. coli* O157, *Cyclospora*, et d'autres menaces d'origine alimentaire pour la santé de la population canadienne.
- Nous avons facilité la transition vers la nouvelle Société canadienne du sang et Héma-Québec, en prêtant une attention particulière aux systèmes informatiques.
- Nous avons réalisé des progrès avec les provinces dans la création de systèmes de surveillance normalisés devant aider les responsables de la santé publique à recueillir et à évaluer l'information plus efficacement, y compris l'établissement d'un système national de surveillance du diabète et d'un système pilote pour les maladies à diffusion hémotogène.



- Nous avons appuyé le travail réglementaire sur des priorités nouvelles comme l'usage de la marijuana à des fins médicales, les produits de santé naturels et les aliments d'origine biotechnologique.
- Nous avons entrepris une réévaluation complète de tous les plus anciens pesticides dont l'usage demeure autorisé au Canada.
- Nous avons modernisé notre structure pour mieux répondre aux nouveaux besoins en créant le Bureau des produits de santé naturels et le Bureau de la consommation et de la participation du public.

Promotion de la santé de la population

Les niveaux de revenu, le tabagisme, l'activité physique et le soutien familial ne sont que quelques-uns des déterminants sociaux, économiques et comportementaux qui influent profondément sur la santé des Canadiens, et ce, tout au long de leur vie. Par conséquent, nous centrons nos approches en matière de santé de la population sur le travail en partenariat dans tous les secteurs de la société. Avec nos partenaires, nous aidons les individus, les familles et les collectivités à mieux comprendre les facteurs et les décisions qui permettent de vivre plus sainement. Ces efforts se sont poursuivis sous diverses formes en 1999-2000.

- Nous avons annoncé des propositions de changement aux mises en garde devant apparaître sur les produits du tabac et lancé de nouvelles campagnes de publicité sur les questions touchant le tabac, à partir des données probantes recueillies sur ce qui aide effectivement à réduire le tabagisme.
- Nous avons lancé la *Stratégie canadienne sur le diabète* pour nous attaquer à toutes les facettes de ce problème de santé grandissant, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec des organisations autochtones, des organisations de santé, des organismes professionnels et d'autres intervenants.
- Nous avons amélioré l'*Initiative canadienne de recherche sur le cancer du sein* en mettant l'accent sur l'appui aux programmes de détection et de dépistage précoces qui sont à la fois efficaces et centrés sur la clientèle, sur la prévention primaire, et sur le renforcement de l'information et du soutien communautaires.
- Nous avons lancé le *Réseau canadien de la santé*, site Web qui aide les Canadiens et les Canadiennes à obtenir des renseignements crédibles sur des modes de vie sains, sur la prévention des maladies et sur d'autres questions de santé.
- Nous avons produit de nouvelles publications et lignes directrices pour les professionnels de la santé, et d'autres outils sur des sujets comme la santé maternelle, les effets de la séparation et du divorce sur la santé, et l'activité physique chez les personnes âgées.



Santé des Autochtones

Conformément à la nouvelle relation qui prend forme dans le cadre de la mise en œuvre du document *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, Santé Canada travaille en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en aidant ces derniers à prendre en charge leurs programmes, services et ressources de santé. Le transfert du contrôle des programmes et des ressources de santé s'est poursuivi en 1999-2000, de même que les efforts visant à offrir les services par l'entremise de mécanismes comme le programme des Services de santé non assurés (SSNA) et les programmes de santé communautaire. Santé Canada travaille avec les Premières nations et les Inuits et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour renouveler le système de santé des Premières nations et des Inuits.

- Nous avons signé 16 nouveaux accords de transfert, 10 nouveaux accords intégrés, et 10 accords définitifs d'autonomie gouvernementale avec des communautés des Premières nations pour leur permettre de prendre en charge leurs services de santé au rythme qui convient le mieux à leurs besoins.
- Nous avons aidé financièrement toutes les communautés des Premières nations et des Inuits pour la planification et la formation relatives à la mise en œuvre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.
- Nous avons mené à terme de vastes consultations au sujet de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, menées auprès d'organisations nationales et de communautés des Premières nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain. Cet exercice a entraîné l'établissement d'un plan directeur de programme aux fins de l'Initiative. Douze programmes communautaires sur le diabète ont été financés.
- Nous avons réalisé cinq projets de recherche pilotes sur la télésanté dans des communautés isolées des Premières nations, mettant ainsi en place les processus administratifs permettant de relier le poste de soins infirmiers d'une communauté éloignée à un hôpital provincial distant.
- Nous avons financé 203 projets du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, lequel vise à favoriser le développement des enfants qui vivent dans des réserves des Premières nations et à mieux les préparer à l'école.
- Nous avons amélioré les processus de gestion pour faciliter la responsabilisation. Le cadre de responsabilisation exposera les rôles et les responsabilités des communautés et de Santé Canada et assurera la transparence de la prise de décision.
- Nous avons amélioré l'efficacité du programme des SSNA en reliant la quasi-totalité des fournisseurs de produits pharmaceutiques au système Point de service.
- Nous avons travaillé en collaboration avec cinq organisations autochtones nationales pour créer et mettre en place l'*Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health*.



- Nous avons déployé le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits dans 114 établissements de santé. Ce système offre aux Autochtones canadiens des outils pour la collecte, la gestion et la communication des données, ainsi qu'une plate-forme complète, flexible et puissante pour la gestion des cas et pour une planification et une prise de décision fondées sur des données probantes.

Soutien et renouvellement du système de santé

Les représentants de Santé Canada travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour répondre aux besoins du système de santé partout au Canada, de manière à renforcer les services de santé et, à long terme, à offrir une vaste gamme de services de qualité, intégrés et centrés sur le patient. En 1999-2000, ces efforts ont produit de nombreux résultats.

- Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires relativement à diverses préoccupations communes, dont les soins à domicile et en milieu communautaire, la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé, les approches axées sur la santé de la population, et les technologies de l'information.
- Nous avons financé 141 projets par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Ces projets mettent à l'essai des idées qui pourraient aider à façonner les choix futurs en matière de politiques et de services de santé, et portent en priorité sur les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires et l'intégration des services.
- Nous avons appuyé des projets particuliers de télésanté et de télésoins à domicile visant à explorer des façons de mieux répondre aux besoins uniques des personnes qui vivent loin des grands centres.
- Nous avons accordé une attention accrue aux questions touchant les soins infirmiers en créant le Bureau de la politique des soins infirmiers, qui aide à orienter la recherche vers ces questions et à faire en sorte que ces dernières soient mises en relief.

Politiques, planification et information en matière de santé

L'augmentation du financement fédéral de la recherche en santé fait partie des engagements pris par le Gouvernement du Canada pour améliorer la prise de décision et l'établissement des politiques dans l'ensemble du système de santé canadien. L'engagement à l'égard de la recherche s'accompagne de la promesse de mettre en place une technologie de l'information et des communications qui puisse accélérer l'échange des connaissances et renforcer l'efficacité des services.

- Nous avons fourni une aide financière et un soutien en matière de secrétariat et de politiques pour la création d'Instituts de recherche en santé du Canada.



- Nous avons réorienté le Programme national de recherche et de développement en matière de santé pour qu'il prenne mieux en compte des priorités de santé comme les soins à domicile, les enfants et les adolescents, le vieillissement et le financement des soins de santé.
- Nous avons appuyé 36 projets visant à encourager les applications innovatrices de la technologie de l'information et des communications au système de santé, dont un grand nombre sur la télésanté, le fichier de santé électronique et l'information électronique en matière de santé.
- Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires par l'entremise d'un nouveau comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur l'infrastructure de la santé afin de définir des approches coordonnées pour le traitement des nouvelles questions que soulève l'infrastructure de la santé, comme la protection et la confidentialité des renseignements personnels, la surveillance de la santé, le dossier de santé électronique et la télésanté.
- Nous avons lancé le Réseau national de surveillance de la santé, qui permettra aux responsables de la santé publique d'accéder, grâce à Internet, à des renseignements qui les aideront à prévenir la maladie, à réagir plus rapidement en cas de menace à la santé publique, et à élaborer des politiques pour réduire les risques pour la santé.
- Nous avons financé la mise en place du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits.



Remaniement

Le 1^{er} juillet 2000, Santé Canada s'est structuré afin de faciliter l'atteinte des buts suivants :

- améliorer de façon continue ses services aux Canadiens;
- travailler plus efficacement avec ses partenaires internes et externes;
- s'assurer de diriger les ressources vers les secteurs où il peut contribuer le plus à la santé des Canadiens;
- faire montre d'innovation, de capacité d'adaptation, de souplesse, d'apprentissage continu et d'orientation vers les résultats.

La nouvelle structure ne modifie ni la mission, ni le mandat de Santé Canada. Elle consiste en ce qui suit :

- création de sept directions générales (Santé de la population et de la santé publique, Produits de santé et des aliments, Santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé des Premières nations et des Inuits, Information, analyse et connectivité, Politique de la santé et des communications, et Services de gestion), et réattribution de nombreuses responsabilités dévolues aux six directions générales précédentes;
- création de six régions (Atlantique, Québec, Ontario et Nunavut, Manitoba et de la Saskatchewan, Alberta et Territoires du Nord-Ouest, Colombie-Britannique et Yukon), et transfert de nombreuses responsabilités aux régions, dont le nombre passe de quatre à six;
- maintien des deux organismes en place (Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire et Agence de santé et sécurité au travail).

Le remaniement vise à améliorer les services aux Canadiens et aux Canadiennes, à assurer une meilleure coordination du travail au sein du Ministère, et à renforcer notre capacité d'innovation et d'orientation en vertu de résultats. Désireux de travailler plus efficacement avec ses nombreux partenaires, notamment ceux des provinces et des territoires, le Ministère intensifie sa présence au niveau régional.

En se remaniant, Santé Canada réagit aux progrès rapides des connaissances et de la technologie dans le domaine de la santé, à l'évolution des attentes des Canadiens et des Canadiennes, à leur désir d'être mieux informés et de participer davantage au processus décisionnel, et à la nécessité de changer radicalement la manière dont le Ministère travaille avec ses partenaires. Santé Canada a longuement consulté son personnel et les parties intéressées avant de finaliser son remaniement.





Santé
Canada

Health
Canada

NOTRE MISSION

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





SECTION II : VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE

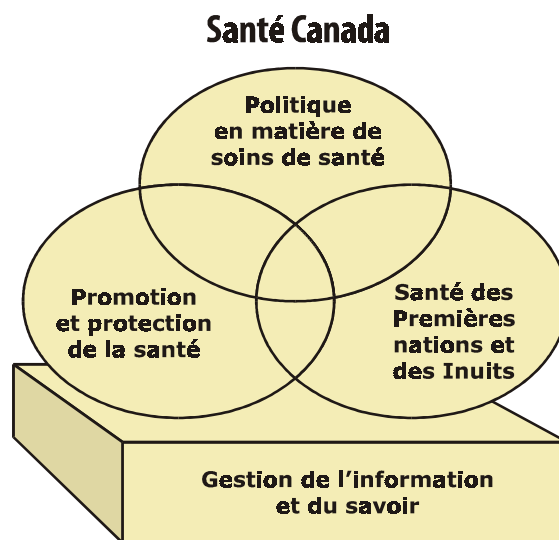
Mandat

Le mandat officiel de Santé Canada est énoncé dans la *Loi sur le ministère de la Santé* et résumé dans la Mission qui figure à la page ci-contre. Il découle également des responsabilités dévolues au Ministère par d'autres lois, comme la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Plus fondamentalement, le mandat confié à Santé Canada par le gouvernement fédéral reflète la très haute priorité que les Canadiens et les Canadiennes et leur gouvernement accordent à la santé. Pour la population canadienne, la santé est essentielle à une belle qualité de vie. Elle est plus que l'absence de maladie et désigne un état global de bien-être physique, mental et spirituel.

Cette conception d'un état global de santé et de bien-être aide à définir les responsabilités de Santé Canada, qui s'articulent autour de trois grands axes interdépendants :

- **promotion et protection de la santé**, soit offrir à l'individu, aux groupes, aux collectivités et au grand public des renseignements et des outils (ou l'accès à des renseignements et à des outils) pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé, prévenir les maladies et les blessures et en réduire l'incidence, en prenant des mesures directes de



réglementation ou autres pour gérer les risques sur lesquels l'individu n'a pratiquement aucune prise;

- **santé des Premières nations et des Inuits**, soit assurer la prestation, dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites, de services de santé destinés à ces populations;
- **politique en matière de soins de santé**, soit exercer un leadership pancanadien afin d'aider les provinces à trouver des moyens de renouveler leurs systèmes, politiques et processus en matière de soins de santé, en assurant une grande utilisation des ressources en santé et en visant l'obtention de résultats optimaux en matière de santé pour la population.

Les trois axes s'appuient sur la Gestion de l'information et du savoir, c'est-à-dire sur la production, l'organisation et la diffusion de renseignements et de connaissances en vue de l'amélioration des processus décisionnels visant les politiques et les programmes, à Santé Canada et dans l'ensemble du système de santé.

Contexte social

Santé des Canadiens et des Canadiennes

Les Canadiens sont en très bonne santé, et le Canada se classe parmi les trois premiers pays au monde pour ce qui est de l'espérance de vie, des taux de mortalité et de l'état de santé auto-évalué.

- L'espérance de vie au Canada n'a cessé d'augmenter, passant de 59 ans au début des années 1920 à plus de 79 ans en 1998.
- Le taux de mortalité infantile au Canada est passé de 18,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 5,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1997.
- En 1998-1999, environ 92 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes considéraient leur santé comme bonne, très bonne ou excellente.

Toutefois, tous les Canadiens ne sont pas en aussi bonne santé.

- L'état de santé est lié au sexe de la personne. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes en raison de taux de mortalité moins élevés pour les maladies cardiaques, le cancer, le suicide et les traumatismes. Par contre, elles souffrent davantage de maladies chroniques comme l'arthrite, l'hypertension et la migraine.
- Les Canadiens qui sont moins instruits et dont le revenu est moins élevé risquent plus d'être aux prises avec des maladies chroniques. Un moins grand nombre parmi eux considèrent leur santé comme excellente ou très bonne, comparativement aux Canadiens plus instruits et au revenu plus élevé.



- Les Autochtones du Canada risquent davantage d'être en mauvaise santé et de mourir prématurément que l'ensemble de la population canadienne. L'espérance de vie des Autochtones est inférieure à la moyenne nationale, leurs taux de mortalité infantile sont plus élevés, et les maladies chroniques sont plus répandues chez eux (p. ex., hypertension, arthrite, maladies cardiaques et diabète).

La santé d'une population est déterminée par de nombreux facteurs et n'est qu'en partie le résultat des mesures gouvernementales. Quoi qu'il en soit, l'information sur les programmes du gouvernement qui influent sur la santé peut être interprétée de façon plus juste à la lumière de l'état de santé global des Canadiens.

Mesurer la santé au Canada offre cet éclairage, y compris des données sur :

- les indicateurs généraux de l'espérance de vie et de la mortalité;
- les indicateurs généraux de l'état de santé et de la morbidité;
- les comportements et les mesures préventives;
- le VIH/sida;
- la santé des Premières nations et des Inuits.

(Pour avoir plus de résultats sur l'état de santé des Canadiens, voir Annexe A, page 121 : *Mesurer la santé au Canada*). Pour obtenir une version en couleur, visiter < <http://www.hc-sc.gc.ca/depenses> >.

Dépenses de santé

En 1999, les Canadiens ont dépensé environ 86 milliards de dollars pour les soins de santé – soit environ 2 815 dollars par habitant. Cette même année, le ratio entre les dépenses de santé totales du Canada et le produit intérieur brut canadien (quatrième en importance parmi les pays du G7) a été d'environ 9,2 p. 100. Quelque 70 p. 100 des dépenses ont été financés par l'État, et 30 p. 100 l'ont été par des sources privées. Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*, de l'OMS, compte tenu de l'ampleur des dépenses du Canada au chapitre de la santé, il semble y avoir place pour une amélioration du rendement du système de santé canadien.

Depuis le milieu des années 1970, la répartition des dépenses de santé a changé. Si la part de dépenses consacrée aux hôpitaux reste dominante, elle a néanmoins diminué d'année en année. En 1997, les dépenses au titre des médicaments ont surpassé les dépenses pour les services de médecin et sont devenues le deuxième poste de dépense en importance dans le secteur de la santé.

Une évolution continue

De nombreux facteurs sont en train de changer la nature du système de santé et des services de santé :



- Les **progrès technologiques**, notamment du côté des méthodes diagnostiques, de la prévention primaire, de la chirurgie, de la biotechnologie et de la génétique, changent la définition de la santé et les modes de prestation des services de santé.
- Les **produits pharmaceutiques** sont davantage utilisés. De plus en plus, la pharmacothérapie se révèle une solution de rechange viable par rapport à certains traitements traditionnels, et contribue à faire passer les patients du cadre hospitalier aux soins communautaires.
- Les **systèmes d'information** deviennent de plus en plus nécessaires pour gérer efficacement les transactions, les dossiers des patients, le volume d'information et le rendement du système.
- Les **attentes changeantes** des consommateurs instruits et informés influent sur la demande et l'utilisation des services de santé.

Une population vieillissante

Le vieillissement de la population canadienne, résultat d'un taux de fécondité en déclin et d'une espérance de vie plus grande, sera une importante tendance au Canada au XXI^e siècle. En particulier, le vieillissement de la génération des *baby-boomers*, les personnes nées après la Seconde Guerre mondiale, exercera une pression temporaire mais lourde sur le système de santé à compter de 2020 environ. Par exemple :

- la fraction de la population souffrant d'affections chroniques dues à l'âge, comme les démences séniles, les maladies du cœur et les effets d'accidents cérébraux vasculaires, augmentera sensiblement;
- la demande de travailleurs de la santé sera plus élevée, notamment pour les soins de longue durée;
- il faudra augmenter les dépenses de santé publiques pour maintenir les niveaux de service existants.

Ces changements posent des défis à tous les acteurs du système de santé, dont Santé Canada. Le budget fédéral de 2000 reconnaît la haute priorité que les Canadiens accordent à leur santé et à leurs soins de santé et donne suite aux importants investissements du budget de 1999 en vue du renforcement et du renouvellement du système. Santé Canada continue de travailler avec ses nombreux partenaires, dont les provinces et les territoires, les Premières nations et les Inuits, d'autres ministères fédéraux, des partenaires internationaux, des associations professionnelles, des organismes communautaires et le secteur bénévole, pour s'attaquer à ces questions et exploiter les possibilités offertes par la nécessité d'une réforme.



Description des secteurs d'activité

Gestion des risques pour la santé

Ce secteur d'activité est chargé de prévoir et de prévenir les risques pour la santé que présentent les aliments, l'eau, les médicaments, les matériaux médicaux et autres produits thérapeutiques, les risques environnementaux et hygiéniques, les maladies, les biens de consommation, les produits antiparasitaires, le sang et les produits du sang, les catastrophes qui se produisent en temps de paix et certains déterminants de la santé tels que le comportement d'une personne, la famille, les conditions sociales et économiques. Ce secteur d'activité est aussi chargé de réagir à ces risques.

Promotion de la santé de la population

Ce secteur d'activité se fonde sur une perception élargie et intégrée de la santé de la population qui tient compte des déterminants sociaux, comportementaux, et économiques de la santé. Il cherche à réduire les inégalités entre les Canadiens et les Canadiennes sur le plan de la santé en élaborant et en soutenant des politiques et des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé, en collaboration avec d'autres ministères, les gouvernements provinciaux et territoriaux, et les intervenants non gouvernementaux. Ce secteur d'activité favorise les mesures de promotion de la santé qui sont axées sur les déterminants liés directement à la santé ou à d'autres domaines, tout au long du cycle de vie. Ce secteur d'activité met en évidence la nécessité de se concentrer sur les enfants en bas âge pour favoriser un meilleur état de santé à long terme. Les services de ce secteur d'activité sont dispensés suivant un cadre axé sur les trois stades du cycle de vie : i) enfance/adolescence; ii) début de l'âge adulte/maturité; iii) troisième âge.

Santé des Autochtones

Les spécialistes du domaine de la santé et les Autochtones ont établi que, lorsque ceux-ci pourront prendre leurs propres décisions en matière de santé, il sera plus facile d'améliorer leur état de santé par rapport aux autres Canadiens et Canadiennes et de remédier aux préoccupations quant aux services de santé qui leur sont destinés. Le secteur d'activité, Santé des Autochtones, cherche à accroître le contrôle et la gestion des services de santé communautaires par les Autochtones. Divers moyens sont utilisés à cette fin : transferts, accords de contribution intégrés et d'autres mesures de financement des services de santé, valorisation du potentiel et formation. Ce secteur d'activité appuie également des activités qui visent à améliorer la situation des Premières nations et des Inuits du point de vue de la santé.



Soutien et renouvellement du système de santé

Ce secteur d'activité offre un soutien au leadership dans tous les domaines du système de santé canadien. Il met à profit les connaissances et les interventions de l'ensemble du Ministère afin d'assurer la viabilité et le coût abordable de l'assurance-santé, ainsi qu'un meilleur équilibre au sein du système de santé entre les soins, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé. Ce secteur d'activité vise à accroître l'efficacité et l'efficacité du système en collaboration avec les provinces et les territoires.

Politiques, planification et information en matière de santé

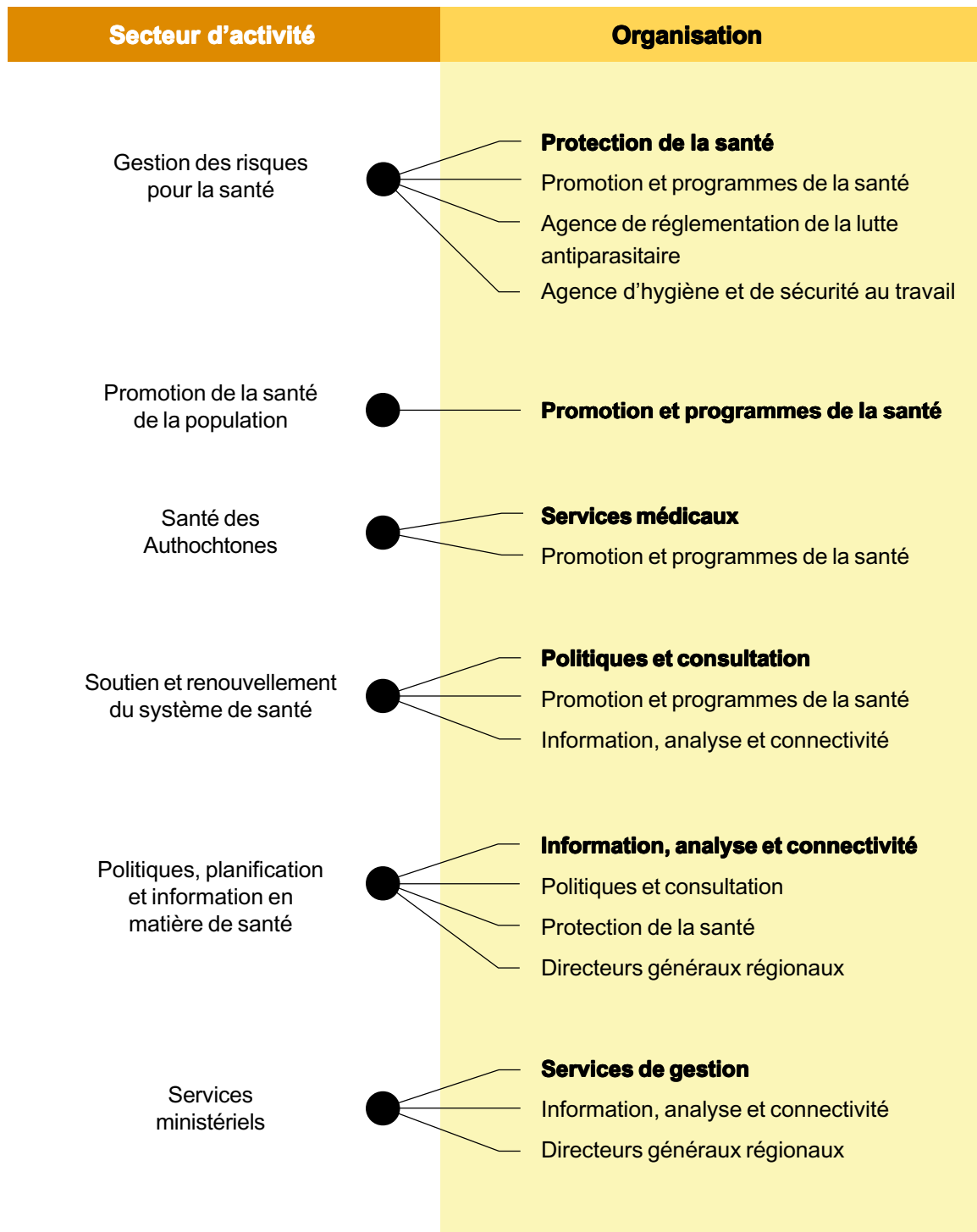
Ce secteur d'activité contribue à l'atteinte des objectifs du gouvernement fédéral en matière de santé de la manière suivante : à l'interne, il intègre de façon efficace par rapport au coût les activités et les leviers (surveillance, recherche, politiques, communications, relations fédérales-provinciales et internationales, lois, consultation, planification et examen) de tous les secteurs d'activité afin d'exécuter le programme du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et d'assumer les responsabilités fondamentales de Santé Canada; à l'externe, il favorise la production, la diffusion et l'utilisation de renseignements sur la santé, eu égard aux rôles des partenaires du Ministère dans ce domaine.

Services ministériels

Ce secteur d'activité fournit des services et des conseils aux cadres supérieurs du Ministère pour répondre aux besoins liés à la gestion, à l'utilisation et au contrôle des ressources humaines et financières, aux installations et aux biens, à l'informatique et à la vérification.



Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle 1999-2000



Caractères gras - Responsabilité principale







SECTION III : RENDEMENT DU MINISTÈRE

A : Tableau des principaux engagements en matière de résultats

Ce tableau des principaux engagements en matière de résultats témoigne des efforts continus qui sont déployés pour améliorer la mise en correspondance des engagements et des techniques de mesure à Santé Canada.

À fournir aux Canadiens :	Se manifeste par :
<p>Gestion des risques en matière de santé</p> <p>Protection de la santé des Canadiens et des Canadiennes et aide visant l'amélioration de leur santé, par la définition et la gestion des risques et des avantages pour leur santé et par des conseils dispensés à cet égard.</p>	<ul style="list-style-type: none">1.1 Aliments sains et nutritifs.1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces.1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs.1.4 Milieux de vie et de travail sûrs.1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies.1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux.1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme.



À fournir aux Canadiens :	Se manifeste par :
<p>Gestion des risques en matière de santé (suite)</p>	<p>1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces.</p>
<p>Promotion de la santé de la population</p> <p>Approche d'amélioration de la santé qui consiste à agir sur les déterminants de la santé pour favoriser des attitudes et des comportements sains et prévenir les maladies et les blessures.</p>	<p>2.1 Sensibilisation du public et compréhension des facteurs qui déterminent la santé individuelle et collective et des mesures à prendre pour la préservation et l'amélioration de la santé.</p> <p>2.2 Réduction des inégalités en matière de santé pour certains groupes démographiques et amélioration de l'état de santé de la population.</p> <p>2.3 Évaluation et prise en considération par les secteurs privé, public et bénévole des conséquences des politiques, des pratiques, des programmes et des services nouveaux et existants pour la santé.</p> <p>2.4 Réduction de la maladie et des décès causés par le tabagisme.</p>
<p>Santé des Autochtones</p> <p>Services et programmes de santé durables pour les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, qui aident à réduire les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies afin que ces populations puissent parvenir à un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans le contexte de l'autonomie et du contrôle des Premières nations et des Inuits.</p>	<p>3.1 Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et réduction des inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens.</p> <p>3.2 Une population de Premières nations et d'Inuits informée et consciente des facteurs qui influent sur la santé et des mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé.</p> <p>3.3 Services de santé efficaces disponibles et accessibles aux Premières nations et aux Inuits.</p> <p>3.4 Gestion et responsabilité accrues, des services de soins de santé et du Programme des services de santé non assuré de la part des Premières nations et les Inuits.</p>



À fournir aux Canadiens :	Se manifeste par :
<p>Soutien et renouvellement du système de santé</p> <p>Leadership qui contribue à la pérennité d'un système de santé qui possède un important caractère national et qui répond aux besoins des Canadiens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Des services hospitaliers et médicaux financés par l'État qui sont conformes aux principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (LCA). 4.2 Un système de santé intégré offrant des services de santé efficaces. 4.3 Initiatives nationales et internationales innovatrices qui renforcent le système de santé. 4.4 Meilleure compréhension des questions fondamentales se rapportant aux soins de santé, et meilleurs outils et mécanismes pour améliorer l'accès à une gamme de services équitables et de haute qualité. 4.5 Partenariats renforcés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intéressés, les Canadiens et les partenaires internationaux.
<p>Politiques, planification et information en matière de santé</p> <p>Politiques et plans nationaux efficaces et information fiable et à jour en matière de santé, pour appuyer une prise de décision stratégique et fondée sur des données probantes, à Santé Canada, dans l'ensemble du système de santé et chez les Canadiens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Politiques et plans nationaux qui portent effectivement sur les nouveaux défis en matière de santé ou les changements aux priorités existantes dans ce domaine. 5.2 Un système de santé qui est plus efficace, plus efficace et plus transparent, et qui comprend une infrastructure nationale efficace d'information et de recherche en santé. 5.3 Accessibilité et utilisation d'une information fiable pour les Canadiens et les Canadiennes afin de préserver et d'améliorer leur santé.



À fournir aux Canadiens :	Se manifeste par :
<p>Politiques, planification et information en matière de santé (suite)</p>	<p>5.4 Des politiques, des programmes et des stratégies de santé internationale qui contribuent à la capacité du Ministère d'atteindre ses objectifs nationaux et internationaux.</p>
<p>Services ministériels</p> <p>Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'utilisation de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.</p>	<p>6.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux.</p> <p>6.2 Amélioration continue de la promotion de saines pratiques de gestion.</p>



B : Responsabilisation

La vision de Santé Canada en matière de responsabilisation est celle d'une organisation axée sur les résultats et le rendement qui, de façon crédible, engage les Canadiens et les Canadiennes et les informe sur les conséquences de ses politiques et de ses programmes pour la santé de la population. Le Ministère est à mettre en œuvre un certain nombre d'initiatives visant à améliorer les procédures de responsabilisation, à intégrer à sa pratique les principes d'une gestion axée sur les résultats, et à favoriser un changement des mentalités en faveur d'une prise de décision et d'une gestion de programme orientées vers les résultats. Ces initiatives sont conformes au document *Une gestion axée sur les résultats*, du Conseil du Trésor, et aux principes d'une gestion améliorée.

Stratégie 1

Améliorer la qualité et l'utilisation de l'information sur le rendement dans tout le Ministère, et améliorer les liens entre les résultats clés prévus, le rendement réel, l'utilisation des ressources ainsi que les résultats sur le plan de la santé pour les Canadiens et les comptes à leur rendre.

Réalisations

- Adoption d'une initiative fédérale de responsabilisation appliquée aux politiques et aux programmes de Santé Canada, d'une durée de trois ans, et d'un budget de 43 millions de dollars, ayant pour but de mieux renseigner les Canadiens et les Canadiennes sur les rôles, les responsabilités et le rendement des programmes du Ministère, d'améliorer la gestion de l'information et la responsabilisation, et de miser davantage sur les données probantes et les résultats dans les politiques et les programmes ministériels. À cette fin, Santé Canada :
 - a fait appel à la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse pour encourager une prise de décision stratégique et fondée sur des données probantes :
 - a) en améliorant les bases analytiques de la responsabilisation par une meilleure compréhension des divers facteurs qui influent sur les résultats en matière de santé,
 - b) en assurant la distribution de meilleurs outils d'accès aux données quantitatives et autres dans tout le Ministère,
 - c) en améliorant les rapports de rendement du Ministère;
 - a lancé un projet pilote triennal d'élaboration de mesures du rendement, afin d'offrir des outils et une expertise aux gestionnaires de Santé Canada pour la mesure et la gestion du rendement, ainsi qu'un financement partagé pour l'élaboration et l'utilisation de cadres de rendement pour les programmes existants.
- Lancement de la mise en œuvre de la Stratégie d'information financière (SIF), d'envergure gouvernementale, afin d'appuyer la gestion des dépenses, la planification des activités, l'établissement des budgets, l'examen des



programmes, et d'autres processus de gestion et de prise de décision. La SIF facilitera la responsabilisation en ce qui concerne les résultats des programmes et les résultats financiers, et améliorera les prévisions budgétaires et les rapports de rendement. D'autres initiatives connexes ont été lancées, comme l'établissement de liens entre le rendement individuel, la gestion axée sur les résultats, et la modernisation de la fonction d'évaluation du Ministère.

- Achèvement du premier cycle du Projet d'évaluation de l'impact des programmes (PEIP), importante initiative visant à modifier la structure et la culture organisationnelles, qui comprend notamment l'analyse, centrée sur les résultats, des six grands secteurs d'activité de Santé Canada. Des outils et des approches analytiques ont été mis au point pour guider l'établissement des priorités, l'affectation des ressources et la prise de décision fondée sur des données probantes. Des engagements ont été pris pour renforcer la mesure du rendement et les régimes de responsabilisation, et le suivi est en cours. Le PEIP a catalysé la transformation de Santé Canada en une organisation innovatrice, en apprentissage continu, comptable devant les Canadiens et les Canadiennes, et motivée par les résultats à atteindre.

Stratégie 2

Améliorer la participation du public à l'élaboration de cadres de responsabilisation en ce qui concerne l'efficacité des décisions relatives aux politiques de santé, le rendement du système de santé et les résultats des dépenses fédérales directes pour la santé.

Réalisation

- Élaboration d'une politique, de lignes directrices et d'une trousse d'outils pour aider le Ministère à concevoir et à mettre en œuvre des stratégies visant à faire participer le public à l'élaboration des politiques et des programmes de santé. (Voir également page 37 au sujet de la création du Bureau de la consommation et de la participation du public).

Stratégie 3

Améliorer la responsabilisation et les rapports en matière de soins de santé.

Réalisations

- Publication, diffusion et déposition devant la Chambre des communes du rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Ce rapport renseigne les Canadiens et les Canadiennes sur le respect des principes et des conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* par les provinces et les territoires. Les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent l'information requise.
- Engagement, dans une réponse publique au rapport du Vérificateur général en novembre 1999, à travailler avec les provinces et les territoires pour améliorer les rapports sur la conformité aux principes et aux conditions de *Loi canadienne sur la santé*. De meilleurs rapports fourniront aux Canadiens et aux Canadiennes une information d'actualité, pertinente et compréhensible. Ils aideront aussi à surveiller et à gérer la conformité à la loi.



- Commande, au nom des ministres FPT de la Santé, d'une étude sur l'élaboration de cadres de responsabilisation et d'indicateurs de rendement pour les systèmes et les soutiens en matière de santé mentale, dans le cadre d'une initiative multi-phase ayant pour but de mettre en place dans ce secteur des services et des soutiens fondés sur des données probantes. Ces travaux s'inscrivent dans le prolongement d'efforts antérieurs visant à documenter les pratiques optimales dans la réforme du système de services de santé mentale, et ils mettent l'accent sur des approches destinées à améliorer la responsabilisation.
- Repérage des secteurs de programme clés dont il faudra rendre compte aux fins de l'Entente-cadre sur l'union sociale, conformément au document *Une gestion axée sur les résultats 2000*, du Conseil du Trésor. Pour plus de détails, voir les modèles de responsabilisation aux fins de l'Entente-cadre sur l'union sociale, à < http://socialunion.gc.ca/news/020499_f.html >.

Ces initiatives complètent les efforts déployés globalement par l'Institut canadien d'information sur la santé et par Statistique Canada pour rendre compte du rendement de l'ensemble du système de santé canadien, de ses résultats et de la santé des Canadiens.



C : Réalisations en matière de rendement

Secteur d'activité 1 : Gestion des risques pour la santé

Renseignements financiers

(En millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	316,7 \$	332,1 \$	318,5 \$
Recettes attendues	(44,9 \$)	(55,8 \$)	(53,8 \$)
Dépenses nettes	271,8 \$	276,3 \$	264,7 \$*

* Cette somme représente 13 p, 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Les dépenses réelles sont inférieures de 11,5 millions de dollars aux autorisations totales, car certaines activités entreprises à l'aide de ressources reçues vers la fin de l'exercice 1999-2000 en vue de « soutenir la capacité fédérale de protection de la santé », conformément au budget de 2000, n'ont pas été toutes menées à terme. Les ressources seront reportées à l'exercice 2000-2001 lorsque les dernières dépenses seront engagées.

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

Objectif

Améliorer la surveillance de la santé et la capacité de prévoir, de prévenir et de réduire les risques associés aux maladies, aux aliments, à l'eau, aux médicaments, au matériel médical et autres produits thérapeutiques, aux produits antiparasitaires, aux risques environnementaux, aux biens de consommation et aux déterminants fondamentaux de la santé agissant en amont (comportement individuel, famille, conditions sociales et économiques).

Principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Pour de plus amples renseignements sur les principaux engagements en matière de résultats, voir les secteurs de services qui suivent.





Principaux engagements en matière de résultats

- PER 1.1 Aliments sains et nutritifs**
- PER 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces**
- PER 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs**
- PER 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs**
- PER 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies**
- PER 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux**
- PER 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme**
- PER 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces**

Stratégie 1

Mettre à jour le cadre de gestion des risques pour évaluer les risques pour la santé et l'environnement.

Réalisations

- Élaboration du Cadre décisionnel de Santé Canada pour l'identification, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé, afin d'aider le Ministère à déterminer et à analyser les risques pour la santé des Canadiens et à prendre des décisions pour la prise en charge de ces risques.
- Établissement de plans détaillés pour assurer le renforcement et la réorientation de la capacité scientifique du Ministère en vue d'une prise en charge plus efficace des principaux risques pour la santé.
- Création du Bureau de la consommation et de la participation du public (BCPP) au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments. La création du BCPP répond au désir des Canadiens et des Canadiennes d'être mieux renseignés sur les questions de protection de la santé et de participer davantage à l'élaboration des politiques et des programmes visant à protéger leur santé et à assurer leur sécurité. Le BCPP fournira plus d'information sur les programmes de santé aux Canadiens, et il leur permettra de participer au processus décisionnel en les aidant à mieux connaître et à mieux comprendre comment le système de santé fonctionne. Le BCPP prépare une vaste gamme d'outils interactifs d'information, de consultation et d'engagement en vue de rejoindre et de faire participer des publics clés particuliers.



Stratégie 2

Mettre à jour et simplifier la base législative de la gestion des risques.

Réalisations

- Élaboration d'une proposition en vue de renouveler le cadre législatif de la protection de la santé (notamment de créer une nouvelle loi sur la protection de la santé), afin :
 - d'énoncer clairement le rôle du gouvernement fédéral dans la protection de la santé;
 - de définir les orientations générales;
 - de moderniser les lois existantes et de les intégrer en un système cohérent
- Préparation d'une deuxième série de consultations en vue de créer un projet de loi nouvelle sur la protection de la santé, qui serait déposé en 2000. En collaboration étroite avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et de concert avec les intervenants, le Ministère procédera également à l'examen du règlement des aliments pris en vertu de la première *Loi sur les aliments et drogues* pour permettre la mise en application efficace de la *Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada*.

Stratégie 3

Établir une nouvelle autorité réglementaire qui sera la première responsable de l'évaluation de la sûreté des produits de santé naturels.

Réalisation

- Création d'un nouveau Bureau des produits de santé naturels (BPSN), qui assurera l'innocuité des produits de santé naturels vendus aux Canadiens tout en facilitant l'accès des consommateurs à un éventail complet de ces produits.



Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	56,7 \$	43,2 \$	40,5 \$
Recettes attendues	(1,3 \$)	(1,3 \$)	(1,1 \$)
Dépenses nettes	55,4 \$	41,9 \$	39,4 \$*

* Cette somme représente 14,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

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

Objectif

Protéger et 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 jouant un rôle consultatif à cet égard.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.1 Aliments sains et nutritifs

Réalisations

Nutrition

- Examen de 47 dossiers de préparation pour nourrissons, d'aliments nouveaux et d'adjonction de vitamines et de minéraux à des aliments, pour assurer l'innocuité et la qualité nutritionnelle de ces produits.
- Étiquetage nutritionnel : vastes consultations auprès de Canadiens et de Canadiennes qui s'intéressent à l'examen de la politique de l'étiquetage nutritionnel, en vue d'améliorer l'utilité de cet étiquetage, d'en accroître la disponibilité, et de sensibiliser davantage le public à son utilité. Au moyen de trousseaux de consultation et du site Web de Santé Canada, plus de 950 Canadiens ou organisations canadiennes ont fait valoir leur point de vue.



Leurs opinions ont été analysées, et elles seront prises en considération pour l'élaboration de la nouvelle politique. Pour de plus amples renseignements, voir : < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/sujets/etiquetage_des_aliments/etiquetage_nutritionnels.html >.

- Élaboration d'un projet de recommandations de principe pour l'apport de changements en vertu de l'enrichissement des aliments, de manière à refléter les nouvelles connaissances scientifiques sur le rôle des vitamines et des minéraux dans la santé. Les recommandations visent à assouplir la réglementation tout en veillant à ce qu'elle continue de répondre aux besoins en matière de santé publique et de protéger la population contre les effets nocifs des apports nutritionnels excessifs ou mal équilibrés.
- Parrainage d'un examen des données scientifiques sur les exigences et les concentrations maximales tolérables de nutriments et autres constituants alimentaires. Cet examen, qui est réalisé par le *Food and Nutrition Board* de la *National Academy of Sciences*, des États-Unis, vise à produire une série d'apports nutritionnels de référence, destinés à remplacer les apports nutritionnels présentement recommandés pour les Canadiens.

Maladies d'origine alimentaire

- Mise en œuvre d'un projet pilote visant à créer un modèle pour relier et intégrer les données de surveillance sur les maladies de source alimentaire, hydrique, animale, environnementale ou humaine. L'analyse de ces données permettra de déterminer l'influence des facteurs de risques animaux et environnementaux sur la santé humaine et d'établir des stratégies d'intervention en conséquence.
- Étude et mise au point de méthodes rapides pour la détection de pathogènes d'origine alimentaire comme *E. coli* O157 afin d'aider à identifier la source d'infection dans les produits contaminés lors d'enquêtes épidémiologiques. Élaboration de politiques à fondement scientifique pour les principaux pathogènes d'origine alimentaire.
- Projets de recherche, évaluations de risques et élaboration de politiques relativement à nombre de produits d'origine végétale (jus non pasteurisés, baies du Guatemala, germes de semences), afin d'assurer l'innocuité de ces produits crus, en partenariat avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et les provinces et territoires. Par exemple, un projet de recherche consiste à mettre au point une méthode rapide pour la mise en évidence de *Cyclospora* dans les baies du Guatemala.
- Études collectives sur la surveillance de l'utilisation des produits antimicrobiens et de la résistance à ces produits, en partenariat avec des chercheurs gouvernementaux et universitaires, des producteurs d'aliments de bétail, la profession vétérinaire et l'industrie pharmaceutique, ainsi qu'avec d'autres secteurs de l'industrie agricole et agroalimentaire.



Innocuité chimique

- Réalisation de projets visant à éclairer les liens entre les produits chimiques présents dans les aliments et des maladies ou états chroniques comme le cancer et certains effets neurologiques et génétiques, en mettant en évidence les marqueurs biologiques précoces ou intermédiaires. Les résultats préliminaires de ces projets de longue durée ont été présentés à la communauté scientifique.
- Gestion de l'évaluation de risque canadienne lors de la crise alimentaire belge, en partenariat avec l'ACIA. Analyse de plus de 100 échantillons d'aliments belges pour y déceler la présence de dioxines et de BPC, et réponse aux préoccupations du public et des médias. Transfert de technologie à des laboratoires privés pour accroître la capacité nationale de prise en charge des menaces posées par les aliments.
- Dans le cadre d'un programme prenant en compte la ration alimentaire totale pour mesurer l'exposition à long terme des Canadiens à divers produits chimiques, obtention de nouvelles données sur les BPC, les dioxines, les métaux et les pesticides, pour plusieurs centaines d'aliments; ces données sont largement utilisées par divers clients, par exemple, l'ACIA, la *Food and Drug Administration* des États-Unis et l'*Environmental Protection Agency* des États-Unis.

En ce qui concerne l'examen préalable à la mise en marché des substances chimiques, le Ministère a évalué environ 160 dossiers d'additifs alimentaires et quelque 2 600 dossiers de matériel de conditionnement et d'autres substances chimiques utilisées dans les aires de traitement des aliments.
- Réponse à plusieurs milliers de demandes de renseignements au sujet des produits chimiques dans les aliments. De plus, réalisation d'une quarantaine d'évaluations sur les risques posés par divers contaminants chimiques et toxines naturelles présents dans les aliments. Par exemple :
 - dioxines dans les aliments importés de Belgique (voir ci-dessus);
 - microcystines dans les produits à base d'algue bleue vendus comme aliments;
 - mercure et autres métaux lourds dans les fruits de mer;
 - organochlorés, notamment dioxines, furannes et BPC, dans divers aliments traditionnels.

Biotechnologie

- Promulgation du Règlement sur les aliments nouveaux en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, étape cruciale pour la soumission des aliments d'origine biotechnologique à des contrôles réglementaires appropriés. Le règlement exige que Santé Canada soit informé au préalable de la mise en marché au Canada de tout aliment d'origine biotechnologique afin que l'innocuité du produit puisse être évaluée en profondeur.



Évaluation de l'innocuité des aliments

- Publication du premier rapport d'évaluation sur l'efficacité des activités de l'ACIA en ce qui a trait à l'innocuité des aliments. Le rapport, qui portait notamment sur le Système d'intervention d'urgence (de l'ACIA) en cas de dangers causés par les aliments, faisait ressortir les points forts et les points faibles. Les points faibles ont été améliorés, ou sont en voie de l'être.



Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	61,6 \$	75,8 \$	77,9 \$
Recettes attendues	(34,7 \$)	(39,3 \$)	(38,7 \$)
Dépenses nettes	26,9 \$	36,5 \$	39,2 \$*

* Cette somme représente 14,8 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

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

Objectif

Veiller à ce que les médicaments, le matériel médical et les autres produits thérapeutiques à la disposition des Canadiens soient sûrs, efficaces et de bonne qualité. Santé Canada assure également l'orientation et le soutien législatifs des activités d'application de la loi pour la lutte contre les drogues illicites.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations



PER 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces

Stratégie 1

Nouvelles initiatives législatives, réglementaires et de supervision

Réalisations

- Fin de l'élaboration du cadre réglementaire pour les produits de santé naturels.
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp> >
- Établissement d'une réglementation pour faciliter et améliorer l'accès aux produits thérapeutiques, sous réserve de certaines précautions, avant l'approbation des produits dans le cadre du programme d'essais cliniques ou du programme d'accès spécial.



- Élaboration de modifications et de guides pour permettre l'usage de la marijuana à des fins médicales. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/cds.html> >
- Ébauche de modifications au Règlement sur le sperme en vue d'inclure dans ce dernier des dispositions prévoyant d'autres épreuves d'établissement de la sûreté du sperme de donneur ainsi que des modalités d'accès spéciales. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/guidmain.html#semen> >
- Publication de lignes directrices pour clarifier et simplifier davantage le processus d'homologation avant la mise sur le marché afin d'offrir un guichet unique pour les produits de désinfection, en coopération avec l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA). < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/consult/disinfect/disgdlx_2_f.html >

Stratégie 2

Sûreté du système d'approvisionnement en sang

Réalisations

- Examen et approbation de trousse d'essai pouvant être utilisées par les professionnels de la santé pour la détection précoce du VIH, et production de guides pour un usage approprié de ces trousse.
- Assurance de la continuité du service pour les Canadiens et les Canadiennes durant la transition vers la mise en place de deux nouveaux organismes responsables de l'approvisionnement en sang au Canada (la **Société canadienne du sang** et Héma-Québec), une attention particulière ayant été accordée aux systèmes informatiques et aux risques de problèmes ayant pu survenir lors du passage à l'an 2000.
- Élaboration d'une politique d'exclusion pour les donneurs de sang ayant vécu ou séjourné au Royaume-Uni pendant six mois ou plus entre 1980 et 1996, afin de réduire le risque de contamination des réserves de sang par l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Stratégie 3

Harmonisation internationale et coopération réglementaire < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/intagree.html> >

Réalisations

- Mise en œuvre d'une procédure opératoire normalisée pour définir le processus de consultation; application et maintien des exigences techniques de la Conférence internationale sur l'harmonisation visant les produits thérapeutiques pour faire en sorte que les décisions réglementaires continuent de répondre aux besoins du public canadien.



- Fin des activités de mise en confiance devant appuyer les ententes de reconnaissance mutuelle avec l'Union européenne et la Suisse. Inspection des établissements de fabrication de produits pharmaceutiques sur les territoires soumis à la réglementation des partenaires.
- Signature, avec l'organisation chinoise nationale chargée de l'administration des médicaments, d'un plan d'action pour l'échange d'information réglementaire.

Stratégie 4

Responsabilité financière, efficience du programme et responsabilisation

Réalisations

- Élaboration d'une stratégie de participation du public dans divers domaines d'intérêt général ou particulier (p. ex., xénotransplantation, usage médical de la marijuana, etc.).
- Amélioration des outils et des initiatives de communication (p. ex. Feuilles d'information, Bulletin du PPT).
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/fact-sht.html> >
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/aboutus.html> >
- Relevé des lacunes et des points à améliorer dans le processus d'examen des médicaments, afin de rendre ce processus plus rapide et mieux adapté. Cet important examen a été effectué de concert avec le Groupe de travail sur le VIH/sida. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/advcomm/wg/hiv/minutes/drp-rec_f.pdf >
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/strategy/postapproval1999-2003_f.pdf >
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/science/drg_f.html >
- Publication de rapports périodiques complets et détaillés sur le processus d'approbation des médicaments. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/aboutus.html> >
- Mise en place d'un nouveau système de gestion, y compris d'une infrastructure améliorée de gestion du savoir, d'un nouveau système de planification opérationnelle, de rôles et responsabilités organisationnels révisés, et des mécanismes de soutien connexes.

Programme de subventions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Société canadienne du sang : Transition



Délais d'examen des médicaments pour les nouvelles substances actives (NSA)

Délais d'examen améliorés

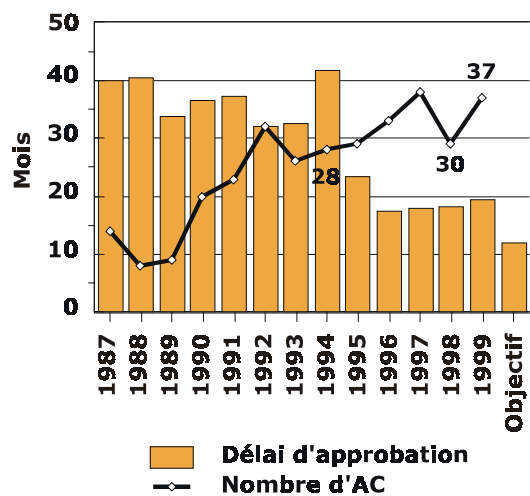
1988: 8 NSA approuvées en 1 235 jours en moyenne
 1994: 28 NSA approuvées en 1 269 jours en moyenne
 1999: 37 NSA approuvées en 595 jours en moyenne

Examens prioritaires (processus accéléré)

1997: 8 médicaments en 569 jours
 1998: 8 médicaments en 396 jours
 1999: 18 médicaments en 347 jours

Les objectifs sont de 355 jours et de 235 jours respectivement. En raison d'un manque de ressources, nous ne sommes pas en mesure d'atteindre ces objectifs. De nouvelles ressources tirées du Budget 2000 nous aideront à atteindre nos objectifs.

Délais moyen d'approbation pour les nouvelles substances actives (NSA)



Secteur de service C : Hygiène du milieu

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	57,2 \$	61,9 \$	57,3 \$
Recettes attendues	(3,3 \$)	(3,3 \$)	(2,1 \$)
Dépenses nettes	53,9 \$	58,6 \$	55,2 \$*

* Cette somme représente 20,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

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

Objectif

Améliorer la sûreté et la sécurité des produits, et réduire les risques pour la santé en reconnaissant, en évaluant et en gérant les risques et les avantages des milieux naturels et artificiels, tout en contribuant au développement durable.

Principaux engagements en matière de résultats (PER) et réalisations



- PER 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs**
- PER 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs**

Réalisations

- Études régionales, nationales et internationales :
 - collecte de données sur les effets à long terme de la pollution atmosphérique sur la santé des adolescents (avec la *Harvard School of Public Health*);
 - recherche sur la santé des jeunes enfants et l'exposition précoce aux allergènes présents dans l'air (avec des organismes de l'Î.-P.-É et la Société canadienne d'hypothèques et de logement);
 - analyse de la pollution atmosphérique et visite d'un service d'urgence cardio-respiratoire (Saint John);



- analyse de relevés journaliers de la pollution atmosphérique et des effets sur la santé (cardio-respiratoire) en termes de mortalité et de morbidité, du nombre de jours d'invalidité (à l'échelle nationale) et d'utilisation des établissements de santé;
- analyse des effets des radionucléides naturels sur le matériel génétique humain et animal.
- Financement de 81 projets de recherche dans le cadre de l'**Initiative de recherche sur les substances toxiques**, qui généreront plus de données scientifiques ou autres sur les effets des polluants organiques persistants, des métaux, des produits chimiques perturbateurs du système endocrinien et de la qualité de l'air urbain sur la santé, ainsi que des données sur les effets environnementaux cumulatifs.
- Poursuite de l'élaboration de normes nationales sur la qualité de la mammographie, afin de maintenir et d'améliorer cette qualité et d'ainsi permettre un meilleur diagnostic du cancer du sein.
- Sensibilisation au Programme d'accréditation en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes pour assurer un usage sûr et approprié des appareils de mammographie.
- En vertu des responsabilités dévolues par la *Loi sur les produits dangereux* :
 - activités nationales d'application de la loi pour les jouets, les briquets, les allumettes, le charbon de bois, les contenants en verre de boissons gazeuses et les anneaux de dentition;
 - activités visant à encourager les programmes volontaires de conformité aux normes de non-inflammabilité visant les meubles rembourrés et aux normes visant les marchettes de bébé;
 - mesures coercitives contre les entreprises dont les produits n'étaient pas conformes;
 - interventions pour réduire la teneur en plomb dans certains produits pour enfants, notamment l'envoi de 7 855 lettres aux fabricants, distributeurs et importateurs de bijoux pour demander de limiter la teneur totale en plomb à 65 mg/kg.
- Activités de surveillance en vertu de la *Loi sur le tabac* et des dispositions réglementaires sur l'accès des jeunes au tabac, qui ont révélé un taux de conformité de 69 p. 100 chez les détaillants.
- Création d'un Comité consultatif des jeunes (CCJ) chargé de présenter des recommandations, et de faire connaître les préoccupations et les opinions des jeunes sur les questions touchant le tabagisme, à la Secrétaire d'État à l'Enfance et à la Jeunesse.
- Pendant la Semaine nationale des non-fumeurs, dépôt de propositions de mises en garde relatives à la santé et devant occuper 50 p. 100 de la surface du paquet de cigarettes.
- Diffusion de messages antitabac à la télévision, et publication d'annonces ciblant les 13 à 19 ans dans les magazines pour jeunes au cours de l'automne 1999.



- Présentation de propositions, par le nouveau Bureau des produits commerciaux (BPC), sur les priorités en matière de salubrité de l'environnement pour la *Loi canadienne sur la protection de la santé*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* et la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*. Les fonctionnaires du BPC ont rencontré des représentants du secteur privé, des provinces, de laboratoires et d'associations de santé, ainsi que des autorités régionales et municipales, afin de cerner leurs besoins législatifs et de les renseigner sur le Programme d'hygiène du milieu.
- Publication, en collaboration avec les provinces, d'un code de sécurité fédéral pour les radiofréquences électromagnétiques (y compris les fréquences de télécommunications).

< http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/catalogue/brp_pubs/99dhm237.pdf >

Comme chef de file gouvernemental pour la contribution à la mise en place d'un système harmonisé universel pour la classification et l'étiquetage des produits chimiques dangereux :

- établissement de critères de risque pour les substances chimiques pures;
- ratification de l'élément « communication des dangers » du système harmonisé;
- ratification de certains critères pour la classification des mélanges chimiques.
- En vertu du Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire :
 - Accueil de CANATEX 3/INEX 2, vaste exercice international de simulation de catastrophe nucléaire, auquel ont participé plus de 50 organismes du Canada, des États-Unis, de la France et d'une trentaine d'autres pays.
 - Élaboration de lignes directrices nationales pour le contrôle des aliments et de l'eau contaminés après un accident nucléaire, pour d'autres interventions en cas d'urgence nucléaire, ainsi que pour le contrôle des matières radioactives naturellement présentes dans l'environnement.
- En vertu du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires :
 - Inscription de Vancouver auprès du Bureau du traité à Vienne comme premier site d'enquête canadien pour l'élément « radioactivité » du Système de surveillance international.
 - Création d'une capacité nationale de laboratoire pour les radionucléides, devant permettre de surveiller les retombées radioactives partout au Canada.

Programme de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Initiative de recherche sur les substances toxiques



Secteur de service D : Prévention et contrôle de la maladie

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	53,6 \$	50,0 \$	43,3 \$*

* Cette somme représente 16,3 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

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

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 soins palliatifs pour un large éventail de maladies.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies

Maladies infectieuses

Réalisations

- Établissement d'un système pilote intégré de surveillance des maladies transmissibles par le sang permettant l'analyse et l'interprétation de données uniformisées, en partenariat avec la Colombie-Britannique, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard.
- Soutien diagnostique en laboratoire pour la surveillance nationale et internationale des maladies à prions; services et conseils scientifiques et techniques à des ministères et à des centres externes pour le diagnostic des prions, leur prévention et leur contrôle. Ces efforts ont permis de produire des données épidémiologiques aux fins de l'évaluation des risques, de la prise de décisions réglementaires et de l'élaboration de politiques visant à réduire l'impact sur la santé publique canadienne.
- Établissement d'un Plan d'urgence canadien de lutte contre la pandémie de la grippe, de concert avec les provinces et les territoires. Le plan, qui continuera d'évoluer, vise à atténuer l'impact de la pandémie de grippe prévue.



Maladies non infectieuses, affections et blessures

Réalisation

- Mise en chantier du Système national de surveillance du diabète, activité qui a eu pour effet d'améliorer la qualité des données de surveillance à l'échelle nationale. Rôle directeur au sein du Groupe de travail sur l'asthme. Détermination et évaluation d'autres maladies chroniques non transmissibles justifiant des stratégies d'intervention.

Surveillance et soutien des laboratoires

Réalisations

- Avis donnés aux responsables de la santé publique relativement aux nouvelles menaces internationales pour la santé publique, suivi d'une collaboration et d'un échange de connaissances sur la question. Les clients ont utilisé cette information pour réduire les risques que présentent ces nouvelles menaces pour les Canadiens, au pays ou à l'étranger. L'Organisation mondiale de la santé a donné suite aux renseignements communiqués par le Réseau mondial d'information sur la santé publique (RMISP) en coordonnant une intervention mondiale rapide en cas de risque ou de danger pour la santé publique. Les clients canadiens utilisent les données du RMISP pour évaluer les risques pour la santé et prendre de meilleures décisions afin de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes.
- Établissement d'un système national de surveillance pour déceler les éclosions de maladies entériques, et d'un système d'alerte électronique en cas d'éclosion qui permet l'acquisition prompte de données sur les maladies entériques ainsi que sur les maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Le système permet également d'appuyer les mesures de santé publique aux échelles locale, provinciale et fédérale en facilitant la détection et l'intervention rapides, et a donné lieu à une base de données de surveillance nationale qui permet de déterminer les tendances nationales et provinciales des maladies.
- Communication de données de surveillance nationales sur les cas signalés de sida et d'infection par le VIH, de rapports semi-annuels, de bulletins d'*Actualités épidémiologiques* et autres publications, mis à la disposition des parties intéressées. Cette information a été utilisée pour guider plus efficacement les programmes de prévention et de contrôle, notamment pour accroître la capacité de prise en charge du problème du VIH/sida par les communautés des Premières nations.

Progrès relatifs à la mise en application des recommandations du Vérificateur général, chapitre 14, septembre 1999 – Surveillance nationale de la santé

- Se reporter au secteur d'activité Politiques, planification et information en matière de santé, à la page 80, pour en savoir plus sur les progrès relatifs à l'Infostructure nationale de surveillance de la santé (INSS).



- En juin 1999, la Conférence des sous-ministres a donné son appui à la création du Réseau national de surveillance de la santé et à l'établissement d'un organe de coordination fédéral, provincial et territorial (FPT) – Groupe de travail sur la surveillance de la santé.
- Signature d'un protocole avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour une prise en charge lors d'éclotions de maladies d'origine alimentaire. Ce protocole a été suivi à l'occasion d'un certain nombre d'éclotions de maladie. À l'heure actuelle, les provinces et les territoires sont tous consultés en vue d'une adhésion unanime au protocole.
- Établissement de procédures opérationnelles dans quatre grands aéroports internationaux visant à intercepter les voyageurs porteurs de maladies infectieuses potentiellement dangereuses.
- Mise en application d'un plan FPT pour le transport des agents de niveau 4 (anthrax, tuberculose multirésistante, varicelle et autres). Chaque province reçoit de la formation pour savoir comment réagir et expédier le matériel.
- Signature d'une entente officielle entre le Laboratoire de lutte contre la maladie et les provinces et territoires relativement à divers programmes de dépistage du cancer du sein, comme la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, afin de faciliter l'évaluation et la surveillance du programme.



Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	28,2 \$	29,7 \$	28,9 \$
Recettes attendues	(5,3 \$)	(5,3 \$)	(4,5 \$)
Dépenses nettes	22,9 \$	24,4 \$	24,4 \$*

* Cette somme représente 9,2 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

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

Objectif

Fournir une vaste gamme de services directs de sécurité et de santé au travail et de santé publique, ainsi que des conseils en la matière, à toutes les administrations du secteur public, aux organisations sous réglementation fédérale et aux organisations non gouvernementales. Continuer à travailler avec d'autres secteurs de Santé Canada pour protéger la population canadienne contre les maladies quaranténaires. Protéger la santé des dignitaires en visite au Canada.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégie et réalisations



PER 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux

Stratégie

Travailler avec les ministères fédéraux afin de définir une nouvelle « relation de travail ».

Réalisations

L'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST) travaille avec les clients fédéraux pour améliorer l'efficacité du programme par une planification bilatérale des exigences et des délais relatifs à la prestation des services. Des protocoles d'entente portant sur la planification du travail, les prévisions budgétaires, l'utilisation des fonds et la rétroaction aux ministères sur le nombre et le type de services reçus de l'Agence ont été établis.



- Établissement d'un conseil consultatif de gestion.
- Signature de 16 ententes avec des ministères.
- 67 communications du président-directeur général partout au Canada, devant des gestionnaires de tous les ministères fédéraux, sur la diligence raisonnable et la planification de bons programmes de santé et de sécurité au travail. Le personnel régional a participé à de nombreuses autres réunions visant à faire mieux connaître les questions d'actualité et à améliorer les services existants.
- Mise en service d'un système de gestion des affectations.
- Production de rapports trimestriels sur les services aux clients.
- Évaluation des capacités de ministères clients en matière de santé et de sécurité au travail.
- Protection de la santé des dignitaires lors du Sommet de la francophonie et de la Conférence des premières dames, en collaboration avec le ministère des Affaires extérieures et du Commerce international et Patrimoine Canada.

Les partenaires sont les ministères et les organismes qui figurent à l'Annexe I de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*.

L'Agence comme les ministères clients ont bénéficié d'une planification efficiente des besoins en services et d'une rétroaction sur les réalisations.



Secteur de service F : Services d'urgence

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	1,6 \$	1,8 \$	1,9 \$
Recettes attendues	(0,1 \$)	(0,1 \$)	(0,1 \$)
Dépenses nettes	1,5 \$	1,7 \$	1,8 \$*

* Cette somme représente 0,7 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca./msb/emergency/index_f.htm >

Objectif

Soutenir le système des services de santé et des services sociaux en cas de catastrophe.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme

Réalisations

- Maintien d'une réserve nationale en cas d'urgence – matériel médical, fournitures de produits pharmaceutiques – pour appuyer la prestation de services de santé et de services sociaux d'urgence en cas de catastrophe.
- Tenue d'un exercice de deux jours en avril 1999 pour mettre à l'essai le Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire. Suite à l'exercice, un examen a été réalisé et un rapport a été préparé en coopération avec le Bureau de la radioprotection. Les leçons tirées de l'exercice seront incorporées dans le plan afin d'améliorer l'intervention en cas d'urgences de cette nature et de mieux protéger les Canadiens et les Canadiennes.
- En coopération avec les provinces, tenue de séances de formation et de séminaires à l'intention de planificateurs de services d'urgence et de services sociaux ainsi que d'intervenants d'hôpitaux et d'agences sociales, sur la préparation de services de santé et de services sociaux d'urgence.



- Production de lignes directrices portant sur des programmes d'urgence, notamment des services d'alimentation et d'hébergement d'urgence, d'inscription d'évacués et de réponse aux questions sur des personnes manquantes, à l'intention de planificateurs provinciaux et municipaux de services d'urgence et de services sociaux ainsi que d'organisations non gouvernementales.



Secteur de service G : Réglementation de la lutte antiparasitaire

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	16,1 \$	25,8 \$	26,6 \$
Recettes attendues	(0,2 \$)	(6,5 \$)	(7,3 \$)
Dépenses nettes	15,9 \$	19,3 \$	19,3 \$*

* Cette somme représente 7,3 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/french/MenuPages/MainMenu_NC_F.htm >

Objectif

Protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant les risques que comporte l'utilisation de produits antiparasitaires, tout en permettant l'accès à des outils de lutte antiparasitaire, à savoir des produits antiparasitaires et des stratégies de lutte antiparasitaire durables.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations



PER 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces

Stratégie 1

Un travail scientifique solide et progressif qui comprend des approches innovatrices pour la gestion durable des produits antiparasitaires

Réalisations

- Tenue d'une vaste consultation sur un programme de réévaluation amélioré ayant pour but de réévaluer, d'ici à 2005-2006, tous les pesticides homologués jusqu'au 31 décembre 1994, ce, afin de s'assurer qu'ils satisfont aux normes de sécurité en vigueur (voir site Web ci-dessus, à Publications/ Lignes directrices / Projet de directive / 1993-1999 / Pro99-01).



- Négociation d'une entente avec le Conseil canadien du canola en vue de l'élimination volontaire graduelle du traitement au lindane des graines de canola, par suite des craintes exprimées aux échelles nationale et internationale quant à la persistance de cette substance, à son transport sur de longues distances et à sa présence répandue dans l'environnement.
- Établissement d'une entente de partenariat avec le Conseil des normes du Canada pour créer et maintenir un Programme de surveillance de la conformité aux bonnes pratiques de laboratoire (BPL) (les BPL favorisent la qualité et la validité des données expérimentales à l'appui des homologations de pesticides) – 11 installations d'essai et de sites reconnus comme étant conformes.
- Participation continue aux activités du comité directeur de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) pour la réduction des risques liés aux pesticides, lequel a dressé des plans pour la réalisation de projets pilotes par les pays membres, en 2000, sur les indicateurs de risque liés aux pesticides.
- Mise à l'essai de systèmes pour la collecte et le traitement des données de vente, et conclusion d'une entente prévoyant que les sociétés membres du *Crop Protection Institute* et de l'Association canadienne des manufacturiers de spécialités chimiques présentent volontairement des données à compter d'avril 2000, pendant que se poursuit l'élaboration d'un projet de règlement en vertu duquel tous les titulaires d'homologation seraient tenus de produire annuellement des données sur les ventes.

Réalisation d'environ 2 500 enquêtes, inspections et consultations, appuyées par quelque 1 300 analyses de laboratoire, pour encourager et vérifier la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires (LPA)*.

Stratégie 2

Processus réglementaires ouverts, transparents et participatifs, et accès opportun à des produits antiparasitaires nouveaux et plus sûrs

Réalisations

- Respect du délai de 18 mois fixé pour l'examen de 34 dossiers complexes qui ont nécessité l'homologation de nouveaux ingrédients actifs ou de nouveaux usages importants de pesticides homologués en vertu de l'ancien système (le passage au nouveau système a occasionné des retards de 2 à 16 jours pour 8 dossiers).
- Respect du délai de 12 mois pour les examens mixtes canado-américains, ce qui a permis l'homologation simultanée d'un fongicide à risque réduit à utiliser sur les raisins, les fraises et les plantes ornementales.
- Perfectionnement de propositions en vue d'une nouvelle loi sur les pesticides.
- Tenue de deux réunions avec le Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire, qui ont débouché sur la présentation d'avis au Ministre au sujet de la loi et de la lutte antiparasitaire intégrée; collaboration continue avec les provinces et les territoires par l'entremise du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la



lutte antiparasitaire et les pesticides; et étude des avis stratégiques fournis par le Comité consultatif de gestion économique sur la simplification des opérations et la réduction des coûts.

- Publication de cinq projets de décision réglementaire pour permettre la consultation sur un projet d'homologation complète de nouveaux ingrédients actifs, et d'une décision réglementaire annonçant une homologation finale après étude des commentaires reçus.

Stratégie 3

Gestion efficace des ressources humaines et financières

Réalisations

- Maintien du cap sur un gain d'efficacité de 40 p. 100 dans l'examen des dossiers de nouveaux produits d'ici à la fin de 2004, qui représente une augmentation de 23 p. 100 ayant été mesurée en deux ans depuis 1997 – pour que d'autres progrès soient possibles, l'industrie devra présenter des dossiers qui respectent les normes de l'examen préliminaire, des dossiers électroniques et/ou des dossiers pouvant faire l'objet d'un examen mixte Canada-États-Unis.
- Tenue de la première réunion sur le thème « Le marché nord-américain des pesticides », à laquelle ont participé de hauts fonctionnaires de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA), d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, de l'*Environmental Protection Agency* des États-Unis et du ministère de l'Agriculture des États-Unis, ainsi d'organisations de producteurs et de l'industrie des pesticides, pour encourager l'harmonisation, minimiser les irritants commerciaux possibles et améliorer la communication et la collaboration entre les producteurs, l'industrie des pesticides, les organismes de réglementation et les ministères responsables de l'agriculture.
- Réalisation d'une étude pilote mixte industrie-ARLA visant à comparer les processus d'examen en trois formats : logiciel de navigation sur le Web (une première pour un dossier de pesticide), transmission du dossier et des données assistée par ordinateur, et transmission traditionnelle sur support papier. D'après les résultats obtenus, une capacité électronique se traduira par une plus grande efficacité pour l'examen des dossiers complexes.
- Formation poussée du personnel sur les modèles d'examen électronique et les processus d'examen normalisés pour les principales catégories de dossiers de pesticide, dans le cadre de la préparation au système Gouvernement du Canada en direct.



Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	41,7 \$	43,9 \$	42,1 \$*

* Cette somme représente 15,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

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

Objectif

Fournir à Santé Canada des moyens d'orienter, de planifier et de coordonner le système d'approvisionnement en sang pour assurer les fonctions ministérielles de réglementation, de surveillance et de régie, dans le meilleur intérêt des principaux intervenants du système.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.2 Du sang et des produits sanguins sûrs et efficaces

Réalisations

- Aide au Laboratoire de lutte contre la maladie pour la création d'une solide capacité de surveillance et d'enquête, et pour l'établissement d'un programme de recherche-développement en vue de lutter contre les virus à diffusion hématogène. Les projets visaient notamment la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) et la surveillance d'autres prions, les pathogènes transmissibles par le sang, les enquêtes de santé publique sur les nouveaux pathogènes transmissibles par le sang, la surveillance hospitalière et l'épidémiologie clinique.
- Participation à la planification du Système de surveillance des accidents de transfusion. Ce système offrira un registre central de transfusion à chacune des provinces participantes (C.-B., Québec, Nouvelle-Écosse, Î.-P.-É.) afin de permettre la collecte d'informations sur les réactions indésirables – de modérées à graves – chez les receveurs de sang et de produits sanguins.



- Aide à l'élaboration de politiques réglementaires et opérationnelles sur le sang, les tissus, les organes et les xénogreffons (BTOX). Ces politiques visent à réduire le risque de transmission de maladies comme le VIH/sida et l'hépatite C, favorisant ainsi la santé et la sécurité des Canadiens qui doivent recevoir du sang, des tissus ou des organes à des fins thérapeutiques.
- Prestation de soutien – gestion des dossiers, orientation, administration, contentieux – au ministère de la Justice lors de négociations et de litiges relatifs à des maladies transmissibles par le sang telles que l'hépatite C et l'infection par le VIH.
- Aide à la GRC pour son enquête; plus précisément, création et tenue d'un vaste dépôt pour les documents du Ministère confiés sous mandat à cette dernière.
- Aide au Conseil national de la sûreté du sang pour l'organisation de trois tribunes nationales (ouvertes) sur des thèmes se rapportant au sang : recommandations de la Commission Krever – situation et questions; MCJ et défis du système d'approvisionnement en sang; pénuries d'immunoglobulines intraveineuses et d'autres dérivés plasmatiques.



Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	215,1 \$	238,7 \$	238,7 \$*
Paie ment législatif	-	855,3 \$	855,3 \$

* Cette somme représente 11,7 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Le paiement législatif de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

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


Objectif

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

Engagement, principaux engagements clés en matière de résultats (PER) et réalisations

Engagement

Promouvoir auprès des Canadiens et des Canadiennes une approche face à l'amélioration de la santé qui agisse sur les déterminants de la santé, afin d'encourager les comportements et les attitudes favorables à la santé et de prévenir les maladies et les blessures.



PER 2.1 Sensibilisation du public et compréhension des facteurs qui déterminent la santé individuelle et collective et des mesures à prendre pour la préservation et l'amélioration de la santé

Réalisations

- Publication de *Nutrition pour une grossesse en santé : Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, qui utilise l'approche axée sur la santé de la population pour aborder les questions du bien-être nutritionnel de la mère, de l'issue de la grossesse et autres questions de santé connexes touchant les femmes en âge de procréer. Les lignes

directrices, qui sont destinées aux professionnels de la santé, sont sanctionnées par les Diététistes du Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et le Groupe FPT sur la nutrition. Pour de plus amples renseignements, voir : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition> >.



- Suite de la mise en œuvre, dans plus de 600 hôpitaux et centres de santé communautaires du Canada, du Programme d'aide postnatale aux parents, qui vise à aider les familles de nouveau-nés en les renseignant au cours de la période postnatale. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/guide/sante_perinatale/aide.htm >
- Publication de *Parce que la vie continue... Aider les enfants et les adolescents à vivre la séparation et le divorce* (3^e édition), en partenariat avec Justice Canada. Destiné aux familles aussi bien qu'aux professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation, cette édition révisée offre aux Canadiens une information plus à jour sur la médiation familiale et sur les liens entre la promotion de la santé mentale et la séparation ou le divorce, car les deux touchent la famille. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/promotion_sante_mentale.htm >
- Publication du *Guide d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés*, outil pratique pour aider les aînés à devenir plus actifs physiquement. Le guide a été préparé en partenariat avec la Société

Année internationale des personnes âgées (AIPA)

Le **Fonds pour la santé de la population** de Santé Canada a fourni le financement et l'expertise nécessaires pour 51 projets relatifs au vieillissement dans le cadre de l'AIPA. Ces projets s'attaquaient à un certain nombre de questions de santé touchant les personnes âgées, tout en s'appuyant sur les objectifs canadiens pour l'AIPA. Pour de plus amples renseignements, voir < <http://iyop-aipa.ic.gc.ca/> >.

canadienne de physiologie de l'exercice et la Coalition d'une vie active pour les aînés. On peut l'obtenir sur Internet à < <http://www.paguide.com/older-aines/francais/index.html> >, ou par téléphone à 1-888-334-9769.



- Lancement du rapport du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) intitulé *1999 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ce document expose les principaux enjeux, défis et possibilités pour les décideurs publics et toutes les personnes qui s'intéressent aux questions soulevées par le vieillissement de la population. < <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines> >



- Par l'entremise du **Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C**, financement de plus de 40 initiatives communautaires, de 12 projets nationaux et de 18 projets de recherche. Ces projets ont aidé les personnes infectées ou touchées par le virus de l'hépatite C (VHC) ou à risque d'infection, ont contribué à renforcer la capacité nationale de lutte contre le VHC et ont généré de nouvelles connaissances sur ce virus et sur les moyens d'en prévenir la propagation.
- Élaboration d'une nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète comprenant quatre grands éléments : système de surveillance épidémiologique, Initiative sur le diabète chez les Autochtones, prévention et promotion, et système national de coordination. Les principaux partenaires comprennent les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations autochtones, des organisations non gouvernementales actives dans la prévention et le contrôle du diabète, le milieu de l'enseignement, des organisations professionnelles et des organismes du secteur privé.
- Amélioration de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, grâce à un financement renouvelé et à un effort concerté des administrations publiques de tous niveaux, d'associations professionnelles, d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et de femmes atteintes. Le programme s'inscrit dans le prolongement de l'Initiative en cours, mais facilite l'accès et la participation à des programmes de détection et de dépistage précoces de qualité. Il propose aussi des approches centrées sur la cliente pour la détection et le dépistage précoces, en mettant l'accent, par exemple, sur les pratiques professionnelles après le dépistage, la prévention primaire et le renforcement du potentiel communautaire d'information et de soutien en matière de cancer du sein.
- Lancement de Prendre en main sa santé, initiative commune destinée à aider les professionnels à appuyer l'autonomie en matière de soins dans leur exercice et à sensibiliser les patients à cet égard. Le programme sollicite, choisit, finance et assure la surveillance des projets interdisciplinaires, qui peuvent se dérouler dans des milieux cliniques ou pédagogiques.
- Inauguration du Réseau canadien sur la santé (RCS), service Internet qui permet aux Canadiens et aux Canadiennes d'avoir accès à une information digne de confiance sur l'adoption de modes de vie plus sains, la prévention des maladies, l'autonomie en matière de soins et le rendement du système de santé.



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

- Publication du *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, lequel offre une évaluation globale des questions touchant la santé sexuelle et génésique au Canada. Établi avec la participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et d'organisations non gouvernementales, le

Des ateliers éducatifs sur le Web ont été préparés pour les éducateurs sanitaires qui travaillent auprès des jeunes. À ce sujet, voir < <http://hc-sc.gc.ca/hppb/hss> >



Compte rendu se veut un échange national sur la santé sexuelle et génésique, et un point de départ pour l'établissement des politiques, la planification des programmes, les prises de décisions connexes et les mesures de collaboration dans l'avenir. On peut trouver ce rapport à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hss> >.

- Conception d'un programme de financement de la santé rurale, en collaboration avec les provinces et les territoires, dans le cadre d'Innovations dans le domaine de la santé rurale et communautaire. Les objectifs de ce programme de financement sont énoncés à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/> >.
- Négociation de nouvelles ententes de contribution pour le **Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT)** entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces ententes assureront un meilleur accès à des programmes et à des services de traitement et de réadaptation efficaces. Les jeunes sont le premier groupe cible des services financés dans le cadre du PTRAT, bien que les besoins particuliers d'autres populations à risque soient également ciblés.
- Mobilisation de tous les partenaires de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida** en vue de l'établissement d'un cadre prioritaire et d'un modèle de planification du travail pour la stratégie. Une entente sur le modèle est la première condition d'une action nationale soutenue dans le domaine du VIH/sida.



PER 2.2 Réduction des inégalités en matière de santé pour certains groupes démographiques et amélioration de l'état de santé de la population

Réalisations

- Conclusion, pour 1999-2000, de l'exercice de renouvellement des projets du **Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)** et du **Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)**, lequel vise à faire en sorte que les projets communautaires, qui servent plus de 17 000 femmes enceintes vivant dans des conditions de risque, soient bien gérés, puissent faire l'objet d'une reddition des comptes sur le plan financier, respectent les principes directeurs du PACE et du PCNP, et continuent d'atteindre les objectifs fixés.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pc.htm> >

Il existe 110 projets du **Programme d'aide préscolaire aux Autochtones** qui viennent en aide à quelque 3 500 enfants autochtones et à leurs familles vivant dans les centres urbains et les communautés étendues du nord du Canada. Ce programme se caractérise notamment par le contrôle autochtone local et un important volet culturel et linguistique. Autres détails à :

< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/guide/autochtones/aide_prescolaire.htm >



- Poursuite des travaux visant à créer jusqu'à cinq centres d'excellence pour le bien-être des enfants. Ces centres feront avancer les connaissances, diffuseront de l'information, et influenceront les décisions au sujet des politiques et des programmes futurs pour répondre aux besoins en matière de santé des enfants. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/centres/index.html> >
- Élaboration et mise en œuvre du *Rapport sur la victimisation*, de l'*Enquête sociale générale* de 1999, en partenariat avec Statistique Canada et d'autres ministères fédéraux. L'information sera utilisée pour élaborer des politiques et des programmes de prévention de la violence familiale.
- Dans le cadre de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida**, accueil de Dialogue sur le VIH/sida : Dilemmes politiques des gouvernements – premier dialogue international sur les politiques touchant le VIH/sida. Le programme de la conférence était centré sur les populations à risque.
- De concert avec la collectivité autochtone, organisation et participation à la planification du Sommet autochtone sur le VIH/sida, qui a réuni des intervenants clés des communautés et organisations autochtones de partout au Canada, ainsi que des représentants des pouvoirs publics. Le Sommet a donné lieu à une entente définissant un processus à mettre en place pour mieux coordonner les activités des Autochtones en matière de VIH/sida dans le cadre de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida**.

Le Programme Dodo sur le dos, de Santé Canada, s'est associé à la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, à la Société canadienne de pédiatrie, à l'Institut canadien de la santé infantile, et à *Proctor & Gamble* pour renseigner les parents, les aidants naturels et les professionnels de la santé sur les facteurs de risque pour la mort subite du nourrisson.

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille favorise la prévention de la violence familiale et appuie le gouvernement fédéral en aidant les Canadiens et les Canadiennes à réduire la fréquence de la violence dans leur milieu.

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



PER 2.3 Évaluation et prise en considération par les secteurs privé, public et bénévole des conséquences des politiques, des pratiques, des programmes et des services nouveaux et existants pour la santé

Réalisations

- Soutien aux organismes bénévoles nationaux de la santé pour la formation, le perfectionnement ou la détermination des orientations, afin de renforcer la capacité du secteur d'offrir de meilleurs programmes et services aux Canadiens et aux Canadiennes.
- Établissement de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et de son premier conseil d'administration, en partenariat avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et un réseau pancanadien de



chercheurs en santé des populations. L'ISPC assure un leadership au Canada en réunissant des chercheurs et des décideurs du pays pour définir les priorités de la recherche portant sur les grands facteurs qui influent sur la santé. < <http://www.cihi.ca/french/froadmap/fCPHI/startf.htm> >



PER 2.4 Réduction de la maladie et des décès causés par le tabagisme

Réalisations

- Lancement de deux nouvelles campagnes de publicité visant à éduquer le public sur les constituants toxiques de la fumée du tabac et sur les risques de dépendance à l'égard des produits du tabac : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tabac> >
- Création du Comité consultatif des jeunes (CCJ) sur le tabagisme, qui offre des conseils sur les questions et les activités touchant le tabac et les jeunes Canadiens. Le CCJ est composé de 17 membres (de 13 à 19 ans), en provenance de toutes les régions du Canada, qui reflètent la diversité de la société canadienne. Autres renseignements sur le CCJ à < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/yac/ccj/index.html> >.
- Publication des *documents Guildford* qui mettent en relief des stratégies de marketing et de promotion utilisées par les fabricants de tabac et qui permettent de mieux comprendre ce que l'industrie du tabac savait des conséquences des cigarettes pour la santé et de leur nature toxicomanogène.
- Annonce de propositions de changement aux mises en garde figurant sur les produits du tabac. Le projet de règlement sur l'étiquetage exige que des informations soient fournies sur le renoncement au tabac, les maladies attribuables au tabagisme et les toxines présentes dans les produits du tabac, et que les effets du tabac sur le corps humain soient représentés graphiquement.

Programmes de subventions et de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqués en gras dans le texte)

Subventions :

Fonds pour la santé de la population

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Stratégie canadienne sur le VIH/sida

Contributions :

Fonds pour la santé de la population

Programme canadien de nutrition prénatale

Programme d'action communautaire pour les enfants

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie

Stratégie canadienne sur le VIH/sida



Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	1 158,5 \$	1 157,4 \$	1 155,1 \$
Recettes attendues	(9,1 \$)	(9,1 \$)	(8,8 \$)
Dépenses nettes	1 149,4 \$	1 148,3 \$	1 148,3 \$*

* Cette somme représente 56,3 p.100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

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

Objectif

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

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER) et réalisations

Engagement

Fournir aux Premières nations et aux Inuits des services et des programmes de santé durables qui réduisent les inégalités en matière de santé et les menaces de maladie, afin que ces populations puissent parvenir à un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans le contexte de l'autonomie et du contrôle des Premières nations et des Inuits.



Les services du secteur d'activité Santé des Autochtones sont destinés aux Premières nations des réserves et aux Inuits. Le secteur travaille en étroite collaboration avec l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapirisat du Canada. Les autres partenaires nationaux sont notamment le Conseil national des Métis, le Congrès des Peuples autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada. D'autres intervenants se situent aux niveaux provincial et communautaire, comme les Premières nations et les populations inuites elles-mêmes.



PER 3.1 Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et réduction des inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens

PER 3.2 Une population de Premières nations et d'Inuits informée et consciente des facteurs qui influent sur la santé et des mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé

Santé Canada offre des programmes communautaires de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les réserves.

Réalisations

- Distribution aux communautés des Premières nations et des Inuits d'une *Trousse de planification* qui a aidé 400 communautés à appliquer le processus de planification du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Les projets pilotes du programme ont été évalués, et le programme, son cadre de responsabilité et les formules de financement ont été élaborés et mis en œuvre.
- Approbation de 203 projets dans le cadre du **Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves**; préparation d'un cadre national d'évaluation; production d'un *rapport annuel national*; tenue d'un atelier national de formation axé sur les pratiques exemplaires dans les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones. Au niveau national, environ 6 500 enfants des réserves ont bénéficié de services d'aide préscolaire.
- Élaboration d'un plan directeur en matière de diabète chez les Autochtones, de concert avec les communautés; ce plan a mené à l'établissement d'un groupe de travail d'experts autochtones. Douze programmes de prévention du diabète chez les Premières nations ont été financés pour un an.
- L'Institut de la santé des Autochtones a été constitué en société sous le nom d'*Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health* et a bénéficié d'un financement pour une période de cinq ans. L'Institut assurera une meilleure analyse et une meilleure diffusion de l'information et de la recherche sur la santé des Autochtones, et renforcera le partenariat, la capacité et le soutien à cet égard.



- Réalisation d'une analyse de la conjoncture afin d'examiner les programmes de **santé mentale** en place, et établissement d'un plan directeur prévoyant des moyens de s'attaquer aux problèmes de santé mentale au sein des communautés des Premières nations et des Inuits et d'élaborer des solutions et des politiques pratiques.
- Établissement d'un comité directeur national du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP); création d'un volet sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le nouveau-né, qui guidera l'évolution du programme de manière à ce qu'il réponde aux besoins du milieu. Par ailleurs, finalisation du plan directeur du programme, et financement de plus de 400 projets. Les communautés amorcent maintenant le processus de planification de l'élargissement du programme.
- Création d'un groupe de travail des Premières nations, des Inuits et de Santé Canada afin de décider des indicateurs de santé à recueillir et de définir les méthodes de collecte de données et le plan directeur pour la collecte annuelle de ces données relatives à la santé.



PER 3.3 Services de santé efficaces, disponibles et accessibles pour les Premières nations et les Inuits

L'établissement de partenariats est, depuis un certain temps, un thème majeur de la collaboration entre l'Assemblée des Premières nations et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Il existe de nombreuses ententes de partenariat aux niveaux national et régional entre les deux organisations, et c'est à partir de ces ententes que sera établi un système de santé renouvelé pour les Premières nations et les Inuits. Le processus de renouvellement déterminera en retour les mécanismes qui régiront les relations futures.

Réalisations

- Dans le cadre du **Programme des services de santé non assurés (SSNA)**, prestation à plus de 650 000 clients membres des Premières nations ou Inuits, sans égard au lieu de résidence au Canada, d'une gamme de biens et de services médicalement nécessaires, complétant les prestations offertes par les autres régimes privés, fédéraux ou provinciaux. Les prestations consistent en médicaments, soins dentaires, soins des yeux, fournitures médicales et aide psychologique en cas de crise.
- Mise en œuvre d'un programme amélioré de vérification des fournisseurs, ainsi que d'outils permettant d'établir le profil des fournisseurs, afin de faciliter la mise en évidence des tendances inhabituelles en matière de facturation. Ces efforts permettront de prévenir la facturation non justifiée et de faire en sorte que les services et les articles reçus par les bénéficiaires du programme soient payés comme il se doit.



- Raccordement au système de paiement au point de service de la quasi-totalité des pharmacies qui facturent leurs produits au **Programme des services de santé non assurés**. Ce système affiche en ligne des messages sur l'utilisation des médicaments pour favoriser une pharmacothérapie optimale.

Les taux de carie dentaire sont plus élevés chez les enfants des Premières nations et les enfants inuits que chez les enfants non autochtones. Le programme de santé bucco-dentaire offert dans le cadre des **SSNA** comprend le traitement, mais encourage également une approche centrée sur des méthodes de prévention comme l'enseignement des pratiques d'hygiène bucco-dentaire, une alimentation saine, un mode de vie sain et la fluoruration de l'eau publique en vue d'éviter les maladies dentaires avancées et les maux qui y sont associés.



- Mise en service du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits, l'une des initiatives de l'Infostructure canadienne sur la santé (voir page 80), dans 114 établissements de santé pour un total global de 260 aux Premières nations. Le système fournit aux communautés les outils et la formation nécessaires pour utiliser efficacement les données sur la santé, d'une manière uniforme et opportune. Un projet pilote d'intégration des données a été lancé en collaboration avec la Colombie-Britannique afin de permettre aux professionnels de la santé de voir les profils d'immunisation des clients.
- Par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des services de santé, financement de cinq projets de télésanté, mis en œuvre par la suite, et initiation de travailleurs de la santé communautaires à l'utilisation de la télésanté. Des documents d'appoint ont été préparés pour aider les communautés qui souhaitent lancer des initiatives de télésanté.
- Établissement d'un cadre de responsabilisation pour assurer une plus grande transparence; le cadre structurera les exigences en matière de rapports, ce qui permettra une meilleure planification et une meilleure évaluation de la santé communautaire.



PER 3.4 Gestion et responsabilité accrues des services de soins de santé et des services de santé non assurés par les Premières nations et les Inuits

Santé Canada prend des mesures pour faciliter la prise en charge des services de santé par les Premières nations et les Inuits.



Réalisations

- Établissement d'un comité directeur mixte national, en partenariat avec des groupes des Premières nations et des Inuits, afin de surveiller la mise au point du cadre stratégique pour le transfert des **SSNA** et l'évaluation des six **projets pilotes sur les SSNA**.
- Signature d'ententes de financement entre le Canada et sept bandes des Premières nations. Ce mécanisme de financement multiministériel réduira le nombre d'ententes nécessaires et sera moins lourd à administrer pour les bandes.
- Signature de 248 ententes de **transfert** ou ententes **intégrées** avec 403 des 614 communautés des Premières nations et des Inuits. En outre, signature de 10 ententes d'autonomie gouvernementale finales portant sur les ressources relatives aux services de santé et autres ressources connexes. Au total, 81 p.100 des communautés des Premières nations ont amorcé le processus de **transfert**. Pour de plus amples renseignements, voir : < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/hfa_f.htm >.
- Introduction de processus et d'outils améliorés afin de faciliter la reddition des comptes avec les communautés des Premières nations et des Inuits auxquelles les services de santé ont été **transférés**. Au niveau national, 86 p. 100 des rapports de vérification, 70 p. 100 des rapports annuels et 58 p. 100 des rapports d'évaluation attendus de ces communautés ont été reçus.
- Poursuite des travaux en vue de transférer le contrôle des hôpitaux ministériels restants aux Premières nations et aux Inuits.
- Soutien continu au Nunavut pour la mise en œuvre et la gestion des programmes et des services de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Programmes de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Abus des solvants

Établissements de soins de santé non ministériels

Grandir ensemble

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

Programme national de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies chez les Autochtones

Santé mentale

Services de santé communautaire

Services de santé communautaire intégrés

Services de santé non assurés

Services de santé non assurés - projets pilotes

Soins infirmiers à domicile

Transfert des programmes de santé



Secteur d'activité 4: Soutien et renouvellement du système de santé

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	82,5 \$	49,1 \$	49,1 \$*

* Cette somme représente 2,4 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

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

Objectif

Assurer la durabilité à long terme d'un système de santé possédant un important caractère national.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Assurer aux Canadiens et aux Canadiennes un leadership qui contribue à la durabilité à long terme d'un système de santé possédant un important caractère national.





- PER 4.1 Des services hospitaliers et médicaux financés par l'État qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé***
- PER 4.2 Un système de santé intégré offrant des services de santé efficaces**
- PER 4.3 Des initiatives nationales et internationales innovatrices qui renforcent le système de santé**
- PER 4.4 Une meilleure compréhension des questions fondamentales se rapportant aux soins de santé, et de meilleurs outils et mécanismes pour améliorer l'accès à une gamme de services équitables et de haute qualité**
- PER 4.5 Des partenariats renforcés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intéressés, les Canadiens et Canadiennes, et des partenaires internationaux**

Stratégie 1

Renforcer les services de soins de santé au Canada de manière à s'attaquer immédiatement aux problèmes actuels du système de soins de santé et, à plus long terme, à assurer une gamme complète de services de haute qualité, intégrés et axés sur le patient.

Réalisations

- Coprésidence des conférences fédérales-provinciales-territoriales (FPT) des ministres de la Santé et des sous-ministres de la Santé. Les gouvernements FPT ont uni leurs efforts pour que les Canadiens et Canadiennes continuent d'avoir accès à des services de santé de haute qualité dans le cadre du système de santé à financement public du Canada. En septembre 1999, les ministres FPT de la Santé ont constaté des progrès tangibles sur plusieurs fronts, dont les suivants : maintien d'un système de soins de santé financièrement viable; collaboration pour la planification des ressources humaines; travail concerté sur des approches axées sur la santé des populations; adoption et utilisation efficace de technologies de l'information.
- Financement de 141 projets par l'entremise du **Fonds pour l'adaptation des services de santé** afin de mettre à l'essai des façons d'améliorer les soins de santé dans quatre secteurs prioritaires : soins à domicile, assurance-médicaments, soins primaires et prestation de services intégrée. Les résultats de ces projets aideront à éclairer les politiques et les décisions futures en matière de services pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé.



- Établissement, avec des partenaires, d'un réseau interdisciplinaire de professionnels des soins de santé et d'utilisateurs des services pour favoriser l'intégration de la notion d'autonomie en matière de soins dans la formation et l'exercice professionnel des travailleurs de la santé, en particulier des médecins et des infirmières.
- Les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont étudié les données de recherche canadiennes sur la privatisation des soins de santé, mais ont recueilli très peu d'éléments concernant les répercussions sur les femmes et sur les hommes. Selon les premières conclusions, la privatisation des soins de santé serait plus préjudiciable aux femmes (comme travailleuses, aidantes naturelles et patientes). Ces travaux ont été portés à l'attention des ministres provinciaux de la Santé et des responsables fédéraux.

Stratégie 2

Améliorer les connaissances, les pratiques et l'établissement de normes pour assurer des soins de qualité et intégrés dans des secteurs clés.

Réalisations

Soins à domicile et soins communautaires

- Progrès dans le dégagement d'un consensus entre les gouvernements et avec les organisations nationales de santé sur les principaux principes, objectifs et résultats à viser en ce qui concerne des soins à domicile et des soins communautaires financés par l'État.
- Achèvement de travaux d'analyse visant à mieux comprendre : 1) l'impact du vieillissement de la population sur les besoins en soins à domicile, en soins communautaires et en soins de longue durée, et les conséquences de divers scénarios de composition des services pour les coûts et l'utilisation des services; 2) l'impact des approches en matière de financement actuelles sur la transition des soins en milieu hospitalier aux soins à domicile ou en milieu communautaire, la prise de décision dans un contexte de restriction, et les combinaisons de financement public et de financement privé.

Accès aux produits pharmaceutiques

- Réalisation d'une vaste étude portant sur l'accès des Canadiens au remboursement des médicaments d'ordonnance. Conformément à une entente avec Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a terminé la première année d'une étude sur les coûts des régimes publics d'assurance-médicaments (voir le *Rapport sur le rendement* du CEPMB pour plus de détails).

Santé rurale

- Financement, par l'entremise du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé, de sept projets de télésanté innovateurs visant à améliorer la prestation des soins de santé dans les régions rurales et isolées du Canada. Citons à titre d'exemple le projet de télé-échographie du district sanitaire de



Keewetinok, dans le nord de l'Alberta. Pour les habitants des régions rurales et isolées, ces projets ont amélioré l'accès aux services de santé grâce à l'intégration de technologies de l'information.

- Financement de huit projets de télésoins à domicile visant à faire la démonstration d'innovations technologiques pour la prestation des soins à domicile et à en examiner le potentiel et les conséquences. Mentionnons, par exemple, le projet de téléhospice de West Prince (Île-du-Prince-Édouard), dans le cadre duquel le personnel infirmier dispose de ressources accrues pour surveiller les malades en phase terminale dans leur habitation rurale.

Prestation de services intégrée

- Création du Bureau de la politique des soins infirmiers dans le cadre du Programme d'innovations en matière de santé rurale et communautaire. Le Bureau a fourni des avis spécialisés au milieu de la santé, dans la perspective des soins infirmiers, sur des questions touchant les ressources humaines en santé et les systèmes de santé.
- Facilitation d'une table ronde de dirigeants et de chercheurs du domaine infirmier, de dirigeants des services de santé et de représentants gouvernementaux sur l'amélioration de la santé et des conditions de travail des infirmières et infirmiers.
- Formation d'un comité directeur, formé de représentants des écoles de médecine et des gouvernements, afin de faire mieux connaître le rôle et la responsabilité des écoles de médecine dans le maintien d'un effectif de médecins suffisant et adéquatement composé par rapport aux besoins en matière de santé des Canadiens. Les documents d'information préparés pour le comité par Santé Canada ont été remis ensuite aux ministres de la Santé. Ces documents faisaient le point sur les efforts déployés au Canada et dans le monde pour améliorer l'accès aux soins médicaux dans les régions rurales et éloignées, et sur les questions relatives à la répartition des médecins sur le territoire canadien. Ces efforts aideront à faire en sorte que le Canada continue à disposer d'un effectif de professionnels de la santé suffisant et bien composé pour répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes sur le plan de la santé. Les rapports sont accessibles à : < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/99_picf.htm >.

Programme de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Fonds pour l'adaptation des services de santé



Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	139,8 \$	178,5 \$	178,3 \$*

* Cette somme représente 8,7 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu pour permettre la comparaison avec l'année précédente.

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

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.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Faire en sorte que les Canadiens et les Canadiennes puissent compter sur des politiques et des plans de santé nationaux efficaces, ainsi que sur une information en santé fiable et à jour, pour faciliter la prise de décisions stratégiques et fondées sur des données probantes, à Santé Canada, dans l'ensemble du système de santé par la population canadienne elle-même.



PER 5.1 Politiques et plans nationaux qui permettent une prise en charge efficace des nouveaux défis en matière de santé et des changements de priorité dans ce domaine

Stratégie 1

Améliorer l'efficacité de la recherche en santé au Canada.



Réalisations

- Rôle clé, en partenariat avec le Conseil de recherches médicales, les provinces, les organisations de santé non gouvernementales et la communauté de la recherche, dans la création d'IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada), notamment soutien financier, service de secrétariat et appui en matière de politiques. < <http://www.irsc.ca> >
- Lancement de La société, la culture et la santé des Canadiens II, en collaboration avec le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). Cette initiative vise à appuyer les objectifs d'IRSC et à permettre l'établissement de partenariats nouveaux et innovateurs.
- Lancement de bourses de carrière en santé dans le cadre du **Programme national de recherche et développement en matière de santé**, en partenariat avec l'IRSC et le CRSH, afin de créer une masse critique de recherche en santé et de formation de recherche en sciences sociales pour répondre à la nécessité de mieux comprendre les grands déterminants sociaux et culturels de la santé.
- Versement de fonds à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), par l'entremise du **Fonds pour la recherche en services de santé**, pour favoriser la recherche appliquée sur les systèmes de santé, améliorer la qualité et la pertinence de la recherche, et faciliter l'utilisation de cette recherche pour les prises de décisions par les décideurs et les gestionnaires des systèmes de santé. Pour de plus amples renseignements, voir le rapport annuel de 1999 de la FCRSS à < <http://www.chsrf.ca/francais/document-library/index.html#anrep> >

Stratégie 2

Accroître la capacité de recherche sur les politiques du Ministère.

Réalisations

- Établissement d'un important programme de recherche pour favoriser une meilleure compréhension de diverses questions relatives à la santé, comme le vieillissement et la réforme de la santé, plus particulièrement des questions touchant les ressources humaines et les inducteurs de coûts dans le secteur de la santé; collaboration à la création d'une base de données sur le fardeau économique de la maladie au Canada; mise à la disposition des analystes de programmes et de politiques du Ministère d'un accès électronique aux données de base, aux outils d'analyse et aux rapports et analyses de recherche clés.
- Réorientation du financement de la recherche extra-muros par le **Programme national de recherche et développement en matière de santé** afin de répondre aux besoins de Santé Canada dans des domaines cibles comme les soins à domicile, les enfants et les jeunes, le vieillissement, et le financement du système de santé.



- Cofinancement, avec Statistique Canada et le Projet de recherche sur les politiques, de la conférence *Population Health Perspective*, pour faire connaître les travaux de recherche prometteurs dans le domaine de la santé des populations et explorer les liens avec l'élaboration des politiques.

Stratégie 3

Améliorer l'intégrité du processus des politiques et élargir la base factuelle de l'élaboration des politiques.

- Consultation des partenaires provinciaux et territoriaux et des principaux intervenants sur l'approche fédérale proposée face aux technologies de reproduction et de génétique, et distribution d'un rapport de rétroaction à tous les participants. Les commentaires recueillis aideront à éclairer le gouvernement au chapitre des prochaines étapes à suivre dans ce dossier.
- Création d'un sous-comité du Comité exécutif du Ministère chargé des politiques et des analyses, formé de cadres supérieurs des diverses directions générales et régions, afin que les grandes politiques de santé soient proprement évaluées et intégrées à l'ensemble des activités du Ministère.
- Mise au point d'outils et de cadres préliminaires pour faciliter l'analyse détaillée des politiques dans les domaines de la famille, du développement dans la petite enfance, de la santé des migrants et de la génomique. Ces outils permettront d'améliorer la qualité du processus décisionnel en matière de politiques.
- Mise sur pied d'un Groupe de travail sur le dépistage génétique des maladies survenant tard dans la vie, pour cerner et analyser les grandes questions de principe qui seront probablement soulevées, et établir des options de politique.
- Création d'une Division des politiques horizontales pour assurer la cohérence des politiques de santé ainsi que leur intégration au programme d'action du gouvernement et aux priorités des autres ministères fédéraux.
- Mise au point d'outils préliminaires pour analyser, en fonction des sexes, les politiques et les programmes de santé. Ces outils aideront à faire en sorte que les politiques et les programmes de santé tiennent compte des différences entre les sexes.



PER 5.2 Un système de santé plus efficace, plus efficient et plus transparent, et comprenant une infrastructure nationale efficace d'information et de recherche en santé

Stratégie 4

Établir, de concert avec les provinces, les territoires et les autres intervenants, une approche intégrée de l'organisation et de la diffusion de l'information et des connaissances en matière de santé.



Réalisations

- Aide financière accordée en vertu de quelque 36 projets sur la télésanté, du fichier de santé électronique, et de l'information électronique dans le domaine de la santé, pour favoriser l'application innovatrice des technologies de l'information et des communications dans les soins de santé et le secteur de la santé en général. Par exemple, un projet de télésoins à domicile à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto a permis de créer un réseau de télécommunications spécialisé pour les enfants ayant besoin de soins intermédiaires. Les parents aident de façon intermittente à surveiller la fréquence cardiaque, la respiration et le taux d'oxygène dans le sang de leur enfant, depuis le domicile. Cette information est transmise régulièrement et automatiquement à une infirmière postée à l'hôpital, dans un centre de contrôle fonctionnant 24 heures sur 24.
- Leadership dans le lancement et la gestion de projets majeurs portant sur divers éléments de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) : le réseau de l'Infostructure nationale de surveillance de la santé (INSS), le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) et le Réseau canadien de la santé (RCS).
 - Création des outils et de l'infrastructure Internet nécessaires pour appuyer l'INSS relativement à diverses préoccupations en matière de santé, avec l'aide des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des autorités régionales et municipales, des Premières nations et d'organisations non gouvernementales. Des cadres de responsabilisation ont été établis pour les secteurs clés dont les responsabilités ont récemment été étendues. Ces secteurs sont ceux de la surveillance des maladies entériques (d'origine alimentaire), de la surveillance de la santé périnatale, de la surveillance nationale du diabète, et de la surveillance du sang et des pathogènes transmissibles par le sang. Le réseau de l'INSS offrira aux autorités de la santé publique l'accès Internet à l'information dont elles ont besoin pour prévenir la maladie, élaborer des politiques visant à réduire les risques pour la santé, et réagir plus rapidement lorsque la santé publique est menacée. Des vies seront ainsi sauvées, et la maladie et l'incapacité seront prévenues.
 - Financement de la mise en place du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits afin de mettre à la disposition de ces communautés l'information et les outils dont elles ont besoin pour utiliser plus efficacement les données sur la santé en vue de préserver et d'améliorer leur santé (détails à la page 71).
 - Lancement du Réseau canadien de la santé (< <http://www.canadian-health-network.ca/> >), un service national qui offre aux Canadiens et aux Canadiennes l'accès Internet à une information crédible sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.



- Création d'un nouveau programme d'incitation, le Programme des partenariats pour l'Infostructure canadienne de la santé, qui vise à soutenir la mise en œuvre de vastes projets de modèles innovateurs, faisant appel aux technologies de l'information et des communications pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé.
- Création du Comité consultatif FPT sur l'infostructure de la santé (CCIS) pour permettre des approches coordonnées et fondées sur la collaboration dans les domaines suivants : télésanté, fichier de santé électronique, protection et confidentialité des renseignements personnels, surveillance de la santé, intégration stratégique globale des applications nouvelles de l'infostructure de la santé.
- Préparation d'un livre blanc, *Toward Electronic Health Records*, qui propose une approche pancanadienne du dossier de santé électronique.
- Tenue d'ateliers de formulation de vision, ayant pour but de sensibiliser davantage à l'infostructure de la santé les divers intervenants du secteur de la santé : médecins, infirmières et infirmiers, administrateurs et professionnels de la santé travaillant auprès des enfants.
- Publication des résultats d'une consultation sur la surveillance de la santé des femmes. Le rapport précisait les besoins à combler et proposait six domaines dans lesquels recueillir des données de surveillance. Disponible à : < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/whs-ssf/index_f.html >.
- Premiers pas en vue de l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'état de santé des femmes et leur utilisation des services de santé. Ces indicateurs serviront de points de référence pour surveiller la santé des Canadiennes au fil du temps.



PER 5.4 Des politiques, des programmes et des stratégies de santé internationales qui aident le Ministère à atteindre ses objectifs nationaux et internationaux

Stratégie 5

Renforcer la coopération et le partenariat à l'échelle internationale entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et autres intervenants.

Réalisations

- Co-parrainage avec ONUSIDA du premier dialogue international sur les politiques touchant le VIH/sida, exercice au cours duquel les participants ont contribué de façon importante aux politiques en matière de VIH/sida, ce, aux niveaux national et international.



- Publication de *Partager et s'instruire : Plaidoyer pour la lutte des Canadiens contre le VIH/sida à l'échelle planétaire*, afin d'encourager la lutte contre le VIH/sida; publication du guide *Dépasser nos frontières : un guide de jumelage à l'intention des organismes du domaine du VIH/sida*, afin d'aider les organisations bénévoles à s'unir aux organisations d'autres pays pour lutter contre le VIH/sida. Ces rapports sont accessibles sur Internet à < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_international/index.html >.
- Accueil de plus de 100 délégations étrangères et de 13 ministres de la Santé étrangers, ce qui a permis de faire mieux connaître le système de santé du Canada et de se renseigner sur l'expérience d'autres pays.
- Organisation d'une importante présentation sur la télésanté au Canada lors de la Conférence des conjoints des chefs d'État et de gouvernement des Amériques, en octobre 1999.

Responsabilisation

L'amélioration de la qualité et de l'utilisation de l'information sur le rendement au sein de Santé Canada, et l'amélioration des rapports présentés aux Canadiens sur le rendement des politiques et des programmes du Ministère, incombent essentiellement au secteur Politiques, planification et information en matière de santé, de même que le financement des activités dans ce domaine. Se reporter à la section spéciale sur la responsabilisation, à la page 33, pour trouver des renseignements sur les principaux engagements et les principales réalisations en cette matière, comme l'Initiative fédérale de responsabilisation à l'égard des politiques et des programmes de Santé Canada.

Programmes de subventions et de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqués en gras dans le texte)

Contributions :

Programme national de recherche et développement en matière de santé

Subventions :

Fonds pour la recherche en services de santé



Secteur d'activité 6 : Services ministériels

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	137,4 \$	166,0 \$	161,3 \$
Recettes attendues	(1,2 \$)	(1,2 \$)	(0,4 \$)
Dépenses nettes	136,2 \$	164,8 \$	160,9 \$*

* Cette somme représente 7,9 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Les dépenses réelles sont de 3,9 millions de dollars de moins que les autorisations totales du fait, notamment, des activités de planification d'urgence pour le passage à l'an 2000, qui n'ont pas nécessité autant de ressources que prévu. Les ressources non utilisées serviront à rembourser l'emprunt contracté pour la préparation au passage à l'an 2000.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/francais/ov_ap1_f.htm >

Objectif

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

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Soutenir efficacement la mise en œuvre des programmes de Santé Canada et l'application de pratiques de gestion saines dans tout le Ministère.





PER 6.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux

Stratégie 1

Constituer et maintenir un effectif hautement qualifié.

Réalisations

- Établissement de partenariats avec certains ministères pour créer le Programme de préparation à l'emploi de conseiller en rémunération, qui assure la présentation d'avis réfléchis en matière de rémunération, ainsi que l'Initiative en développement de carrière pour Autochtones, qui facilite les affectations interministérielles pour les employés autochtones fédéraux.
- Afin de répondre aux besoins d'un effectif diversifié et en pleine expansion, mise en œuvre d'un nouveau programme d'orientation et introduction d'une nouvelle série de programmes d'apprentissage.



PER 6.2 Amélioration continue de la promotion de saines pratiques de gestion

Stratégie 2

Améliorer les capacités du Ministère d'utiliser des pratiques de contrôle modernes et de gérer ses programmes, ses dépenses et ses biens efficacement.

Réalisations

- Expansion et amélioration du système financier du Ministère afin d'en faire un système commun et unique qui permet, depuis un ordinateur de bureau, d'avoir accès aux données sur les finances, les achats et les biens.
- Établissement d'un Secrétariat du renouvellement des services à la clientèle afin de surveiller une série d'initiatives visant à améliorer les services aux clients en collaboration avec les directions générales chargées de programmes.

Stratégie 3

Revitaliser les biens du Ministère, renforcer ses capacités de gestion des biens, et réduire les conséquences de ses opérations physiques pour l'environnement.



Réalisations

- Établissement d'un partenariat avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) pour la prestation quotidienne de services relatifs aux installations, et élaboration d'une stratégie ministérielle annuelle de logement. Ces mesures ont permis une meilleure utilisation des locaux et une approche plus stratégique en matière d'acquisition de locaux.
- Détermination des mesures à prendre pour réduire l'impact des émissions des véhicules, mise en œuvre d'un programme « zéro déchet », et élaboration d'un plan de mesures correctives pour les emplacements de réservoirs de carburant contaminés.
- Construction et rénovation de plus de 40 établissements de santé dans le cadre du **Programme de contributions à la construction d'installations permanentes pour les Premières nations et les communautés inuites**. Ces installations permettront d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les Premières nations et les Inuits.

Stratégie 4

Trouver des moyens efficaces de gérer l'information ministérielle et de soutenir la gestion du savoir au Ministère à l'aide des technologies de l'information.

Réalisations

- Mise en place d'une base de données pour le partage des connaissances et création d'un manuel de procédures pour la tenue des dossiers afin d'assurer une meilleure organisation de l'information servant de mémoire organisationnelle et de rendre son accès plus efficient.
- Prise de mesures afin que les systèmes essentiels à la mission du Ministère soient prêts pour le passage à l'an 2000, et établissement d'un partenariat de travail efficace avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires, ainsi qu'avec d'autres partenaires et intervenants, pour assurer le passage harmonieux du secteur de la santé à l'an 2000.
- Création d'un certain nombre de bases de données de bibliothèque accessibles sur Internet pour faciliter l'accès à l'information de recherche et améliorer les capacités de recherche à partir de points géographiques éloignés.
- Amélioration de la capacité d'échange et d'entreposage des données en toute confidentialité et en toute sécurité, grâce à la prestation de services électroniques protégés, qui a permis d'accroître la capacité d'établissement de partenariats, et grâce à la mise en place de l'infrastructure à clé publique (technologie de cryptage), qui a renforcé la confiance des utilisateurs dans les échanges d'information et les transactions commerciales électroniques.

Programme de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Programme de contributions à la construction d'installations permanentes pour les Premières nations et les communautés inuites







SECTION IV : RAPPORT D'ENSEMBLE

Modernisation de la fonction de contrôleur

Au cours des deux dernières années, Santé Canada a adopté une nouvelle vision de la gestion afin de mieux aligner ses pratiques sur les concepts, les principes et les exigences de l'Initiative de modernisation de la fonction de contrôleur < http://www.tbs-sct.gc.ca/cmo_mfc/sites_web.htm > et de la Stratégie d'information financière. À cette fin, un certain nombre d'initiatives ont été mises en œuvre ou poursuivies.

- Mise en place du Cadre pour la gestion intégrée des ressources (AGIR)/SAP R/3, système d'entreprise intégré en ligne, à la fine pointe de la technologie, qui permet une gestion efficace des ressources financières et non financières du Ministère.
- Établissement d'un Conseil ministériel des finances pour veiller à ce que le milieu financier du Ministère demeure informé et soit prêt à relever les défis posés par la gestion des ressources ministérielles.
- Élaboration d'un cadre d'évaluation de la gestion des risques – le Cadre décisionnel de Santé Canada pour l'identification, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé – afin de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes.
- Mise en œuvre d'une initiative fédérale de responsabilisation. Les projets ont consisté notamment à établir des cadres de mesure du rendement et des indicateurs de base pour les principaux dossiers et programmes, la formation en gestion et l'amélioration des rapports ministériels.
- Élaboration de plans d'action pour donner suite aux questions soulevées par la plupart des employés dans le cadre du Sondage auprès des fonctionnaires fédéraux. Un comité directeur formé de cadres supérieurs et des groupes de travail des directions générales ont été établis afin de guider les travaux en cours.



- Lancement d'une initiative de renouvellement des services à la clientèle visant à améliorer la prestation et la qualité des services ministériels.
- Élaboration d'un cadre de responsabilisation en matière de conflits d'intérêts, de lignes directrices connexes, et d'un outil de formation des employés sur le règlement des conflits d'intérêts.
- Adoption de mesures pour assurer une meilleure prise en charge des questions horizontales de programme et de gestion par l'entremise des sous-comités du Comité exécutif du Ministère, dans les secteurs des politiques et de l'analyse, des communications, des finances, des ressources humaines, de la gestion des biens, de la gestion de l'information et de la technologie de l'information, de la gestion des risques, et des affaires réglementaires.
- Évaluation de l'impact de divers programmes afin de déterminer si les activités de programme en cours donnent des résultats optimaux dans des domaines d'intervention clés comme les politiques et l'analyse, la santé des Premières nations et des Inuits, la promotion de la santé et la prévention des maladies, la salubrité de l'environnement, et les communications. Ces projets ont permis d'analyser les intrants (les ressources investies) par rapport aux extrants (les résultats obtenus par les programmes).



Gestion du matériel

Le Ministère a réalisé d'importants progrès dans l'application de la stratégie du Système d'information financière (SIF) au secteur des biens meubles, et dans la mise en place de la comptabilité d'exercice et de l'établissement du coût du cycle de vie.

- Inauguration d'un nouveau système ministériel de gestion du matériel (SAP/AGIR) le 6 avril 1999. Les gestionnaires de centre de responsabilité (GCR) doivent utiliser ce système, qui intègre les processus de gestion du matériel en une seule structure et regroupe les fonctions propres aux finances, aux salaires et au matériel.
- Inauguration d'un processus d'inventaire ministériel complet en vue du passage de Santé Canada à la comptabilité d'exercice, initiative lancée par le Conseil du Trésor. Des données sur les biens matériels du Ministère ont été obtenues des GCR du pays et saisies dans la base de données du Cadre pour les systèmes intégrés de gestion des ressources (SAP/AGIR).
- Lancement réussi de séances d'orientation dans deux régions – Atlantique (Halifax) et Centre (Winnipeg, RCN et Toronto) – pour renseigner les GCR de Santé Canada sur la politique et les procédures relatives aux marchés. Le personnel a notamment été informé au sujet des politiques du Conseil du Trésor et du Ministère sur les marchés, des ententes commerciales et des contraintes ministérielles.



Développement durable

La notion de développement durable continue d'évoluer, comme évoluent les idées sur ce qui permet aux populations humaines d'être en santé. Au cours des deux dernières décennies, on est devenu de plus en plus conscient des déterminants (ou facteurs) interdépendants qui contribuent à la santé des populations. On reconnaît aujourd'hui que parmi ces déterminants figurent le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, la scolarité, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les pratiques d'hygiène et les capacités d'adaptation personnelles, le développement de l'enfant, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe de la personne, et la culture.

Santé Canada est un ministère fédéral qui exerce une influence directe sur les conditions socio-culturelles, économiques et environnementales au Canada en appliquant ses politiques et ses programmes et en s'acquittant de ses responsabilités. Pour favoriser l'avènement d'une société en meilleure santé, qui fait valoir le bien-être de la personne et de l'écosystème, le Ministère s'efforce de mieux prendre en compte et de mieux intégrer les sphères économiques, sociales et environnementales dans son processus de prise de décision.

Le développement durable est un processus pratique assorti de responsabilités morales et juridiques qui façonnent la prise de décision dans l'ensemble du Ministère. L'enjeu du développement durable est la qualité de vie elle-même. Santé Canada s'emploie actuellement à mettre en œuvre sa Stratégie de développement durable de 1997, en application de la *Loi sur le vérificateur général* (révisée en 1995). En 1998, le Ministère a révisé ses objectifs en réponse à la recommandation du Commissaire à l'environnement et au développement durable, et les a rendus plus quantifiables. Les objectifs, publiés sur le site Web du Ministère, c'est-à-dire < http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health_f.htm >, s'articulent autour de quatre thèmes stratégiques :

- **Promouvoir et améliorer la santé des populations** : Possibilités de contribuer au développement durable en adoptant une approche axée sur la santé des populations et en cherchant à explorer plus à fond les liens entre santé des populations et développement durable, et possibilités de favoriser le développement sain des enfants et des jeunes.
- **Déterminer et réduire les risques pour la santé liés à l'environnement** : Possibilités de s'attaquer aux risques environnementaux (substances toxiques présentes dans l'environnement, effets biorégionaux, maladies liées à l'environnement) ainsi qu'aux risques que comportent les aliments.
- **Renforcer les partenariats en matière de santé, d'environnement et de développement durable** : Possibilités de collaborer avec les autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les Premières nations et les Inuits, les professionnels et les promoteurs de la santé, les consommateurs et les chercheurs.
- **Intégrer le concept de développement durable à la prise de décision et aux activités du Ministère** : Possibilités pour le Ministère d'intervenir davantage en matière de développement durable en établissant clairement les



responsabilités et l'obligation de rendre compte dans ce domaine, et en écologisant ses activités de laboratoire, ses établissements de santé, ses entrepôts et ses bureaux.

L'orientation de Santé Canada consiste à intégrer la philosophie du développement durable à toutes ses activités d'élaboration de politiques et de programmes ainsi qu'à ses activités de planification, de dotation, de formation, d'évaluation de risques, d'évaluation réglementaire, de partenariat, de consultation publique et autres. L'application générale de la philosophie du développement durable nécessite l'examen continu des processus et des outils que le Ministère utilise et dont il a besoin. L'accès universel à la base de données ministérielle Lotus Notes sur le développement durable permet d'améliorer la mesure des résultats et les rapports sur les progrès réalisés.

On trouvera ci-après une description des résultats obtenus par Santé Canada, présentés par secteur d'activité et, s'il y a lieu, par secteur de service.

Secteur d'activité Gestion des risques pour la santé

Secteur de service Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments

Conclusion de plus de 1 200 projets visant à évaluer les risques que posent les allergènes alimentaires et les contaminants chimiques présents dans les aliments, dont une vingtaine d'évaluations complètes pour certains contaminants prioritaires, comme les dioxines dans les aliments importés de Belgique, les microcystines dans les produits à base d'algue bleue, etc.

Secteur de service Prévention et contrôle de la maladie

Élaboration de procédures pour la surveillance du cancer, qui ont été appliquées en des points chauds sur le plan environnemental comme le bassin des Grands Lacs (Port Hope, Windsor et Pickering/Ajax). De plus, des rapports d'évaluation sur la situation en ces points chauds ont été rendus publics en novembre 1999.

Étude de l'effet de l'exposition résidentielle aux effluents et aux émissions aéroportées des usines de pâtes et papier, et conclusion de l'évaluation des risques de lymphome non hodgkinien.

Intensification de la surveillance environnementale de la santé de la reproduction, et évaluation des risques par l'étude de la corrélation entre les sous-produits de désinfection et les résultats de grossesse indésirables.

Acquisition et analyse de données en vue d'élaborer des options pour le contrôle des substances déclarées toxiques en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE).

Réduction de l'exposition du public à l'eau potable et de loisir du Saint-Laurent, qui peut présenter un risque de contamination.

Détermination, dans le cadre du programme Grands Lacs : Impact sur la santé, de l'exposition humaine aux contaminants (chimiques, microbiologiques et radiologiques), pour toutes les sources de pollution, et des effets de ces



contaminants sur la santé, et communication avec divers organismes et le public pour améliorer la prise de décision relativement aux questions de santé et d'environnement.

Rapport sur les risques que posent pour la santé les polluants présents dans le Nord, dans le cadre d'un effort collectif avec les Premières nations et les Inuits, et les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Imposition de conditions et de restrictions, en vertu de l'article 29 de la LPCE, quant au type et à la quantité d'utilisation de deux substances soupçonnées d'être toxiques pour les humains.

Secteur de service Réglementation de la lutte antiparasitaire

Mise au point, en partenariat avec le Conseil canadien du canola et la *Canadian Canola Growers Association*, d'une *Matrice de lutte antiparasitaire intégrée pour le canola* afin d'aider les producteurs à mettre en pratique la lutte antiparasitaire intégrée (LAI). Une version provisoire de la matrice a été remise pour évaluation aux producteurs et aux agronomes du Canada et des États-Unis. Une matrice semblable a été conçue pour les pommes et est mise à l'essai par les pommiculteurs.

À la demande des utilisateurs, élaboration d'une *directive d'homologation pour les usages limités* afin de faciliter l'accès aux nouvelles technologies, notamment aux produits chimiques et aux biopesticides à risque réduit. Cette activité a donné lieu à l'homologation pour une période limitée (ayant pris fin en décembre 1999), avant consultation pour homologation complète, d'un produit novateur et conforme à la LAI permettant de prévenir les dommages causés aux canneberges par les insectes, et l'approbation du premier pesticide biologique de tous les temps pour utilisation en serres sur les plantes ornementales, les concombres, les tomates et les poivrons.

La lutte antiparasitaire intégrée est une approche durable qui combine des outils biologiques, culturels, physiques et chimiques de lutte contre les parasites afin de maximiser les avantages de la lutte antiparasitaire et de réduire au minimum les risques pour l'environnement.

Publication de la directive *Étiquetage de la gestion de la résistance aux pesticides* (DIR99-06), adoptée d'un commun accord par le Canada, les États-Unis et le Mexique pour assurer l'uniformité du regroupement et de l'étiquetage des pesticides et aider à gérer le problème de la résistance aux pesticides.

Contribution à la mise au point d'une approche nord-américaine uniforme pour aider à lutter contre le développement de la résistance aux pesticides et à justifier les décisions d'homologation communes.

Secteur d'activité Promotion de la santé de la population

Le Programme d'animation communautaire a établi des relations, ou étendu les relations existantes, avec plus de 20 organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux fédéraux, provinciaux et territoriaux, et offre un soutien sous



forme d'animation, de formation et de ressources à plus de 350 organismes communautaires, pour le traitement de diverses questions touchant la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Appui, dans l'ensemble du Canada, de 474 projets du Programme d'action communautaire pour les enfants dans le but d'établir ou d'offrir, par l'entremise de coalitions communautaires, des services visant à répondre aux besoins en matière de santé et de développement des enfants d'âge préscolaire et des familles qui vivent dans des conditions à risque.

Tenue d'un atelier annuel sur l'aide préscolaire aux Autochtones (APA) afin de renforcer le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones à l'échelle du Canada.

Administration de 112 centres APA pour répondre aux besoins de développement des jeunes enfants autochtones qui vivent dans les centres urbains ou les communautés étendues du Nord.

Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) a permis de rejoindre la population des femmes qui risquent de mettre au monde des enfants en mauvaise santé. Cette population comprend des adolescentes (38 %), des femmes seules (49 %), des Autochtones (23 %), des femmes ayant 11 années ou moins de scolarité (58 %), des femmes au revenu familial inférieur à 1 300 \$ par mois (58 %), et des femmes ayant été victimes de violence pendant leur grossesse (13%).

Élaboration d'un nouveau Règlement sur les rapports relatifs au tabac, qui augmentera les exigences en matière de rapports pour l'industrie du tabac.

Secteur d'activité Santé des autochtones

Prise de mesures, aux fins de développement durable, en vue de réduire les inégalités en matière de santé dont sont victimes les Premières nations et les Inuits. On peut citer comme exemples le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, la Stratégie sur le diabète chez les Autochtones, et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Évaluation et mise à jour des plans d'action en place pour régler les problèmes de 12 sites et systèmes d'entreposage de combustibles où se sont produits des déversements.

Évaluation de 11 sites contaminés par des produits pétroliers pour déterminer l'ampleur de la contamination du sol, et décontamination de trois de ces sites.

Amorce de l'assainissement des eaux souterraines à l'un des sites pour réduire les risques de contamination. Début des travaux de réparation et de remplacement des réservoirs de combustibles à huit sites, et adoption de mesures correctives pour rendre un autre site conforme.

Mise au point d'un système de gestion environnementale pour les hôpitaux Percy Moore, Norway House et de Sioux Lookout, afin d'améliorer le rendement de ces établissements en matière d'environnement.



Secteur d'activité Services ministériels

Amélioration de la gestion des aspects environnementaux par la création d'un Système ministériel de gestion de l'environnement (SMGE). Le système inclut une base de données primée, conforme à la norme ISO 14001, qui sert d'outil de gestion pour les gestionnaires des installations.

Élaboration d'un plan d'action ministériel pour faciliter l'« écologisation » des opérations physiques de Santé Canada, plan qui devrait se traduire par une réduction du nombre de sites ministériels contaminés et l'amélioration des systèmes d'entreposage de combustibles.

En 1999-2000, modification de deux véhicules pour permettre l'utilisation de carburants de rechange, et examen du parc automobile de l'Ontario.

Conception et diffusion de six numéros du bulletin électronique *Les pages vertes* pour sensibiliser les employés de Santé Canada aux questions environnementales.

Préparation de plans d'action pour encourager les achats « écologiques » et une gestion du parc automobile à Santé Canada respectueuse de l'environnement.

On trouvera des renseignements supplémentaires sur les réalisations ministérielles concernant la gestion de l'environnement (p. ex., mise en œuvre du programme Zéro déchets, réduction de la consommation d'énergie et formation régionale relative à la norme ISO 14001 pour les employés ayant des responsabilités directes de gestion en matière d'environnement) dans le rapport annuel sur l'environnement pour 1999-2000, que l'on peut obtenir auprès du directeur de la Division de la gestion des systèmes d'environnement, en composant le (613) 957-1924.



Initiatives réglementaires

Rendement des initiatives réglementaires

But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
<p>Règlement sur les aliments et drogues (Allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs)</p> <p>Le règlement a été rédigé. On prépare actuellement la documentation connexe pour publication dans la partie I de la <i>Gazette du Canada</i>.</p>	<p>Fournir l'assurance au consommateur que les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs :</p> <ul style="list-style-type: none">- seront uniformes, exactes et non trompeuses;- seront fondées sur des critères de santé et conformes aux directives en matière de diététique;- n'entreront pas en conflit avec les préoccupations en matière de santé et de sécurité, mais tiendront également compte des considérations économiques et commerciales.	<p>Moins de dossiers d'allégations de propriétés nutritives, et moins d'activités de vérification de la conformité.</p>	<p>Les résultats ne seront pas connus tant que le règlement n'aura pas été publié dans la Partie II de la <i>Gazette du Canada</i>.</p>



Rendement des initiatives réglementaires (suite)

But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
<p>Règlement sur les aliments et drogues (Adjonction de vitamines et de minéraux aux aliments)</p> <p>Une vaste consultation des intéressés a eu lieu concernant l'élaboration d'une politique plus souple pour l'adjonction des vitamines et des minéraux aux aliments. Une vaste consultation du public sur les recommandations fondamentales a pris fin, et les résultats sont présentement soumis à une évaluation.</p>	<p>Un cadre réglementaire approprié pour l'industrie alimentaire permettra d'offrir aux consommateurs une plus grande variété de produits alimentaires auxquels des vitamines et des minéraux auront été ajoutés, afin de répondre aux besoins en santé publique tout en protégeant la population contre des apports excessifs ou mal équilibrés.</p>	<p>Moins de dossiers, et moins d'activités de vérification de la conformité.</p> <p>Des enquêtes sur le régime alimentaire permettront de déterminer si les Canadiens suivent les recommandations concernant les apports en vitamines et en minéraux.</p>	<p>Les bienfaits pour les consommateurs commenceront à se faire sentir après l'adoption de la politique révisée, vers la fin de 1999-2000.</p>
<p>Règlement sur les aliments et drogues (Révision du Titre 16 - Tableaux d'additifs alimentaires)</p> <p>Un projet de modification est en cours de préparation et devrait être publié dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i> en 2001.</p>	<p>La nouvelle approche donnera plus de latitude à l'industrie pour l'utilisation des additifs alimentaires, tout en continuant d'assurer la sécurité du public.</p>	<p>Moins de dossiers d'additifs alimentaires, moins de modifications aux normes alimentaires, et moins de mesures d'application de la loi.</p>	<p>Le contrat visant la correction des faiblesses relevées par les Services juridiques a été exécuté.</p> <p>Les résultats commenceront à être connus un an après la publication des modifications dans la Partie II de la <i>Gazette du Canada</i>.</p>



Rendement des initiatives réglementaires (suite)

But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
<p>Règlement sur les aliments et drogues (sang, tissus, organes et xénogreffons)</p> <p>Attente des normes finales de la CSA et consultation sur les cadres réglementaires.</p>	<p>Santé Canada propose de prendre un nouveau règlement et d'en mettre à jour d'autres pour assurer la sûreté du sang, des composants sanguins et des tissus et organes à transplanter, y compris des xénogreffons.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales du règlement seront connues.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.</p>
<p>Règlement sur l'information relative aux produits du tabac</p> <p>Le 22 janvier 2000, un avis d'intention de prendre un règlement a été publié dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i>. Le règlement devrait entrer en vigueur avant la fin de 2000.</p>	<p>Selon ce nouveau règlement, tous les produits du tabac devront, dans un délai d'un an, porter des mises en garde contre les méfaits pour la santé. Pour les produits dont la part de marché dépasse 2 p. 100, ce délai sera non pas d'un an, mais de 180 jours à compter de l'entrée en vigueur du règlement. Le but est de renseigner les Canadiens et les Canadiennes (et surtout les jeunes) sur les conséquences de l'usage du tabac pour la santé. Un document de consultation, <i>Options pour la réglementation de la promotion du tabac</i>, a été publié et remis à l'industrie et aux intéressés en janvier 1999 en vue d'obtenir leurs commentaires.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales du règlement seront connues.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.</p>



Rendement des initiatives réglementaires (suite)

But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
<p>Règlement sur les rapports relatifs au tabac</p> <p>Le 22 janvier 2000, un avis d'intention de prendre un règlement a été publié dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i>. Le règlement devrait entrer en vigueur avant la fin de 2000.</p>	<p>Ce règlement vise à augmenter le nombre des constituants et des émissions à déclarer, et s'applique à toutes les catégories de produits du tabac. À cette fin, une <i>Lettre de renseignements</i> de la Direction générale de la protection de la santé, sollicitant les commentaires, a été publiée le 10 juin 1998. Les commentaires reçus ont été analysés, et la Section de la réglementation (Justice) est à rédiger le libellé.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales du règlement seront connues.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.</p>
<p><i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i></p> <p>Nouveau règlement sur les benzodiazépines, adopté en juin 2000.</p>	<p>Ce nouveau règlement sur les benzodiazépines et ses précurseurs, et l'unification des règlements en vigueur, offriront un cadre réglementaire amélioré qui permettra au Canada de respecter ses obligations internationales.</p>	<p>Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales de la loi seront connues.</p>	<p>Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.</p>





SECTION V : RENDEMENT FINANCIER

Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent donnent un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 1999-2000 et présentent des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Cette année encore, Santé Canada s'est efforcé d'utiliser ses ressources de la manière la plus efficace et efficiente possible pour que les Canadiens et les Canadiennes en aient pour leur argent.

Dans l'ensemble, en 1999-2000, la non-utilisation de fonds a été insignifiante. L'excédent a été de 15,4 millions de dollars, soit 1 p. 100, pour les ressources de fonctionnement. Cet excédent est principalement attribuable aux retards apparus dans le lancement de nouvelles initiatives.



Tableaux financiers récapitulatifs

Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés pour 1999-2000

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit	Dépenses prévues ¹ 1999-2000	Autorisations totales ² 1999-2000	Dépenses Réelles ² 1999-2000
Santé Canada			
1 Dépenses de fonctionnement	1 083,1	1 120,3	1 104,9
5 Subventions et contributions	850,5	864,5	864,5
(S) Ministre de la Santé - Traitements et allocation d'automobile	-	0,1	0,1
(S) Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	61,2	70,0	70,0
(S) Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,6	0,4
(S) Paiements aux victimes de l'hépatite C en vertu de l'article 30 de la <i>Loi sur la responsabilité civile de l'État et le contentieux administratif</i> *	-	855,3	855,3
(S) Remboursement des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	0,1	0,1
Total pour le Ministère	1 994,8	2 910,9	2 895,3

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

Remarque 1 : Selon le Rapport sur les plans et les priorités de 1999-2000

Remarque 2 : Selon les Comptes publics de 1999-2000

* Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre de rémunération, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

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

Secteurs d'activité	Équivalents temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions et contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
Gestion des risques pour la santé	2 774	271,6	-	45,1	316,7	-44,9	271,8
<i>(Autorisations totales)</i>	2 800	287,2	-	44,8	332,0	-55,8	276,2
(Réelles)	2 711	273,7	-	44,8	318,5	-53,8	264,7
Promotion de la santé de la population	545	74,8	-	140,3	215,1	-	215,1
<i>(Autorisations totales)*</i>	676	945,7	-	148,3	1 094,0	-	1 094,0
(Réelles)*	721	945,7	-	148,3	1 094,0	-	1 094,0
Santé des Autochtones	1 403	619,5	-	539,0	1 158,5	-9,1	1 149,4
<i>(Autorisations totales)</i>	1 336	591,8	-	565,6	1 157,4	-9,1	1 148,3
(Réelles)	1 336	589,5	-	565,6	1 155,1	-6,8	1 148,3
Soutien et renouvellement du système de santé	88	11,0	-	71,5	82,5	-	82,5
<i>(Autorisations totales)</i>	63	5,3	-	43,8	49,1	-	49,1
(Réelles)	63	5,3	-	43,8	49,1	-	49,1
Politiques, planification et information en matière de santé	574	104,4	-	35,4	139,8	-	139,8
<i>(Autorisations totales)</i>	865	148,7	-	29,8	178,5	-	178,5
(Réelles)	855	148,5	-	29,8	178,3	-	178,3
Services ministériels	845	112,4	5,8	19,2	137,4	-1,2	136,2
<i>(Autorisations totales)</i>	971	129,6	4,2	32,2	166,0	-1,2	164,8
(Réelles)	999	124,9	4,2	32,2	161,3	-0,4	160,9
Total	6 229	1 193,7	5,8	850,5	2 050,0	-55,2	1 994,8
<i>(Autorisations totales)</i>	6 711	2 108,3	4,2	864,5	2 977,0	-66,1	2 910,9
(Réelles)	6 685	2 087,6	4,2	864,5	2 956,3	-61,0	2 895,3
Recettes non disponibles							-7,8
<i>(Autorisations totales)</i>							-7,8
(Réelles)							-14,6
Coût des services fournis par d'autres ministères							40,0
<i>(Autorisations totales)</i>							40,0
(Réelles)							49,5
Coût net du Programme							2 027,0
<i>(Autorisations totales)</i>							2 943,1
(Réelles)							2 930,2

Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget 1999 pour chaque secteur d'activité.

* Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

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

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Gestion des risques pour la santé	180,3	267,8	271,8	276,2	264,7
Promotion de la santé de la population **	175,1	201,6	215,1	1 094,0	1 093,9
Santé des Autochtones	1 026,8	1 060,5	1 149,4	1 148,3	1 148,2
Soutien et renouvellement du système de santé	14,6	30,7	82,5	49,1	49,2
Politiques, planification et information en matière de santé	114,3	288,1	139,8	178,5	178,3
Services ministériels	131,7	146,1	136,2	164,8	161,0
Total	1 642,8	1 994,8	1 994,8	2 910,9	2 895,3

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

* Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget 1999 pour chaque secteur d'activité.

** Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 4 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 1999-2000 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité (en millions de dollars)

Organisation	Gestion des risques pour la santé	Promotion de la santé de la population *	Santé des Autochtones	Soutien et renouv. du système de santé	Pol., planif. et inform. en matière de santé	Services ministériels	Total
Protection de la santé	221,6	-	-	-	14,8	-	236,4
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>228,6</i>	-	-	-	<i>25,9</i>	-	<i>254,5</i>
(Réelles)	217,0	-	-	-	25,9	-	242,9
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	15,9	-	-	-	-	-	15,9
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>19,3</i>	-	-	-	-	-	<i>19,3</i>
(Réelles)	19,3	-	-	-	-	-	19,3
Promotion et programmes de la santé	9,9	215,1	22,1	2,6	14,1	-	263,8
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>2,2</i>	<i>1 094,0</i>	<i>22,0</i>	<i>2,9</i>	<i>0,0</i>	-	<i>1 121,1</i>
(Réelles)	2,2	1 094,0	22,0	2,9	0,0	-	1 121,1
Services médicaux	1,5	-	1 127,3	-	-	-	1 128,8
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>1,7</i>	-	<i>1 126,3</i>	-	-	-	<i>1 128,0</i>
(Réelles)	1,8	-	1 126,3	-	-	-	1 128,1
Agence d'hygiène et de sécurité au travail	22,9	-	-	-	-	-	22,9
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>24,4</i>	-	-	-	-	-	<i>24,4</i>
(Réelles)	24,4	-	-	-	-	-	24,4
Politiques et consultation	-	-	-	79,9	68,0	-	147,9
<i>(Autorisations totales)</i>	-	-	-	<i>46,2</i>	<i>75,9</i>	-	<i>122,1</i>
(Réelles)	-	-	-	46,2	75,9	-	122,1
Services de gestion	-	-	-	-	14,5	133,3	147,8
<i>(Autorisations totales)</i>	-	-	-	-	<i>24,5</i>	<i>128,3</i>	<i>152,8</i>
(Réelles)	-	-	-	-	24,3	124,4	148,7
Information, analyse et connectivité	-	-	-	-	28,4	2,9	31,3
<i>(Autorisations totales)</i>	-	-	-	-	<i>52,2</i>	<i>36,5</i>	<i>88,7</i>
(Réelles)	-	-	-	-	52,2	36,5	88,7
Total							
(dépenses prévues)	271,8	215,1	1 149,4	82,5	139,8	136,2	1 994,8
<i>(Autorisations totales)</i>	<i>276,2</i>	<i>1 094,0</i>	<i>1 148,3</i>	<i>49,1</i>	<i>178,5</i>	<i>164,8</i>	<i>2 910,9</i>
(Réelles)	264,7	1 094,0	1 148,3	49,1	178,3	160,9	2 895,3
% du total **	13,0%	11,7%	56,3%	2,4%	8,7%	7,9%	100%

Remarque : Les montants en italique représentent les autorisations totales pour 1999-2000 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

Les montants en gras représentent les dépenses et les recettes réelles de 1999-2000.

Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget de 1999 pour chaque secteur d'activité.

* Un paiement ponctuel de \$ 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.

** Un paiement ponctuel de \$ 855,3 millions de dollars, ordonné par les tribunaux, a été soustrait du <<% du total >> pour permettre la comparaison avec les années antérieures.



Tableau financier 5 : Recettes disponibles

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité / Secteurs de service	Réelles 1997-1998	Réelles 1998-1999	Recettes prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Réelles 1999-2000
Gestion des risques pour la santé					
Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	0,7	1,0	1,3	1,3	1,1
Réglementation des produits thérapeutiques	35,5	31,8	34,7	39,3	38,7
Hygiène du milieu	2,2	2,0	3,3	3,3	2,1
Agence d'hygiène et de sécurité au travail	2,7	4,1	5,3	5,3	4,5
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,4	7,8	0,2	6,5	7,3
Services d'urgence	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Santé des Autochtones					
Santé des Indiens et des Inuits	7,0	6,7	9,1	9,1	6,8
Services ministériels	1,3	1,2	1,2	1,2	0,4
Total des recettes disponibles	56,9	54,7	55,2	66,1	61,0

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

Recettes disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à valoir sur le crédit » et peuvent être dépensées par le Ministère.



Tableau financier 6 : Recettes non disponibles

(en millions de dollars)

Principaux types et sources	Réelles 1997-1998	Réelles 1998-1999	Recettes prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Réelles 1999-2000
Recettes fiscales					
Taxe sur les produits et services	-	0,2	-	-	0,3
Recettes non fiscales					
Frais d'analyse d'aliments et de drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursements	10,4	6,3	-	-	5,2
Droits de service	2,6	2,1	2,8	2,8	1,9
Revenus - Produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	-
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,3	0,3	-	-	0,6
Divers recettes non fiscales	7,4	7,0	1,2	1,2	6,6
Total des recettes non disponibles	20,7	15,9	7,8	7,8	14,6

Recettes non disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes créditées au Trésor ». Elles ne peuvent être dépensées par le Ministère, mais peuvent l'être par le gouvernement.



Tableau financier 7 : Paiements législatifs

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Promotion de la santé de la population	-	-	-	855,3	855,3
Total des paiements législatifs	-	-	-	855,3	855,3

Les autorisations totales correspondent au Budget principal, aux Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

* Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 8 : Paiements de transfert

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Subventions					
Gestion des risques pour la santé	0,1	30,1	37,1	37,1	37,1
Promotion de la santé de la population	10,4	15,8	17,0	17,8	17,8
Santé des Autochtones	0,6	-	-	-	-
Politiques, planification et information en matière de santé	23,0	167,1	11,9	11,9	11,9
Total des subventions	34,1	213,0	66,0	66,8	66,8
Contributions					
Gestion des risques pour la santé	8,5	12,6	8,0	7,7	7,7
Promotion de la santé de la population	110,4	118,8	123,3	130,5	130,5
Santé des Autochtones	461,8	505,1	539,0	565,6	565,6
Soutien et renouvellement du système de santé	10,4	24,2	71,5	43,8	43,8
Politiques, planification et information en matière de santé	26,0	18,8	23,5	17,9	17,9
Services ministériels	33,2	30,8	19,2	32,2	32,2
Total des contributions	650,3	710,3	784,5	797,7	797,7
Total des paiements de transfert	684,4	923,3	850,5	864,5	864,5

Les paiements législatifs ne sont pas inclus dans ce tableau.

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

* Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget de 1999 pour chaque secteur d'activité.



Tableau financier 9 : Dépenses en capital

(en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Services ministériels	9,3	4,2	5,8	4,2	4,2
Total des dépenses en capital	9,3	4,2	5,8	4,2	4,2

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.



Tableau financier 10 :

Passif éventuel

Un certain nombre de recours individuels et collectifs ont été intentés contre le gouvernement pour cause de négligence, notamment en rapport avec l'hépatite C et le rôle du gouvernement dans la réglementation des matériel médical. En raison de la difficulté de définir l'obligation fédérale en la matière, il est impossible, à l'heure actuelle, d'évaluer avec confiance les coûts associés aux recours individuels et collectifs.

Les recours collectifs présentés par les personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990 ont été réglés par le truchement d'une entente approuvée par les tribunaux et entrant en vigueur en janvier 2000. Les participants aux recours collectifs sont liés par cette entente, à moins de retirer leur participation par écrit d'ici le 31 janvier 2001, date à laquelle ils pourront tenter une poursuite individuelle contre le gouvernement. En janvier 2000, le gouvernement fédéral a versé environ 855,3 millions de dollars au fiduciaire nommé par les tribunaux aux fins du règlement, se libérant entièrement des obligations qui lui incombaient, en vertu de l'entente de règlement, relativement aux recours collectifs visant la période de 1986 à 1990.

Le gouvernement présente actuellement sa défense contre les recours individuels et collectifs non réglés.







SECTION VI : AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Contacts ministériels

Renseignements généraux

Écrivez-nous à l'adresse suivante :

Santé Canada
0913A, 13^e étage
Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
CANADA

Site Web :

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

Envoyez-nous un message électronique :

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

Envoyez-nous une télécopie :

Demandes générales
(613) 941-5366

Téléphonez-nous :

Administration centrale
(613) 957-2991

Sous-ministre

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

Sous-ministre déléguée

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

Sous-ministre adjoint principal

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

Sous-ministre adjoint

Direction générale de la politique de la
santé et des communications
0911B, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-3059



Sous-ministre adjoint

Direction générale de la santé des
Premières nations et des Inuits
1921A, Immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0L3
(613) 957-7701

Sous-ministre adjoint

Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique
1916A, Immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 954-8524

Sous-ministre adjoint

Direction générale de la santé
environnementale et de la sécurité
des consommateurs
1600, rue Scott, Holland Cross
Tour B, 5^e étage 3105A
Ottawa (Ontario) K1A 1B6
(613) 946-6701

Directeur général régional

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

Directeur général régional

Région du Manitoba
et de la Saskatchewan
391, avenue York, Suite 415
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P4
(204) 984-4359

Directeur général régional

Région de la Colombie-Britannique
et du Yukon
2^e étage, pièce 235
Centre Sinclair - Tour Fédéral
757, rue West Hasting
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6C 1A1
(604) 666-5251

Sous-ministre adjoint

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

Sous-ministre adjoint

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

Directeur général régional

Région de l'Atlantique
Maritime Centre, Suite 1918
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 3Y6
(902) 426-4097

Directeur général régional

Région de l'Ontario et du Nunavut
25, avenue St. Clair Est
4^e étage
Toronto (Ontario) M4T 1M2
(416) 954-3592

Directeur général régional

Région de l'Alberta et des Territoires
du Nord-Ouest
Canada Place, Suite 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
(780) 495-6737

Avocat général principal

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



Directrice exécutive

Agence de réglementation
de la lutte antiparasitaire
6607D2, 2250, promenade Riverside
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 736-3708

Présidente-directrice générale

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

Directeur, Vérification interne

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



Références

Les documents publiés par Santé Canada sont disponibles auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366
Appareil de télécommunication
pour malentendants 1-800-267-1245

On trouvera ci-dessous des exemples de documents disponibles.

Rapports:

Divers rapports sur la santé mentale
Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues : aperçu 1995
Inforoute santé du Canada
La santé au Canada : un héritage à faire fructifier
La santé des Autochtones au Canada
La santé des jeunes : tendances au Canada
L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de
l'alcoolisme et d'autres toxicomanies
Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale :
lignes directrices nationales
Nouvelle perspective de la santé des Canadiens
Nutrition pour une grossesse en santé
Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la
population canadienne
Transformer la recherche en santé pour le XXI^e siècle

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

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



Liste des lois et des règlements

PARTIE 1

LOIS ADMINISTRÉES et RÈGLEMENTS DONT LE MINISTRE DE LA SANTÉ EST RESPONSABLE

La partie 1 regroupe les lois intégrales ou partielles ainsi que des règlements spécifiques qui sont sous la responsabilité du ministre de la Santé

Loi canadienne sur la santé, L.R.C" (1985), ch. C-6

- Règlement sur les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, DORS/86-259

Loi sur le centre canadien de lutte contre les toxicomanies, L.R.C.(1985), ch.49 (4^e suppl.)

Loi canadienne sur la protection de l'environnement, L.C. 1999, ch. 33

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.R.C. (1985), ch. 38.8

Loi sur le ministère de la Santé, L.R.C., (1985), ch. 3.2

- Règlement sur l'eau potable (transport en commun), C.R.C. 1978, ch. 1105
- Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes, DORS/94-558

Loi sur la gestion des finances publiques, L.R.C. (1985), ch. F-11

- 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 sur le prix à payer pour l'évaluation des 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

Loi sur la condition physique et le sport amateur, L.R.C. (1985), ch. F-25

Loi sur les aliments et drogues, L.R.C. (1985), ch. F-27

Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, L.R.C. (1985), ch. H-2.7

Loi sur les produits dangereux, L.R.C. (1985), ch. H-3



Loi sur le conseil de recherches médicales, L.R.C. (1985), ch. M-4 et *Loi portant sur la création des instituts de recherche en santé du Canada*, L.C. 2000, ch. 6, à l'exception des articles 40, 41, 43, 45, 47, 49 et 51 dont la date d'entrée en vigueur n'a pas été fixée

Loi sur les brevets, L.R.C. (1985), ch. P-4

- Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité), DORS/93-133, DORS/98-166
- Règlement sur les médicaments brevetés, DORS/88-474, DORS/94-688, DORS/95-172, DORS/98-105

Loi sur les produits antiparasitaires, L.R.C. (1985), ch. P-9

Loi sur l'indemnisation des dommages causés par les pesticides, L.R.C. (1985), ch. P-10

Loi sur la quarantaine, L.R.C. (1985), ch. Q-1

Loi sur le Fonds de recherche de la Reine Elizabeth II, S.R.C. 1970, ch. Q-1

Loi sur les dispositifs émettant des radiations, L.R.C. (1985), ch. R-1

Loi sur le tabac L.R.C. (1985), ch. T-11.5

- Règlement sur l'information relative aux produits du tabac, DORS/2000-272
- Règlement sur le tabac (accès), DORS/99-93
- Règlement sur le tabac (saisie et restitution), DORS/99-94
- Règlement sur les rapports relatifs au tabac, DORS/2000-273

PARTIE 2

LOIS QUI NE SONT PAS ADMINISTRÉES PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ

La partie 2 regroupe les lois qui sont administrées par d'autres ministres et en vertu desquelles le ministre de la Santé joue un rôle consultatif

Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaire, L.R.C. (1985), ch. N-28.3

- Règlement général sur la sûreté et la réglementation nucléaires, DORS/2000-202

Loi sur la radiodiffusion, L.R.C. (1985), ch. B-9.01

Code canadien du travail, L.R.C. (1985), ch. L-2

Loi médicale du Canada, S.R.C. 1952, ch. 27

Loi sur la marine marchande, L.R.C. (1985), ch. S-9

- Règlement sur l'alimentation et le service de table des équipages de navire, C.R.C., 1978, ch. 1480

Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments, L.R.C. (1985), ch. C-16.5

Loi sur la protection civile, L.R.C. (1985), ch. 6 (4^e suppl.)

Loi d'urgence sur les approvisionnements d'énergie, L.R.C. (1985), ch. B-9



Loi sur la taxe d'accise, L.R.C. (1985), ch. B-15

Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, L.R.C. (1985), ch. F-8

Loi sur les aliments du bétail, L.R.C. (1985), ch. F-9

Loi sur l'immigration, L.R.C. (1985), ch. I-2

Loi sur les parcs nationaux, L.R.C. (1985), ch. N-14

Loi sur les marques de commerce, L.R.C. (1985), ch.T-13



Index

- activité physique 15, 63
- Agence canadienne d'inspection des aliments 38, 40, 41, 52
- alcool 70, 114
 - Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie 65, 67, 114
- aliments 14, 19, 25, 29, 36, 37, 39, 40, 41, 49, 56, 80, 90, 91, 96, 104, 105, 112, 114
- Autochtones / Premières nations et Inuits 12, 15, 16, 19, 22, 23, 24, 25, 30, 51, 65, 66, 68, 80, 84, 85, 88, 90, 92, 93, 101, 102, 103, 104, 107, 112, 114
 - Diabète chez les Autochtones 16, 64, 69, 93
 - Initiative de développement de carrière pour Autochtones 84
 - Organisme pour l'amélioration de l'état de santé des peuples autochtones 16, 69
 - Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 16, 65, 69, 72, 93
 - Programme de contributions à la construction d'installations permanentes pour les Premières nations et les Inuits 85
 - Programme de soins à domicile et de soins communautaires des Premières nations et des Inuits 16, 93
 - Programme de soins de santé non assurés 16, 30, 70, 71, 72
 - Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones 72
 - Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 16, 18, 71, 80
- biotechnologie 14, 24, 41
- Bureau de la consommation et de la participation du public 15, 34, 37
- Bureau de la politique des soins infirmiers 17, 76
- déterminants de la santé 25, 30, 36, 62, 78, 90
- développement durable 47-49, 91, 93
- eau 25, 40, 49, 51, 71, 91, 93, 115
- enfants/enfance 12, 17, 25, 48, 63, 66, 79, 80, 81, 93, 114
 - Autochtones 65, 69, 71, 93
 - Centres d'excellence pour le bien-être des enfants 66
 - Programme d'action communautaire pour les enfants 65, 67, 93
- Entente-cadre sur l'union sociale 35
- évaluation des risques 37, 40, 41, 50, 87, 91
- femmes 22, 62, 64, 75, 81, 93
 - Centres d'excellence pour la santé des femmes 75
 - grossesse 62, 65, 114
- Fonds pour la santé de la population 63, 67
- Fonds pour l'adaptation des services de santé 17, 71, 74, 76
- génétique 24, 40, 48, 64, 79, 90, 91
- gestion des risques 37, 38, 88
- hygiène du milieu 29, 37, 47, 49, 53, 54, 88, 103, 104, 113
- Infostructure canadienne de la santé 71, 80
- Initiative sur la santé de la population canadienne 66



Institut canadien d'information sur la santé 35, 66

Lois 35, 41

- Loi canadienne sur la protection de l'environnement* 38, 49, 91, 115
- Loi canadienne sur la santé* 11, 31, 34, 74, 115
- Loi canadienne sur l'évaluation environnementale* 49
- Loi réglementant certaines drogues et autres substances* 21, 98, 115
- Loi sur la protection de la santé* 38
- Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments* 38
- Loi sur le ministère de la Santé* 21, 115
- Loi sur le tabac* 48, 116
- Loi sur le vérificateur général* 90
- Loi sur les aliments et drogues* 21, 38, 41, 115
- Loi sur les dispositifs émettant des radiations* 49, 116
- Loi sur les produits dangereux* 21, 48, 49, 115

maladie 14, 18, 21, 25, 29, 30, 36, 37, 40, 50, 51, 52, 60, 61, 64, 67, 79, 88, 91

- asthme 51
- cancer 15, 22, 40, 91
- cancer du sein 48, 52, 64
- coeur 22, 24
- Creutzfeldt-Jakob 44, 60
- diabète 12, 14, 15, 23, 51, 64, 80
- hépatite C 36, 61, 62, 64, 67, 68, 73, 77, 83, 100, 101, 102, 103, 106, 109
- lymphome non-hodgkinien 91
- tuberculose 52
- VIH/sida 23, 44, 45, 51, 61, 65, 66, 67, 81, 114

matériel médical 25, 29, 36, 37, 43, 109

médicaments 23, 24, 25, 29, 37, 43, 45, 70, 71, 105

- illicite 43, 105, 114
- marijuana à des fins médicales 14, 44, 45
- vétérinaire 40

nutrition 39, 40, 63, 91, 95, 104

- Programme canadien de nutrition prénatale 62, 65, 67, 70, 93, 114

personnes âgées / vieillissement 17, 63, 75, 78, 114

pollution atmosphérique 47, 91

produits antiparasitaires / pesticides 15, 25, 30, 36, 37, 41, 57, 58, 59, 92, 116

- Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 19, 27, 44, 58, 59, 103, 104, 113
- Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire 59

produits chimiques 40, 41, 49, 58, 91, 92

produits de santé naturels 14, 38, 43

produits thérapeutiques 25, 29, 36, 37, 43, 44, 104

Programme d'animation communautaire 93

Programme de soutien à l'infrastructure de la santé 75

programme Grands Lacs : Impact sur la santé 92

protection des renseignements personnels 18, 81

radiations 49, 55

recherche 16, 17, 26, 33, 40, 60, 64, 67, 69, 76, 77, 79, 85, 90, 114



Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 78
Instituts de recherche en santé du Canada 13, 17, 78
Programme national de recherche et développement en matière de santé 17, 78, 82

Règlements

- Aliments et drogues 95, 96, 97
- Sperme 44
- Tabac (accès) 116
- Tabac (information) 97, 98, 116
- Tabac (promotion) 97
- Tabac (rapports) 93, 116

Réseau canadien de la santé 15, 64, 80

sang 25, 29, 37, 43, 44, 50, 60, 61, 80, 97, 100, 101, 102, 103, 106

- Société canadienne du sang 14, 44-45, 45

santé mentale 35, 63, 70, 72, 114

santé rurale 65, 75

services d'urgence 55, 104

- Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire 49, 55

soins à domicile et soins communautaires 12, 17, 69, 74, 75, 76, 78

substances toxiques 90, 91, 92

- Initiative de recherche sur les substances toxiques 48, 49

suicide 22

surveillance de la santé 18, 26, 36, 40, 51, 52, 60, 80, 81

syndrome de mort subite du nourrisson 66

tabac / tabagisme 12, 15, 30, 48, 67, 97, 98, 114

- Comité consultatif des jeunes 48, 67

télésanté 18, 71, 75, 80, 81, 82

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux 11

violence familiale 66, 114

xénogreffons 45, 97





Santé Health
Canada Canada

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

Information, Analysis and Connectivity Branch
Applied Research and Analysis Directorate

Rapport Ministériel Sur le Rendement

1999 – 2000

Annexe A :

Mesurer la Santé au Canada



La santé d'une population est déterminée par de nombreux facteurs et n'est que partiellement le résultat des mesures gouvernementales. Toutefois, l'information sur les programmes gouvernementaux qui influencent la santé est le mieux interprétée à la lumière de l'état de santé des Canadiens.

Mesurer la santé des Canadiens fournit cet éclairage, notamment en permettant de recueillir les renseignements suivants :

- Indicateurs généraux de l'espérance de vie et de la mortalité :
 - Espérance de vie à la naissance 124
 - Taux de mortalité infantile 125
 - Espérance de vie à certains âges – Hommes 126
 - Espérance de vie à certains âges – Femmes 126
 - Principales causes de décès – 1985 127
 - Principales causes de décès – 1997 127
 - Taux de mortalité par maladies cardiovasculaires 128
 - Décès par maladies cardiovasculaires 129
 - Taux d'incidence du cancer – Hommes 130
 - Taux de mortalité du cancer – Hommes 130
 - Taux d'incidence du cancer – Femmes 131
 - Taux de mortalité du cancer – Femmes 131
 - Taux de mortalité – Traumatismes
 - selon la cause du décès et le sexe 132
 - Taux de mortalité par traumatisme – Hommes 133
 - Taux de mortalité par traumatisme – Femmes 133
 - Taux de mortalité par traumatisme
 - Hommes – selon l'âge et la cause du décès 134
 - Taux de mortalité par traumatisme
 - Femmes – selon l'âge et la cause du décès 134

- Indicateurs généraux de l'état de santé et de la morbidité :
 - Auto-évaluation de la santé 135
 - Prévalence de certaines affections chroniques 136
 - Personnes souffrant d'asthme – Hommes 137
 - Personnes souffrant d'asthme – Femmes 137
 - Taux d'incidence des principales maladies à déclaration obligatoire 138
 - Taux d'incidence de l'hépatite C – selon le sexe 139
 - Taux d'incidence de l'hépatite C – selon l'âge et le sexe 140
 - Taux d'incidence des toxi-infections alimentaires 141
 - Prévalence de la dépression – Hommes 142
 - Prévalence de la dépression – Femmes 142
 - Prévalence du surpoids – selon l'âge et le sexe 143
 - Prévalence du surpoids – selon l'âge 144



- Comportements et prévention :
 - Usage quotidien du tabac – selon l'âge 145
 - Usage quotidien du tabac – selon l'âge et le sexe 146
 - Violence familiale – Conjugale – selon le sexe 147
 - Violence familiale – Conjugale – selon le sexe et le type de violence 148
 - Violence familiale – Violence contre les enfants
et les jeunes perpétrée par des membres de la famille 149
 - Activité physique modérée pendant les loisirs 150
 - Activité physique modérée régulière 151
 - Prévention 152

- VIH/sida :
 - Résultats positifs au test de détection du VIH
– selon le sexe 153
 - Résultats positifs au test de détection du VIH
– Hommes adultes 154
 - Résultats positifs au test de détection du VIH
– Femmes adultes 155
 - Syndrome d'immunodéficience acquise 156

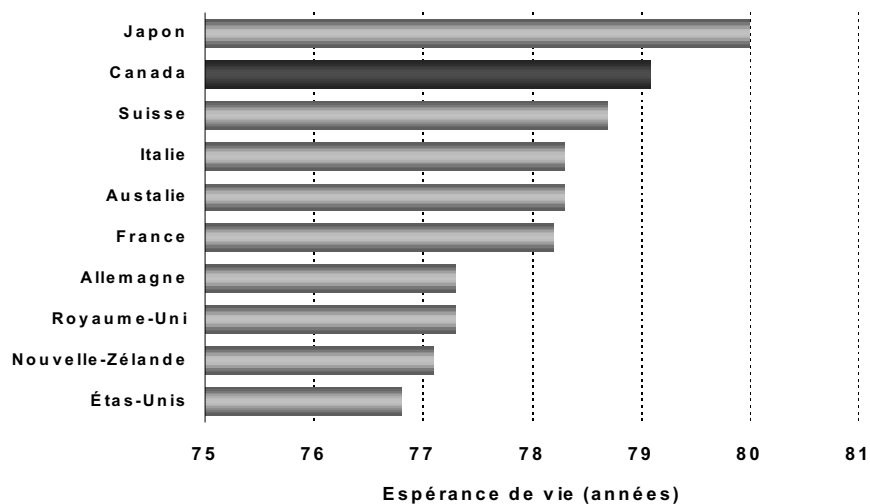
- Santé des Premières Nations et des Inuits :
 - Espérance de vie à la naissance – Hommes 157
 - Espérance de vie à la naissance – Femmes 157
 - Taux de mortalité infantile 158
 - Prévalence d'affections chroniques 159
 - Taux d'incidence de la tuberculose 160
 - Cas de sida chez les Autochtones 161
 - Résultats positifs au test de détection du VIH 162



Indicateurs généraux de l'espérance de vie et de la mortalité

Espérance de vie à la naissance

Pays sélectionnés, 1998



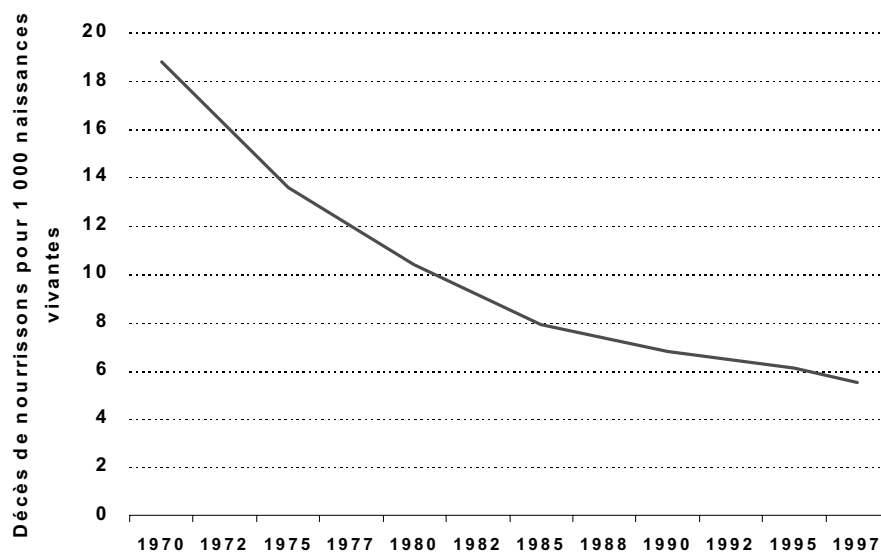
Source: Rapport mondial sur le développement humain 2000, Programme des Nations Unies pour le développement

- Au Canada, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de façon soutenue pour passer de 59 à 79 ans entre le début des années 20 et 1998.
- En 1998, l'espérance de vie à la naissance au Canada s'établissait à 79,1 ans. Avec l'Islande, le Canada occupe le deuxième rang dans le classement international, derrière le Japon.



Taux de mortalité infantile

Canada, 1970 à 1997



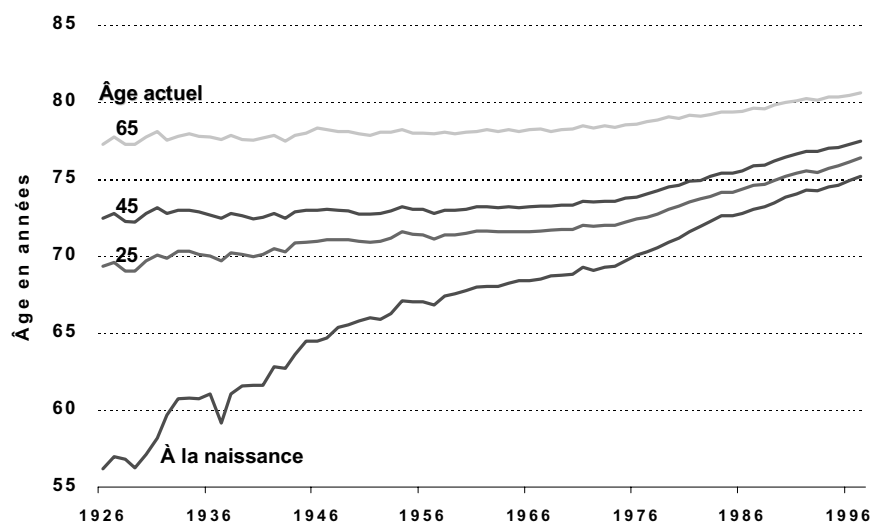
Source: Statistique Canada

- Au Canada, le taux de mortalité infantile est tombé de 18,8 à 5,5 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1970 et 1997.
- Cette diminution continue, dont une chute de 6,8 à 5,5 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 1997, contribue à accroître l'espérance de vie.



Espérance de vie à certains âges

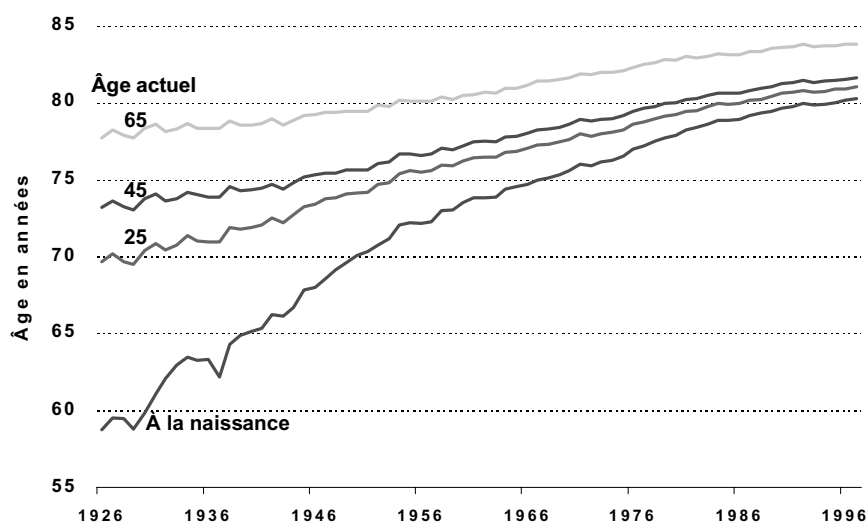
Hommes – Canada, 1926 à 1996



Source: Statistique Canada

Espérance de vie à certains âges

Femmes – Canada, 1926 à 1996



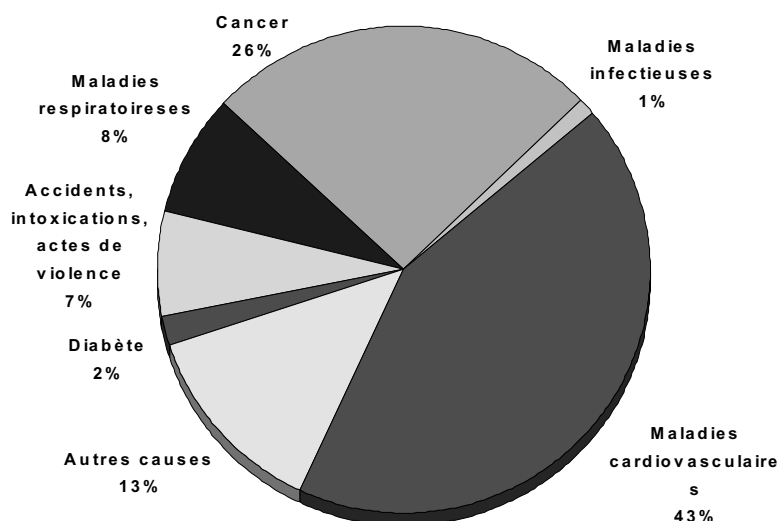
Source: Statistique Canada

- L'espérance de vie peut être établie à la naissance ou à n'importe quel âge.
- Au cours des 60 dernières années, au Canada, l'espérance de vie s'est améliorée pour tous les âges.
- Les gains les plus importants concernent l'espérance de vie à la naissance. On les doit à une diminution du taux de mortalité infantile. L'espérance de vie à 25 et à 45 ans a également connu une importante amélioration.
- Depuis les années 60, l'espérance de vie des hommes de 65 ans est passée de 78 ans à 80 ans et plus, et celle des femmes de 80 ans à 83 ans et plus.



Principales causes de décès

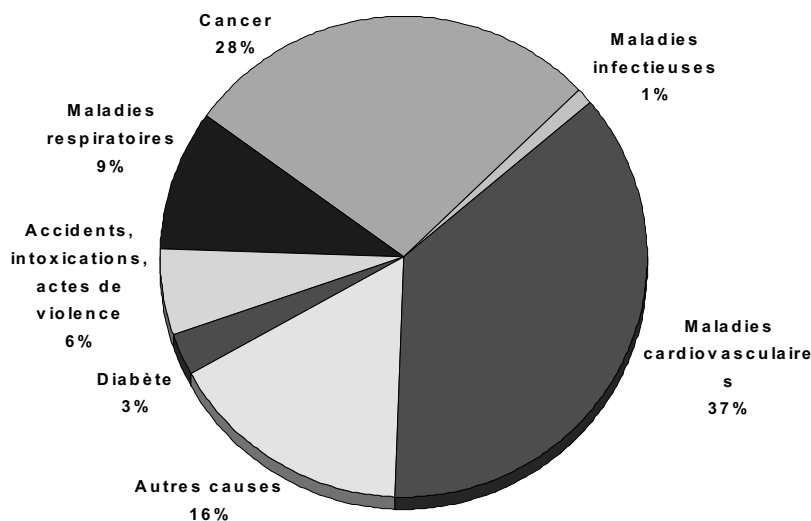
Pourcentage de l'ensemble des décès – Canada, 1985



Source: Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

Principales causes de décès

Pourcentage de l'ensemble des décès – Canada, 1997



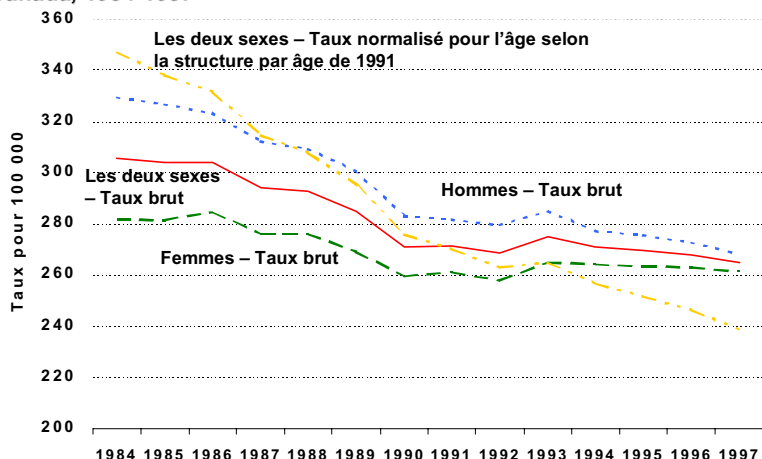
Source: Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont les deux principales causes de décès au Canada.
- Entre 1985 et 1997, le nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires a diminué proportionnellement au nombre total de décès, pour tomber de 43 à 37 pour 100.
- La proportion de décès attribuables au cancer a quant à elle augmenté, passant de 26 pour 100 en 1985 à 28 pour 100 en 1997.



Taux de mortalité par maladies cardiovasculaires

Canada, 1984-1987

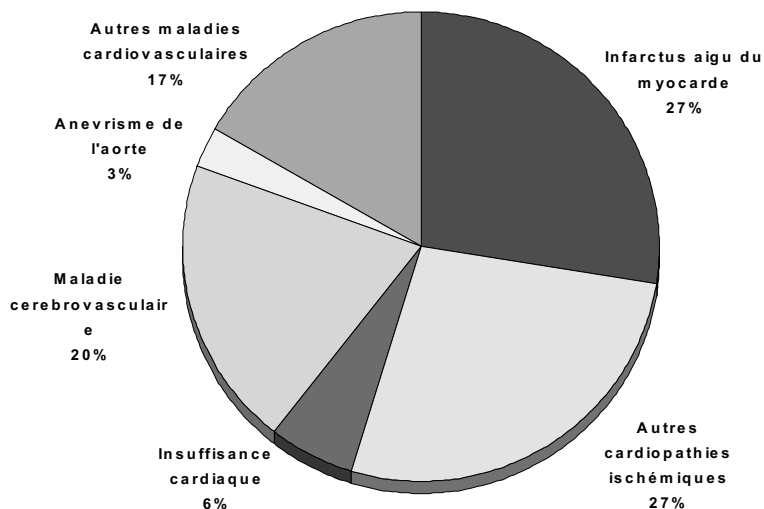


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Le taux de mortalité par maladie cardiovasculaire, normalisé selon l'âge n'a cessé de diminuer depuis 1984, au Canada.
- Entre 1991 et 1997, le taux de mortalité brut a diminué chez les hommes et légèrement augmenté chez les femmes.
- Pour beaucoup de maladies, dont les maladies cardiovasculaires, le nombre de cas nouveaux et le nombre de décès augmentent à mesure que la population vieillit. La normalisation selon l'âge tient compte de l'évolution de la pyramide des âges (structure par âge) et facilite les comparaisons dans le temps. Les taux présentés ici ont été normalisés selon la structure par âge de 1991.



Décès par maladies cardiovasculaires Pourcentage du nombre total de décès – Canada, 1997



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

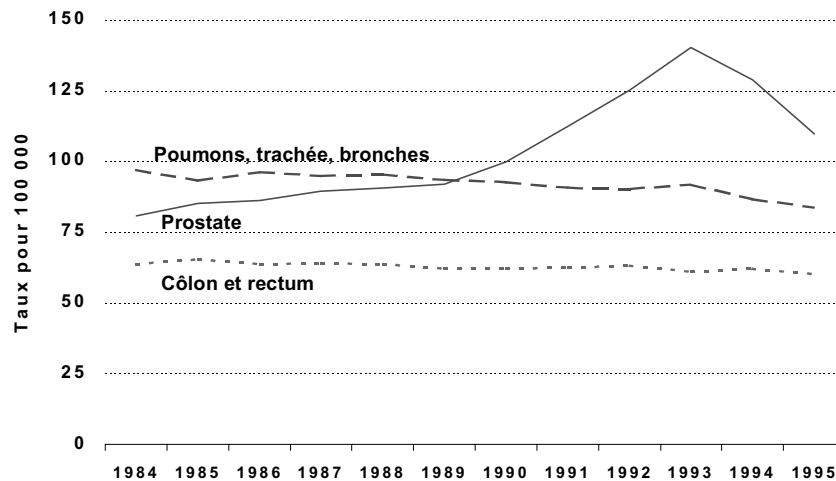
- L'infarctus aigu du myocarde (IAM), les autres cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires (y compris les accidents vasculaires cérébraux) sont responsables de la plupart des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires au Canada.



Taux d'incidence du cancer – Hommes

Canada, 1984-1995

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991

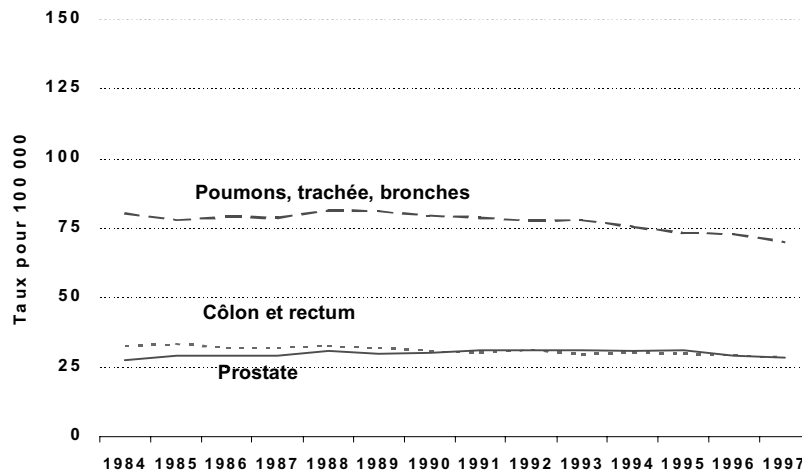


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

Taux de mortalité du cancer – Hommes

Canada, 1984-1997

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

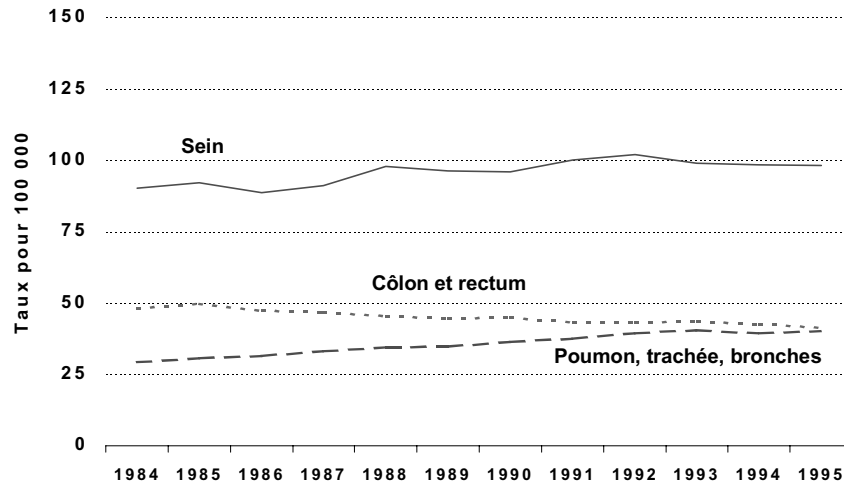
- Le cancer du poumon est le cancer le plus meurtrier chez les Canadiens de sexe masculin, bien que le taux de mortalité connexe, normalisé selon l'âge, ne cesse de baisser depuis 1988.
- Bien que le taux de mortalité lié au cancer de la prostate, normalisé selon l'âge, soit demeuré relativement stable, le taux d'incidence correspondant, normalisé selon l'âge, a sensiblement augmenté et dépasse le taux d'incidence du cancer du poumon depuis 1989.
 - Dans la présente annexe, l'expression **taux d'incidence** désigne le nombre de cas nouveaux par tranche de 100 000 habitants dans une année donnée. Le **taux de mortalité** correspond au nombre de décès pour 100 000 habitants au cours d'une année déterminée. L'écart au fil des ans entre le taux d'incidence et le taux de mortalité donne une idée de l'évolution du taux de survie.



Taux d'incidence du cancer – Femmes

Canada, 1984-1995

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991

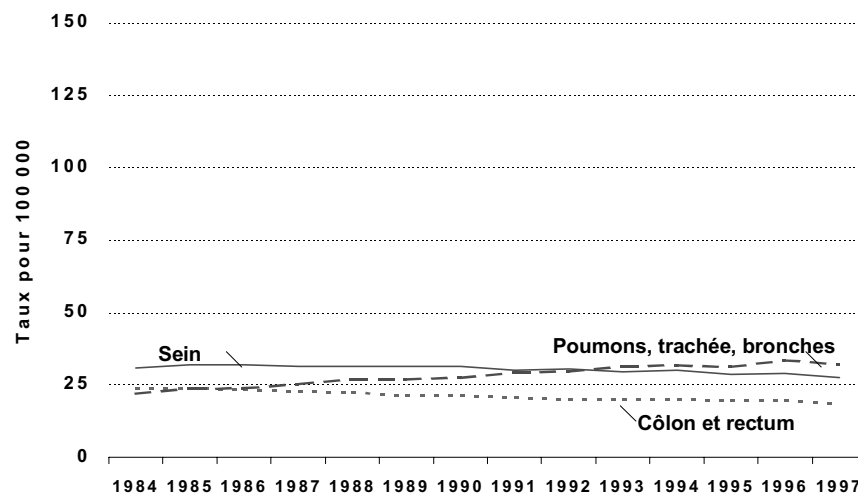


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

Taux de mortalité du cancer – Femmes

Canada, 1984-1997

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991



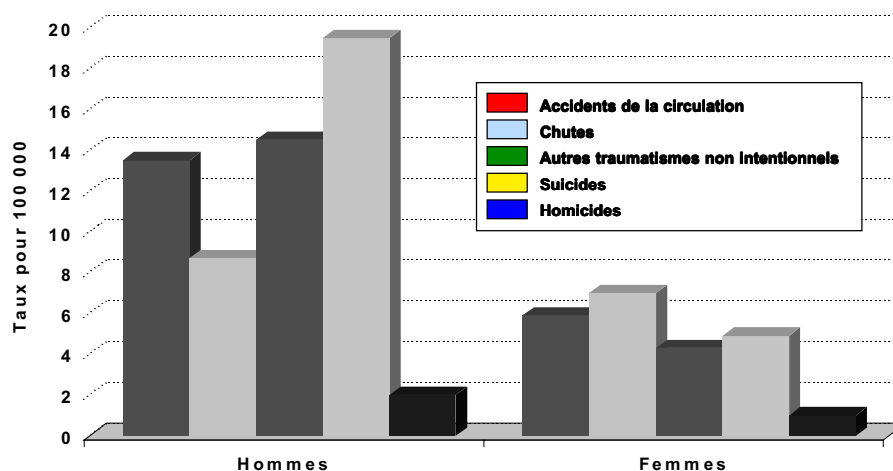
Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Le taux d'incidence du cancer du poumon, normalisé selon l'âge, chez les Canadiennes a augmenté comparativement à celui du cancer du sein. Le cancer du sein demeure néanmoins la forme la plus fréquente de cancer chez les femmes.
- Si le taux de mortalité liée au cancer du sein, normalisé selon l'âge, a diminué depuis 1986, le taux de mortalité liée au cancer du poumon a augmenté. En 1993, le cancer du poumon avait supplanté le cancer du sein comme principale cause de décès attribuable au cancer chez les Canadiennes.



Taux de mortalité – traumatismes selon la cause du décès et le sexe – Canada, 1997

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

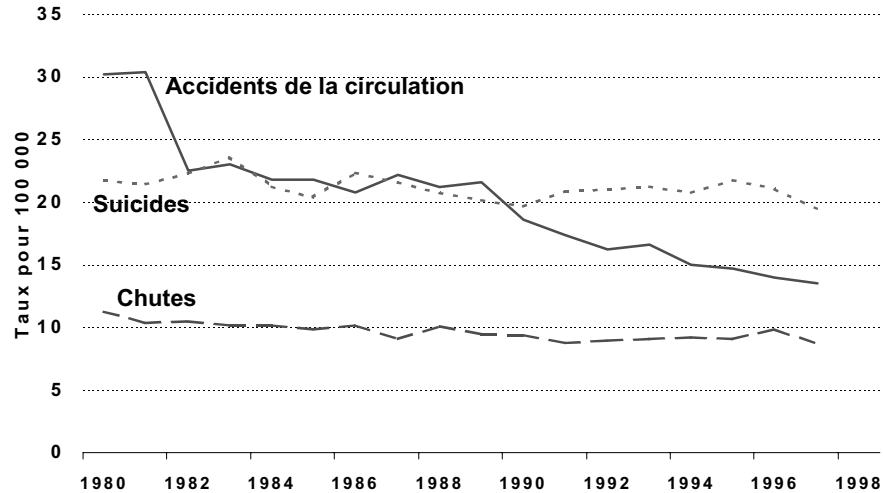
- Le taux de mortalité attribuable aux traumatismes est sensiblement plus élevé chez les hommes que chez les femmes au Canada.
- Dans le cas des suicides, le taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge est presque quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le nombre d'hommes qui périssent dans un accident de la circulation est plus du double de celui des femmes.
- Le taux de mortalité attribuable aux chutes ne varie pas beaucoup d'un sexe à l'autre. En effet, moins de 9 décès pour 100 000 hommes et de 7 décès pour 100 000 femmes sont imputables à une chute.



Taux de mortalité par traumatismes – Hommes

selon la cause du décès – Canada, 1980-1997

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991

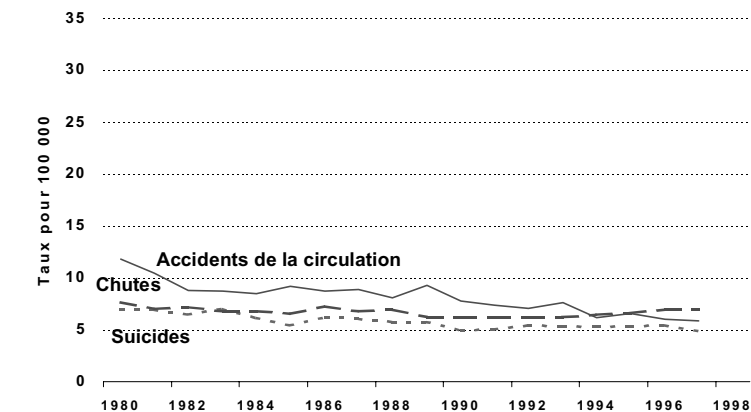


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

Taux de mortalité par traumatismes – Femmes

selon la cause du décès – Canada, 1980-1997

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

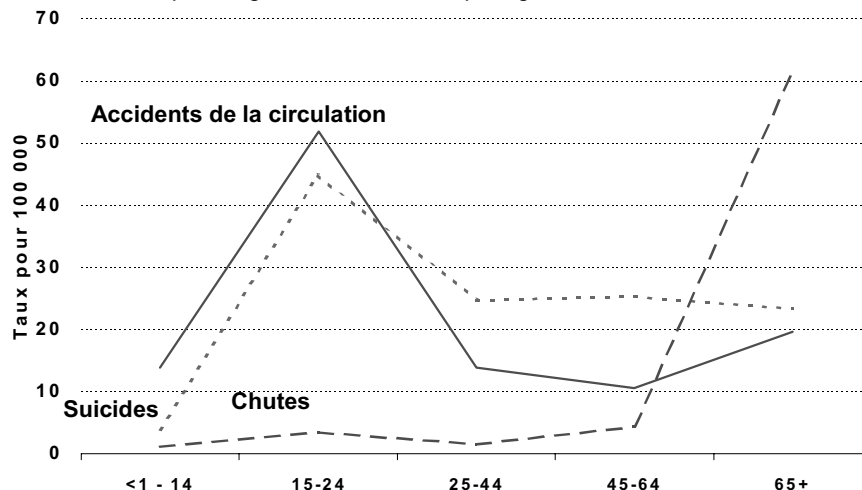
- Après normalisation selon l'âge, on constate que le taux de mortalité due aux accidents de la circulation a diminué chez les hommes comme chez les femmes depuis 1980.
- Depuis 1990, c'est le suicide qui figure en tête de liste des causes de décès liés aux traumatismes chez les hommes. Le taux de suicide, normalisé selon l'âge, demeure néanmoins relativement stable depuis 1980, soit autour de 20 décès pour 100 000.
- Chez les femmes, le taux de mortalité attribuable aux chutes et normalisé selon l'âge s'est relativement stabilisé, à environ 7 décès pour 100 000. Les chutes constituent la principale cause de décès par traumatisme dans cette population depuis 1994.



Taux de mortalité par traumatismes – Hommes

selon l'âge et la cause du décès – Canada, 1997

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991

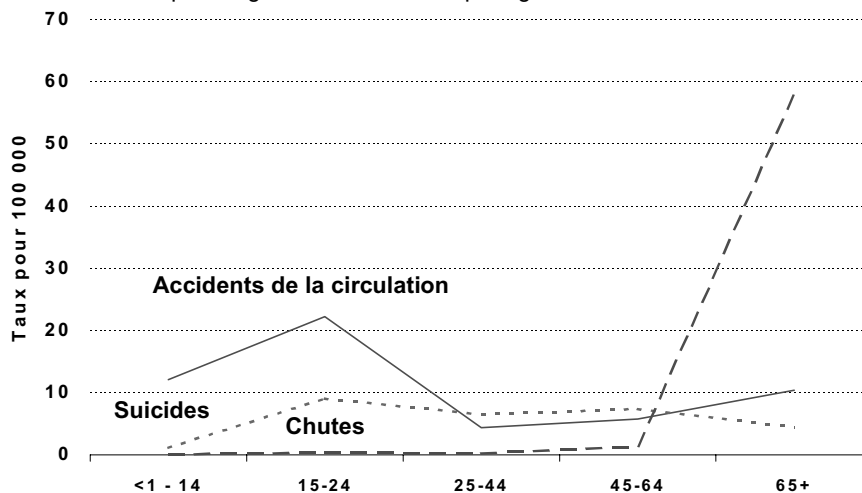


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

Taux de mortalité par traumatismes – Femmes

selon l'âge et la cause du décès – Canada, 1997

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

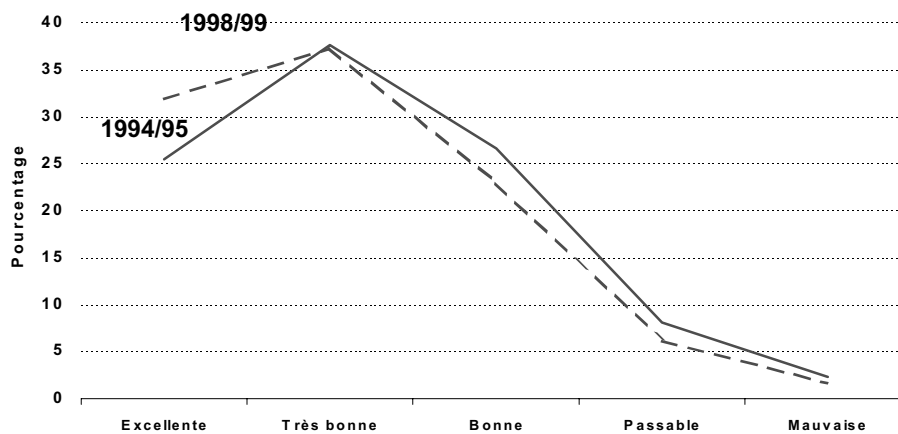
- Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de mortalité attribuable aux chutes augmente de façon considérable chez les 65 ans et plus.
- Le taux de mortalité due aux accidents de la circulation et aux suicides atteint un sommet dans le groupe des 15 à 24 ans.



Indicateurs généraux de l'état de santé et de la morbidité

Auto-évaluation de la santé

Canadiens de 12 ans et plus, 1994-1995 et 1998-1999

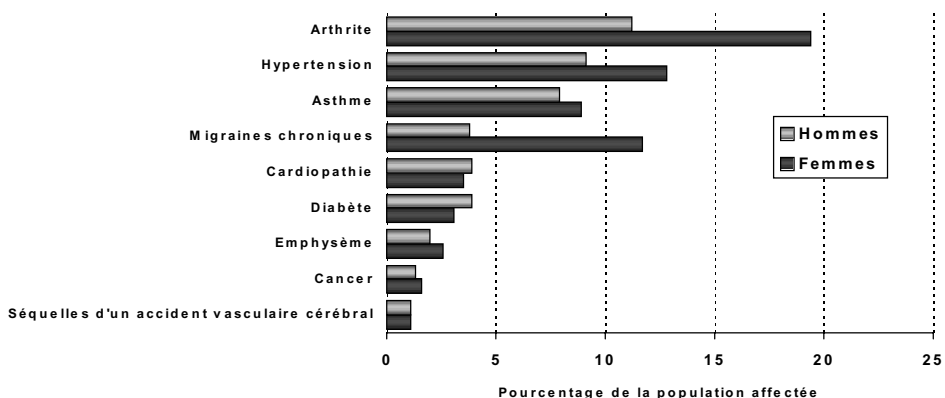


Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995, 1998-1999), Statistique Canada

- Le pourcentage de Canadiens qui estiment être en très bonne santé a augmenté entre 1994-1995 et 1998-1999. En 1998-1999, environ 92 pour 100 des Canadiens se disaient en bonne, très bonne ou excellente santé.



Prévalence de certaines affections chroniques selon le sexe – Canada, 1998-1999

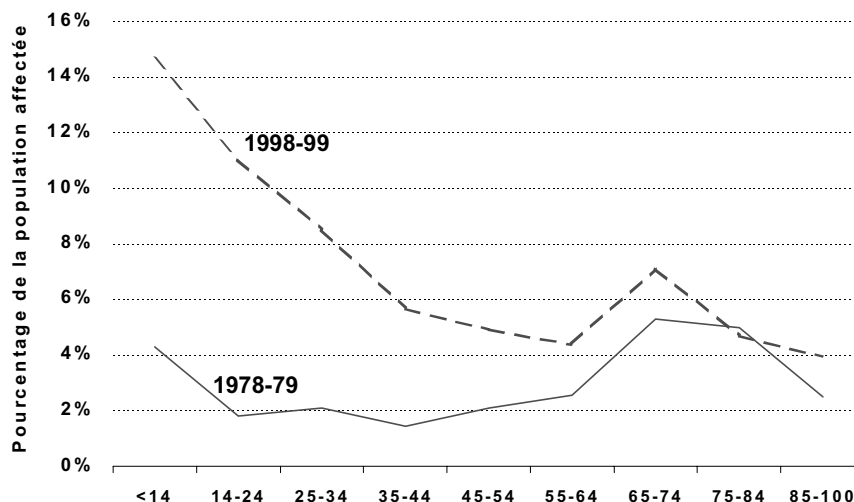


Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada

- L'arthrite et l'hypertension sont les deux problèmes de santé chroniques les plus fréquents dans la population canadienne. Leur prévalence, c'est-à-dire le pourcentage de la population touchée, augmente sensiblement chez les hommes et les femmes après 54 ans.
- En 1998-1999, près de deux fois plus de femmes que d'hommes étaient susceptibles de souffrir d'arthrite. Par ailleurs, les femmes sont trois fois plus nombreuses à connaître des migraines chroniques, problème dont la prévalence est la plus forte chez les femmes de 35 à 44 ans.

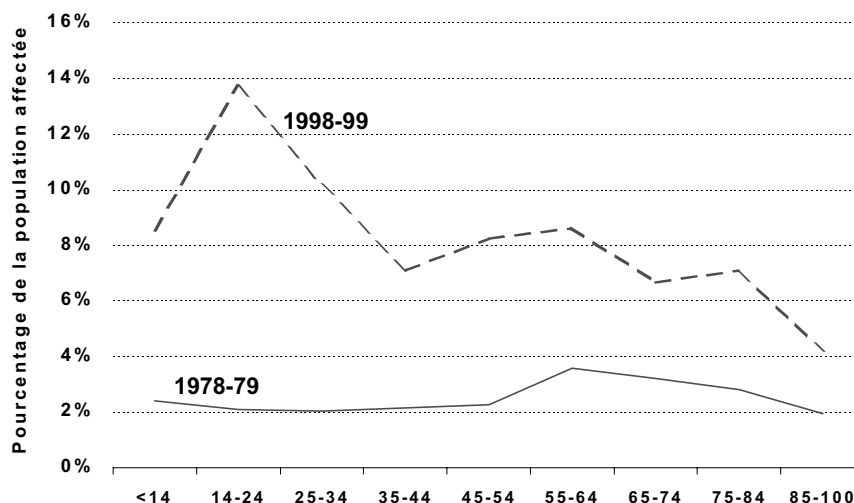


Personnes souffrant d'asthme – Hommes selon le groupe d'âge – Canada, 1978-1979, 1998-1999



Source : Enquête Santé Canada (1978-1979), Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada

Personnes souffrant d'asthme – Femmes selon le groupe d'âge – Canada, 1978-1979, 1998-1999

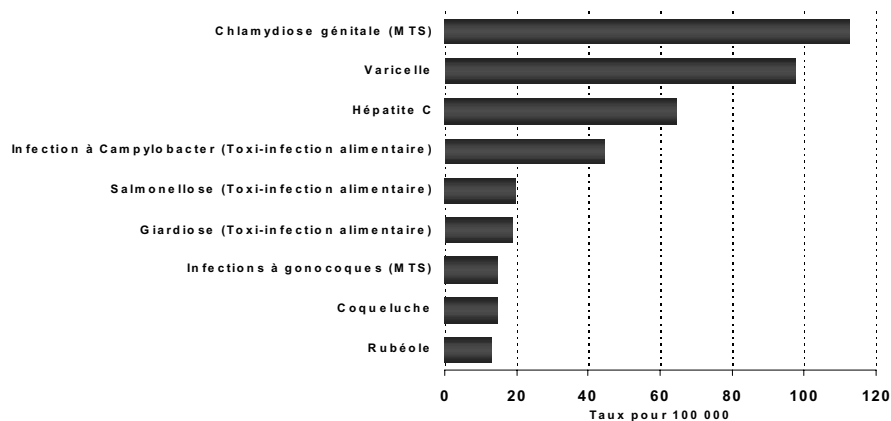


Source : Enquête Santé Canada (1978-1979), Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada

- L'asthme est un problème de santé chronique qui touche les Canadiens de tout âge.
- Les taux de prévalence ont considérablement augmenté au cours des vingt dernières années, surtout chez les Canadiens de moins de 35 ans.
- Cette hausse pourrait être due en partie aux modifications apportées aux critères de diagnostic.



**Taux d'incidence des principales maladies
à déclaration obligatoire
Canada, 1997**

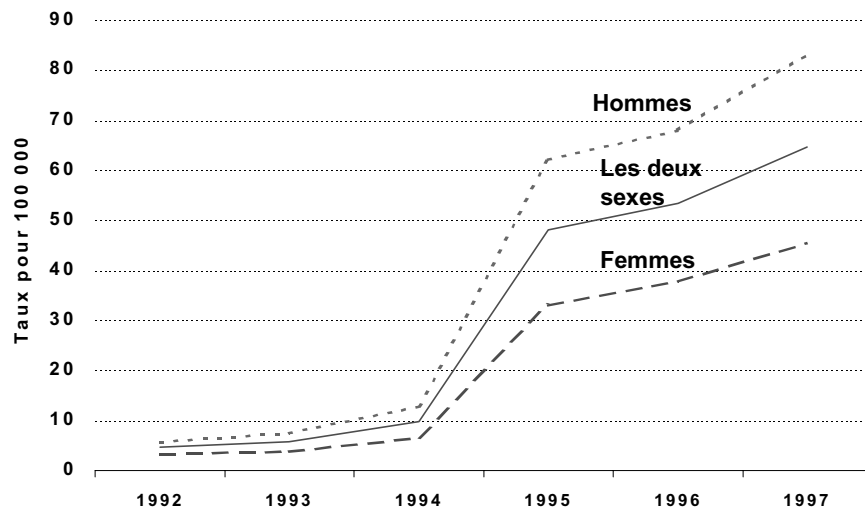


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Au nombre des principales maladies à déclaration obligatoire figurent les maladies transmises sexuellement, les toxi-infections alimentaires, les maladies infantiles et l'hépatite C.



Taux d'incidence de l'hépatite C selon le sexe – Canada, 1992-1997

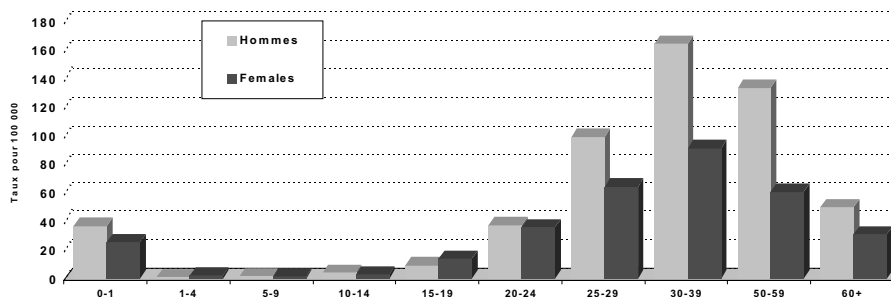


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Le taux d'incidence de l'hépatite C a sensiblement augmenté entre 1992 et 1997, la plus forte hausse s'observant chez les hommes.



Taux d'incidence de l'hépatite C selon l'âge et le sexe – Canada, 1997

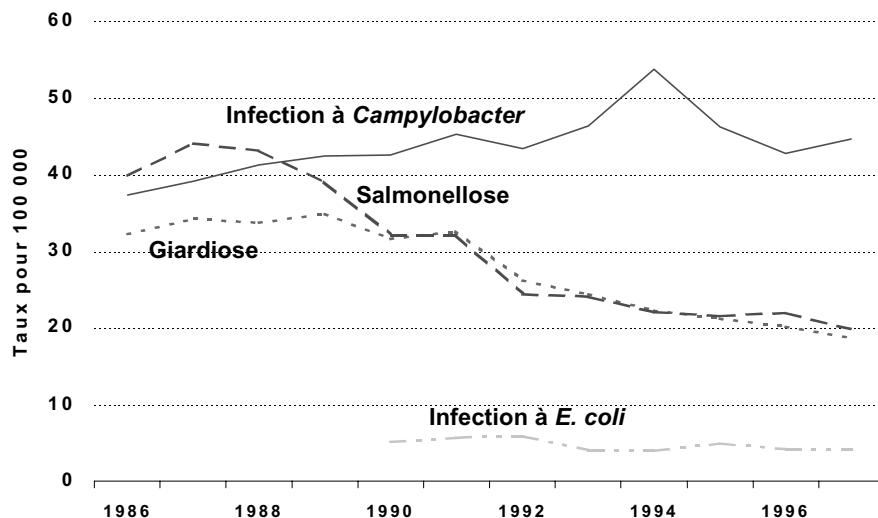


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- En 1997, les Canadiens de 25 à 59 ans étaient les plus susceptibles de contracter l'hépatite C.
- Le taux d'incidence de l'hépatite C est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes.



Taux d'incidence des toxi-infections alimentaires Canada, 1986-1997



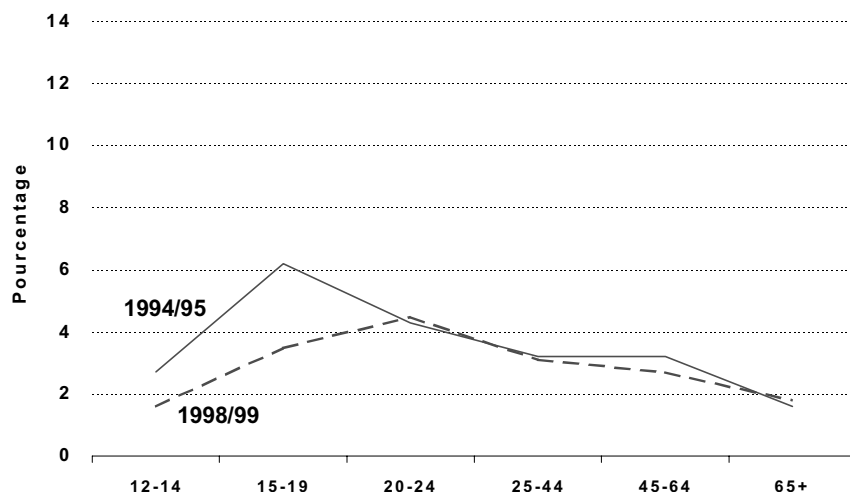
Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Le taux d'incidence de la giardiose et celui de la salmonellose ont baissé depuis 1987, mais celui de l'infection à *Campylobacter* a augmenté.
- Le taux d'incidence des infections à *E. coli* vérotoxigène est relativement stable depuis 1990.
- Les toxi-infections alimentaires sont beaucoup plus courantes que le laisse croire le nombre de cas signalés. Il se peut, en effet, qu'on n'ait recensé que 10 pour 100 des cas.
- L'infection à ***Campylobacter*** est une maladie bactérienne transmise par la viande de poulet ou de porc mal cuite, par l'eau ou le lait cru contaminé, ou par le contact avec des nourrissons ou des animaux infectés.
- La **giardiose** est une infection parasitaire transmise par les aliments contaminés, l'eau non filtrée ou le contact direct avec une personne infectée dans une situation où l'hygiène personnelle laisse à désirer.
- La **salmonellose** est une maladie bactérienne transmise par les aliments ou les boissons contaminés.
- L'**infection à *E. coli* vérotoxigène** est habituellement transmise par le bœuf haché mal cuit et contaminé. Elle peut être également transmise par le lait cru ou l'eau contaminée par des eaux usées.



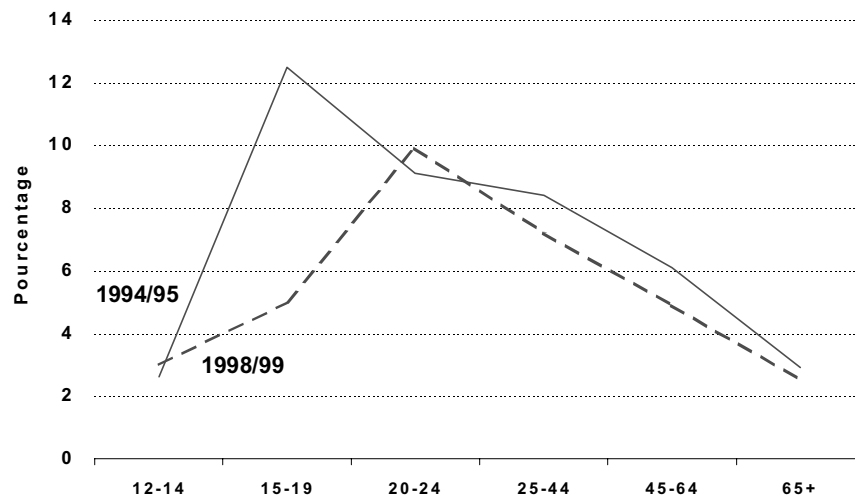
Prévalence de la dépression – Hommes

Pourcentage ayant connu un épisode de dépression au cours des 12 mois précédents, selon l'âge – Canada (sauf les Territoires), 1994-1995 et 1998-1999



Prévalence de la dépression – Femmes

Pourcentage ayant connu un épisode de dépression au cours des 12 mois précédents, selon l'âge – Canada (sauf les Territoires), 1994-1995 et 1998-1999



Source : Rapports sur la santé (vol. 11, n° 3, 1999), Statistique Canada

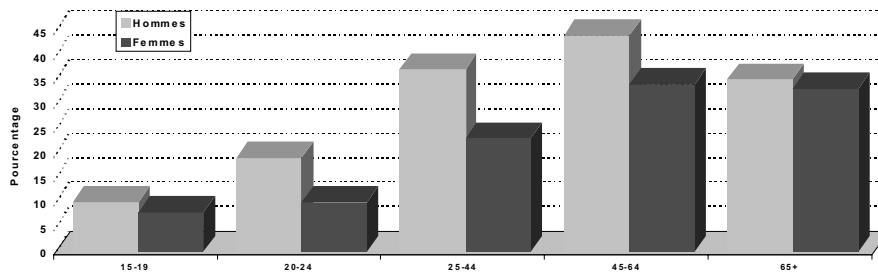
- Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, la dépression est plus fréquente chez les femmes que les hommes. Sa prévalence atteint un sommet chez les 15 à 24 ans, diminue chez les personnes d'âge mûr, et atteint son point le plus bas chez les 65 ans et plus.
- Le pourcentage de personnes qui déclarent avoir connu un épisode de dépression au cours des 12 mois précédents était plus faible en 1998-1999 qu'en 1994-1995.
- L'Enquête nationale sur la santé de la population comporte une série de questions permettant d'établir si le répondant a connu un épisode de dépression majeure durant l'année antérieure. Notons que les estimations de la prévalence reposent sur les réponses des ménages canadiens et n'incluent pas les réponses des personnes vivant en établissement.



Prévalence du surpoids

Pourcentage dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 27, selon l'âge et le sexe

– Canada (sauf les Territoires), 1998-1999



Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada

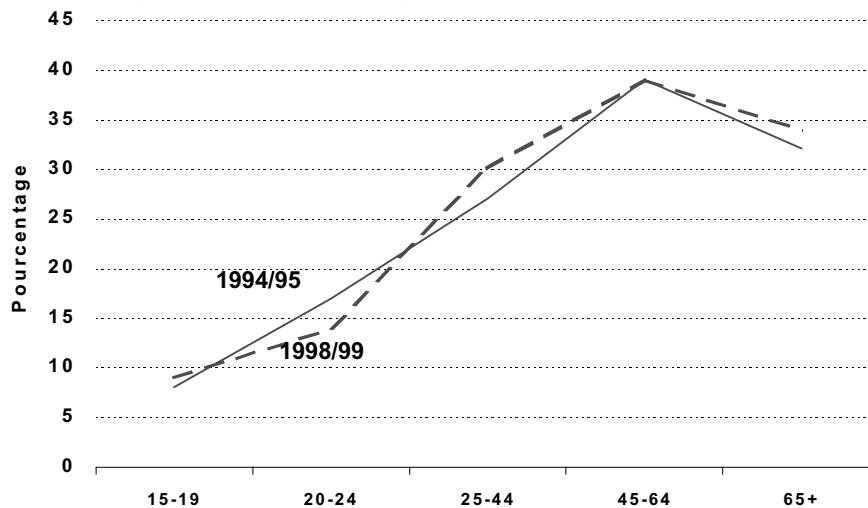
- En 1998-1999, un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes, dans tous les groupes d'âge, présentaient un excédent de poids (indice de masse corporelle égal ou supérieur à 27).
- C'est dans le groupe des 45 à 64 ans qu'on note la plus forte proportion de personnes présentant un excédent de poids.
- L'indice de masse corporelle (IMC) sert à mesurer les dimensions et les proportions du corps humain. Il correspond au poids en kilos divisé par le carré de la taille en mètres.



Prévalence du surpoids

Pourcentage dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 27, selon l'âge

– Canada (sauf les Territoires), 1994-1995 et 1998-1999



Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995, 1998-1999), Statistique Canada

- La proportion de Canadiens ayant un excédent de poids s'est relativement stabilisée au cours des cinq dernières années.

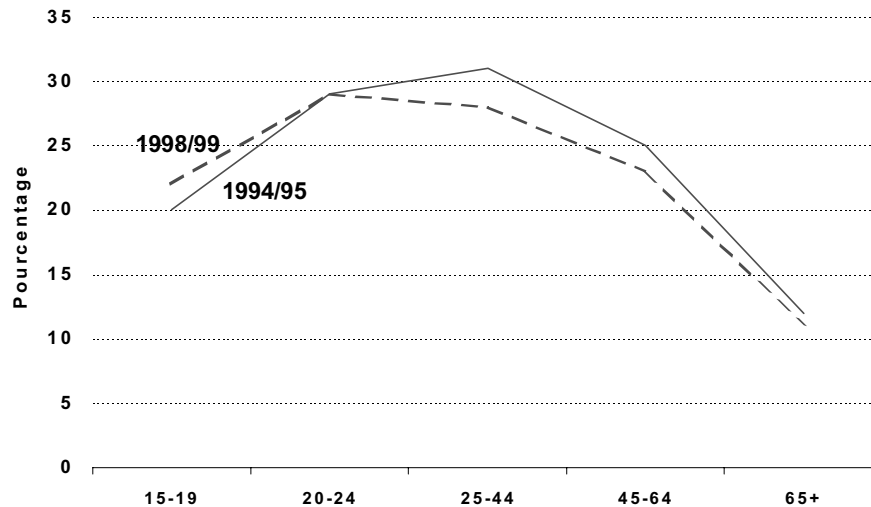


Comportements et prévention

Usage quotidien du tabac

Pourcentage selon l'âge

– Canada (sauf les Territoires), 1994-1995 et 1998-1999

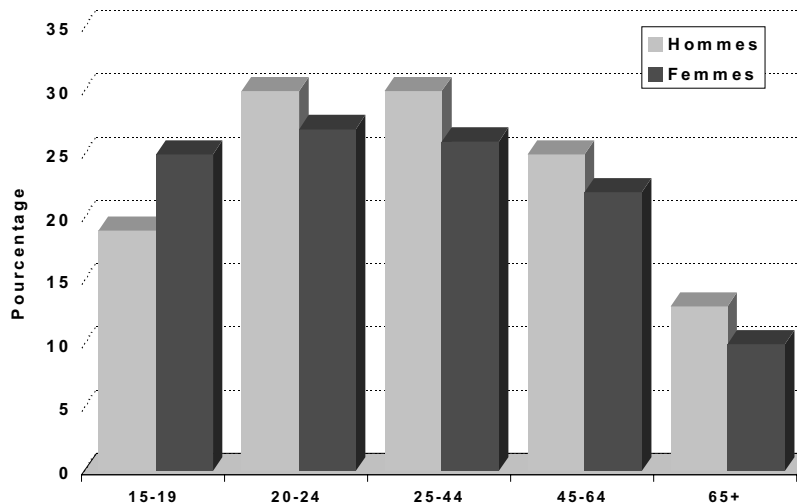


Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995, 1998-1999), Statistique Canada

- En 1996-1997, 96 pour 100 des Canadiens de 12 ans et plus estimaient que le tabac mettait la santé des fumeurs en danger. Pourtant, 24 pour 100 des Canadiens fumaient tous les jours en 1998-1999.
- Le pourcentage de Canadiens de 15 à 19 ans qui fument quotidiennement a augmenté entre 1994-1995 et 1998-1999 en raison de la hausse du pourcentage de fumeuses.
- Le pourcentage de personnes de 20 à 24 ans qui fument chaque jour n'a pas changé, bien que le pourcentage de fumeurs de sexe masculin ait augmenté et le pourcentage de fumeuses diminué.
- La plus forte réduction de la prévalence de l'usage quotidien du tabac a été relevée chez les personnes de 25 à 44 ans des deux sexes.



Usage quotidien du tabac Pourcentage selon l'âge et le sexe Canada (sauf les Territoires), 1998-1999



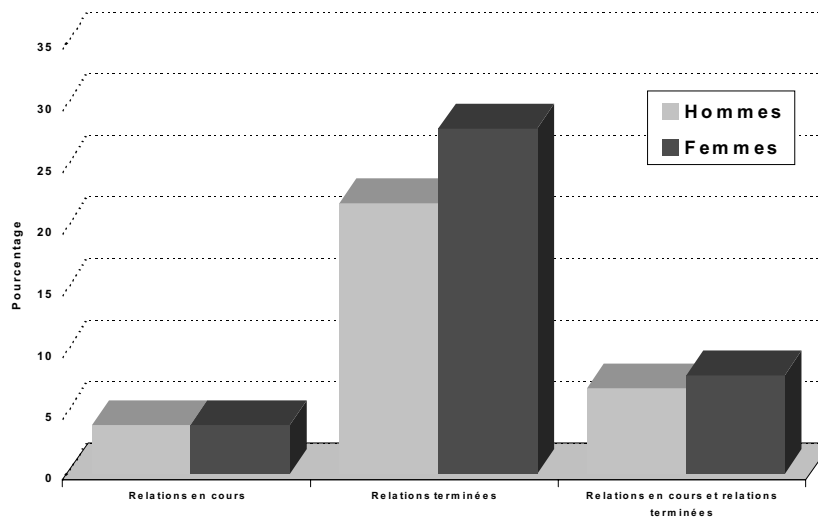
Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada

- En 1998-1999, les filles de 15 à 19 ans étaient plus susceptibles nombreuses à fumer que les garçons. Dans tous les autres groupes d'âge, la proportion de fumeurs de sexe masculin était supérieure à la proportion de fumeuses.



Violence familiale - Violence conjugale

Taux de violence conjugale selon le sexe, les 5 dernières années
Canada (personnes non institutionnalisées), 1999



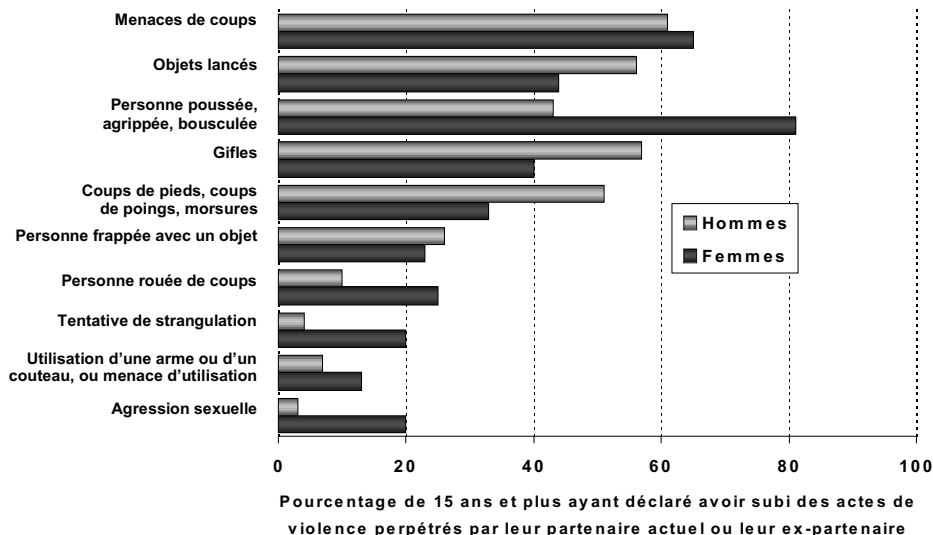
Source: Enquête sociale générale, 1999, Statistique Canada

- Selon l'Enquête sociale générale de 1999, environ 7 pour 100 des personnes ayant vécu en couple au cours des cinq années précédentes ont été victimes d'actes de violence perpétrés par leur partenaire.
- Pendant cette période de cinq ans, le taux de violence conjugale était comparable chez les hommes et chez les femmes (7 et 8 pour 100 respectivement, soit 549 000 hommes et 690 000 femmes touchés).
- Les personnes ayant mis fin à une relation durant cette période étaient plus susceptibles de mentionner des actes de violence commis contre elles dans le cadre de cette relation – 28 pour 100 des femmes et 22 pour 100 des hommes, comparativement à 4 pour 100 des personnes ayant maintenu leur relation au cours de cette période.



Violence familiale - Violence conjugale

Cas de violence dénoncés les 5 dernières années selon le sexe et le type de violence, Canada, 1999



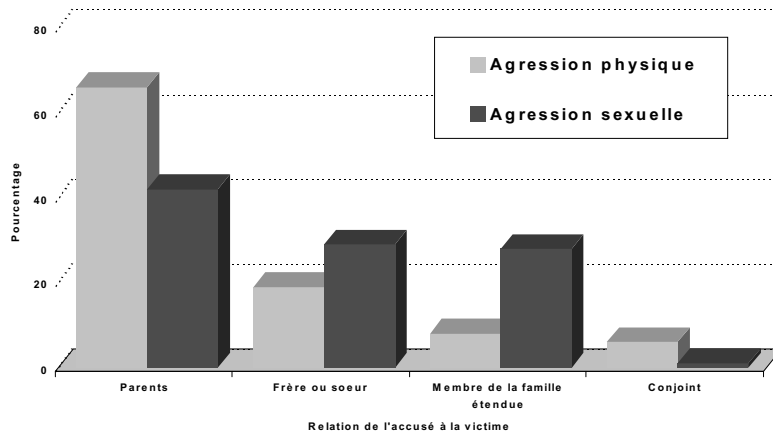
Source : Enquête sociale générale, 1999, Statistique Canada

- Lors de l'Enquête sociale générale de 1999, les femmes et les hommes ayant déclaré avoir vécu des épisodes de violence n'ont pas mentionné les mêmes types de violence. Les femmes étaient plus susceptibles de citer des formes de violence plus graves.
- Les femmes étaient deux fois plus susceptibles de parler de coups (25 pour 100, comparativement à 10 pour 100), cinq fois plus de tentative de strangulation (20 pour 100, comparativement à 4 pour 100) et deux fois plus d'utilisation d'une arme à feu ou d'un couteau ou de menaces en ce sens (13 pour 100, comparativement à 7 pour 100).
- Les hommes étaient plus susceptibles de parler de gifles (57 pour 100, comparativement à 40 pour 100), de lancement d'objets (56 pour 100, comparativement à 44 pour 100) ou encore de coups de pieds, de coups de poings ou de morsures (51 pour 100, comparativement à 33 pour 100).



Violence familiale - Violence contre les enfants et les jeunes perpétrée par des membres de la famille

Enfants et jeunes victimes d'agressions signalées à la police, selon le type de relation entre l'accusé et la victime, 1999



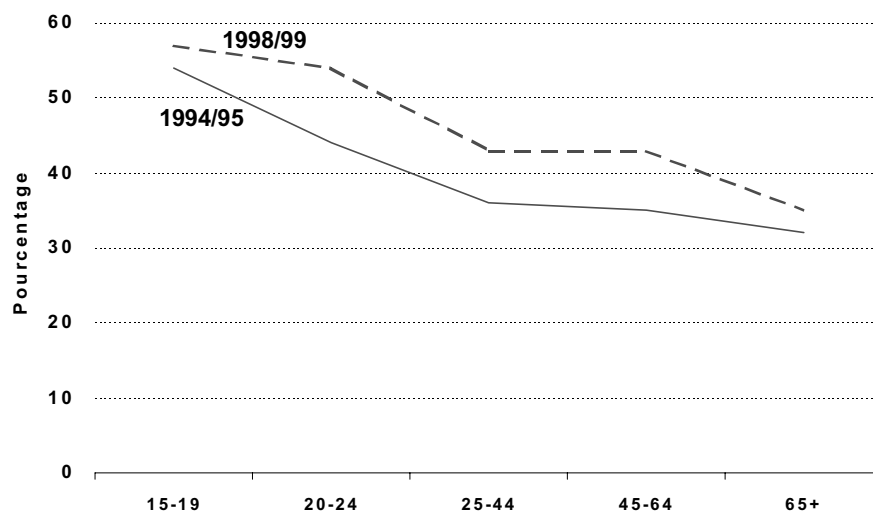
Source : Centre canadien de la statistique juridique, Enquête sur la déclaration uniforme de la criminalité, Statistique Canada

- En 1999, les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, qui représentaient 23 pour 100 de la population canadienne, ont été victimes de 24 pour 100 des agressions signalées aux services policiers pris pour échantillon.
- Les enfants et les jeunes agressés dans leur famille l'ont été le plus souvent par leurs parents – 66 pour 100 des cas d'agression physique et 42 pour 100 des cas d'agression sexuelle.



Activité physique modérée pendant les loisirs

Pourcentage signalant une activité physique modérée régulière selon l'âge
– Canada (sauf les Territoires), 1994/1995 et 1998/1999

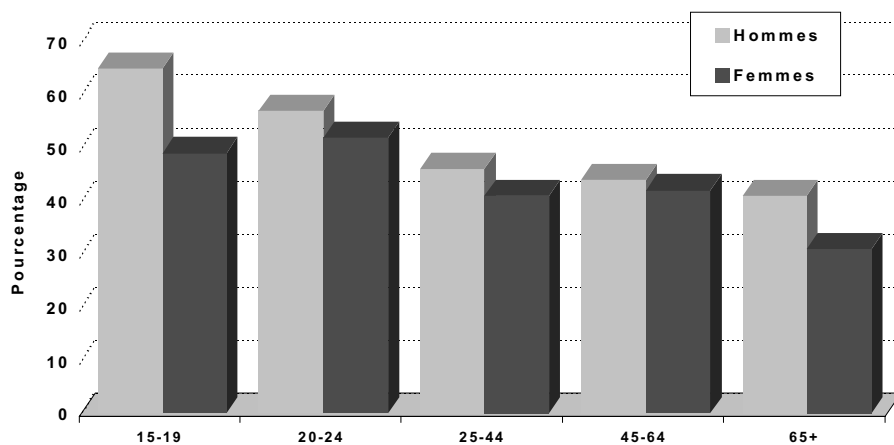


Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995, 1998-1999), Statistique Canada

- La proportion de Canadiens s'adonnant régulièrement à des activités entraînant une dépense moyenne ou élevée d'énergie durant leurs loisirs a augmenté entre 1994-1995 et 1998-1999.
- La plus forte hausse du taux de participation à ce type d'activités a été observée dans le groupe des 20 à 24 ans.



Activité physique modérée régulière selon l'âge et le sexe Canada (sauf les Territoires), 1998-1999



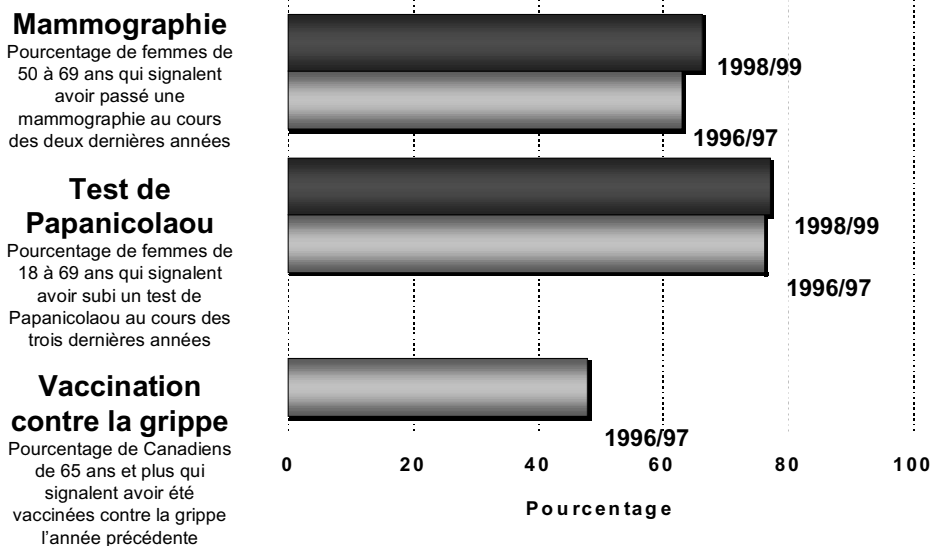
Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada

- En 1998-1999, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à faire de l'exercice, surtout chez les 15 à 19 ans et les 65 ans et plus.



Prévention

Canada, 1996-1997 et 1998-1999



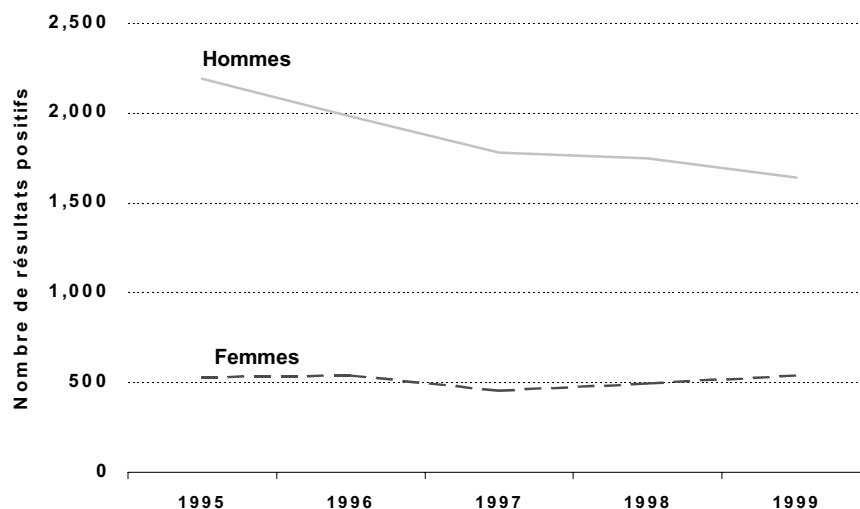
Source : Indicateurs de santé 2000, Institut canadien d'information sur la santé

- Le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir subi une mammographie au cours des deux années précédentes et un test de Papanicolaou au cours des trois années précédentes a légèrement augmenté entre 1996-1997 et 1998-1999.
- En 1996-1997, environ 48 pour 100 des Canadiens de 65 ans et plus ont déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe l'année précédente.



VIH/sida

Résultats positifs au test de détection du VIH selon le sexe – Canada, 1995-1999

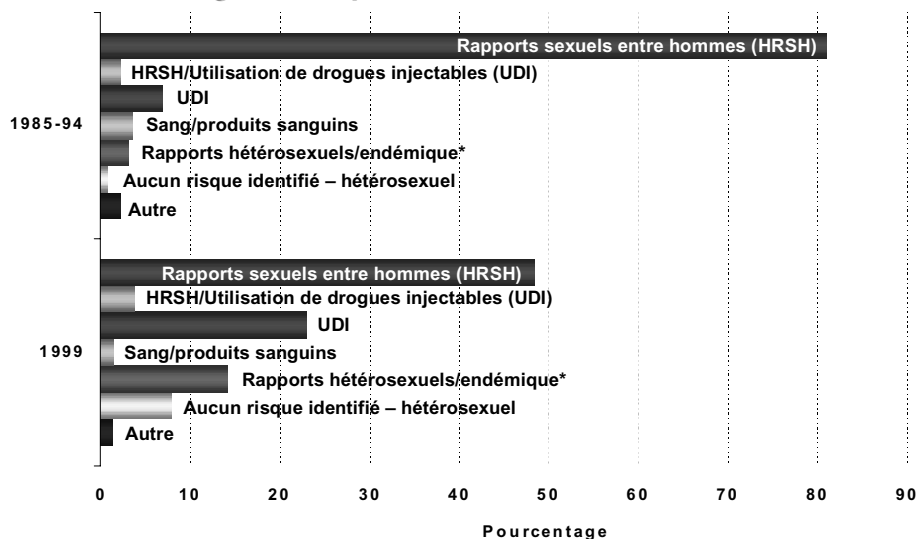


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Au Canada, le nombre de réactions positives au test de détection du VIH a diminué entre 1995 et 1999 chez les hommes, mais il est resté relativement stable au sein de la population féminine.
- En 1999, environ 25 pour 100 des personnes qui ont obtenu des résultats positifs étaient de sexe féminin.



Résultats positifs au test de détection du VIH – Hommes adultes selon la catégorie d'exposition - Canada, 1985-1994 et 1999



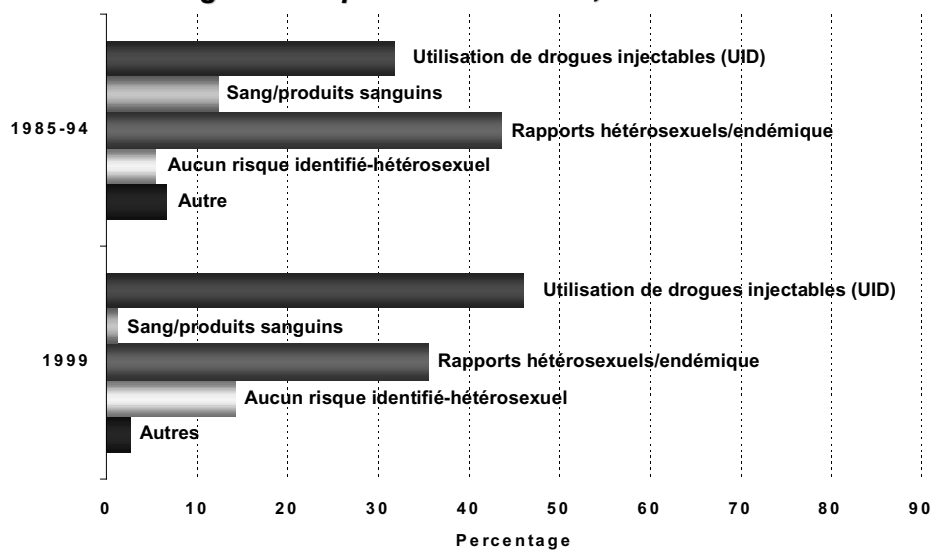
Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Le pourcentage de réactions positives au test de détection du VIH a sensiblement diminué chez les hommes déclarant avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes, principal risque d'exposition au VIH dans la population masculine.
- Le nombre de cas de transmission du VIH attribuables à l'utilisation de drogues injectables a sensiblement augmenté, ce mode de transmission étant à l'origine de 23 pour 100 des résultats positifs en 1999.
- Le paramètre « **rapports hétérosexuels/endémique** » désigne les personnes nées dans un pays où le VIH se transmet principalement par les rapports hétérosexuels, et celles qui déclarent avoir eu des rapports hétérosexuels avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevé d'infection.



Résultats positifs au test de détection du VIH – Femmes adultes

selon la catégorie d'exposition - Canada, 1985-94 et 1999



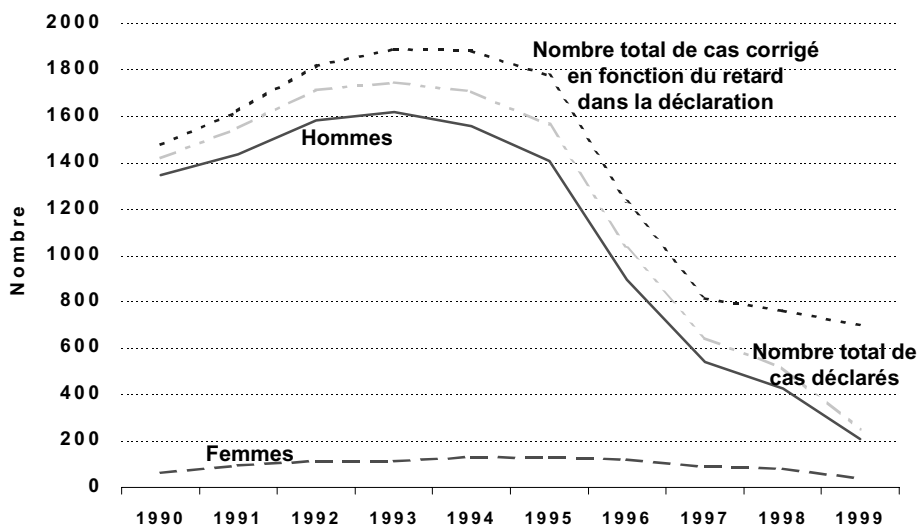
Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- L'utilisation de drogues injectables est devenu le principal mode de transmission du VIH chez les femmes. En 1999, elle était à l'origine de 46 pour 100 des réactions positives au test de détection du VIH.



Syndrome d'immunodéficience acquise

Cas déclarés, Canada, 1990-1999



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

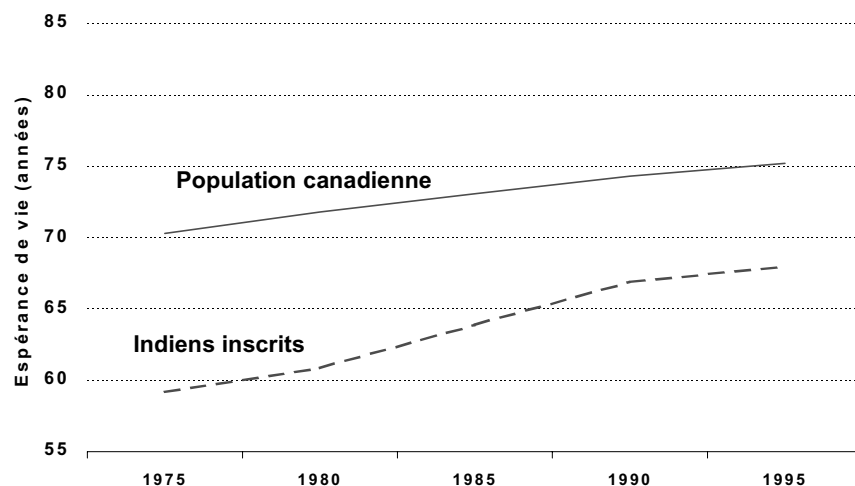
- Le nombre de cas corrigé en fonction du retard dans la déclaration est une estimation du nombre de cas de sida diagnostiqués annuellement qui seront ultimement déclarés.
- Le nombre de cas de sida déclarés diminue régulièrement depuis 1993.
- Depuis 1997, cependant, le nombre de cas de sida corrigé en fonction du retard dans la déclaration a diminué à un rythme plus lent et semble maintenant se stabiliser.



Santé des Premières nations et des Inuits

Espérance de vie à la naissance – Hommes

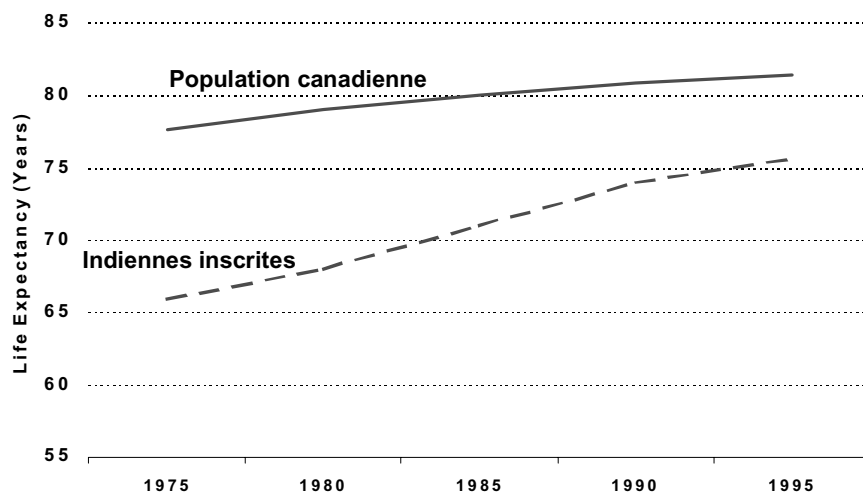
Population d'Indiens inscrits et population du Canada
Canada, 1975-1995



Source : MAINC, Santé Canada

Espérance de vie à la naissance – Femmes

Population d'Indiennes inscrites et population du Canada
Canada, 1975-1995

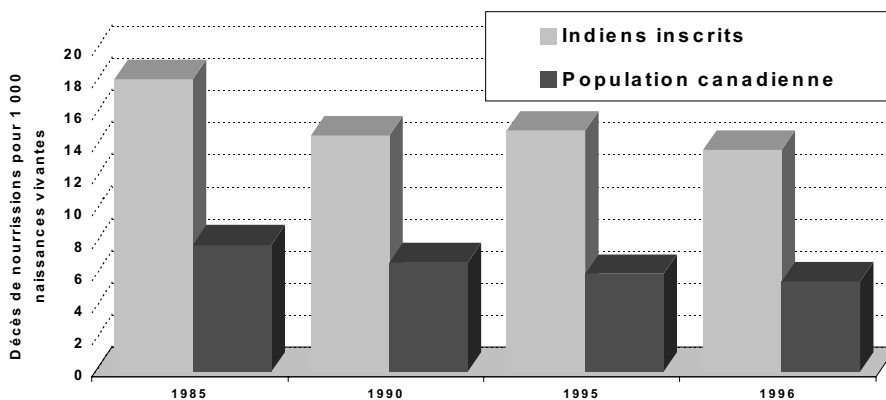


Source : MAINC, Santé Canada

- L'espérance de vie à la naissance est beaucoup plus faible dans la population d'Indiens inscrits que dans la population canadienne en général. Néanmoins, l'écart entre les deux populations rétrécit.
- De 1975 à 1995, l'écart entre l'espérance de vie des Indiens inscrits de sexe masculin et l'espérance de vie des Canadiens en général est tombé d'environ 9 ans à 5 ans. Chez les femmes, il est tombé d'environ 12 ans à 6 ans.



Taux de mortalité infantile Indiens inscrits et population du Canada Canada, 1985-1996



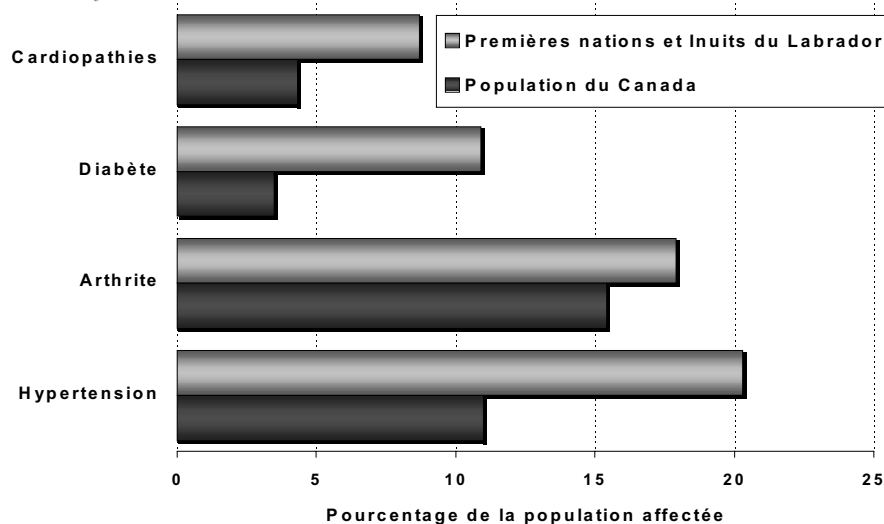
Source: Source : Statistique Canada, Santé Canada

- Le taux de mortalité infantile au sein de la population des Indiens inscrits a diminué entre 1985 et 1996, mais il reste plus de deux fois supérieur à celui de la population canadienne.



Prévalence d'affections chroniques

*Premières nations et Inuits du Labrador et population du Canada
Canada, 1998-1999*



Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada; Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits (1999), Assemblée des Premières nations

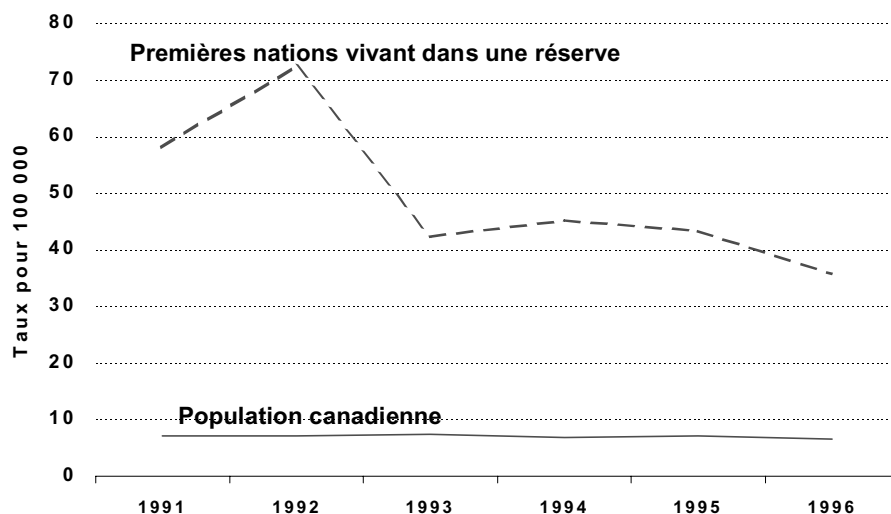
- Les affections chroniques susmentionnées sont plus répandues chez les Premières nations et les Inuits du Labrador que dans l'ensemble de la population canadienne.
- En termes relatifs, l'écart le plus important concerne le diabète, dont la prévalence chez les Premières nations et les Inuits du Labrador est plus de trois fois supérieure à la prévalence observée au sein de la population canadienne en général.



Taux d'incidence de la tuberculose

Premières nations vivant dans une réserve et population du Canada
Canada, 1991-1996

Taux normalisé pour l'âge selon la structure par âge de 1991



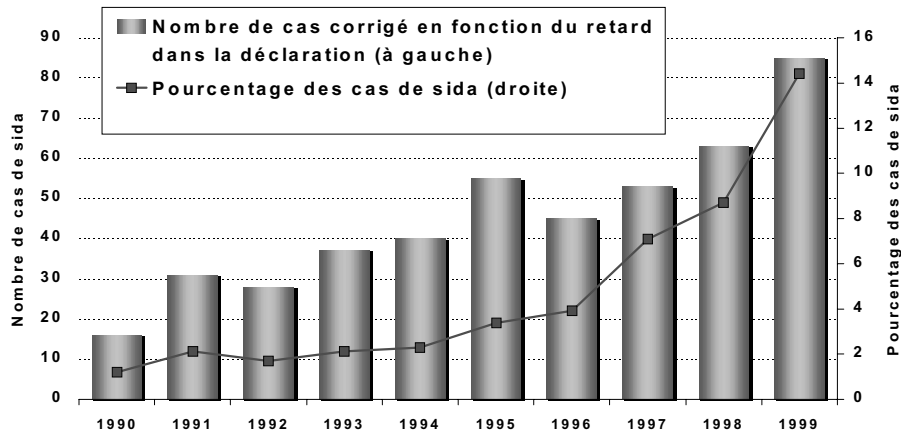
Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Entre 1991 et 1996, on a assisté à une baisse du taux d'incidence de la tuberculose chez les membres des Premières nations vivant dans une réserve. Ce taux reste toutefois plus de cinq fois supérieur au taux canadien.



Cas de sida chez les Autochtones

Nombre de cas de sida corrigé en fonction du retard dans la déclaration, en pourcentage du nombre de cas déclarés au Canada
Canada, 1990-1999

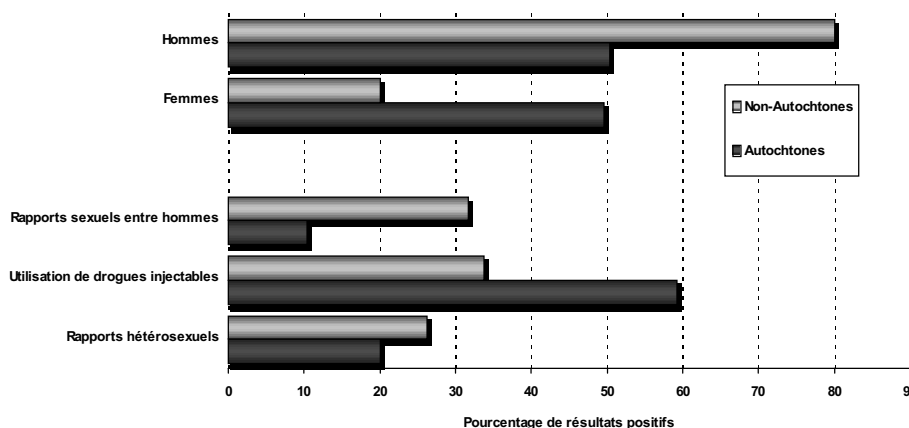


Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Le nombre annuel de cas de sida déclarés au sein de la population autochtone a augmenté entre 1990 et 1999, alors qu'il a sensiblement diminué au sein de la population canadienne.
- Les Autochtones représentent environ 3 pour 100 de la population du Canada; mais le nombre de cas de sida déclarés chez les Autochtones en 1999 représentait plus de 14 pour 100 des cas déclarés au Canada.



Résultats positifs au test de détection du VIH Autochtones et non-Autochtones du Canada, 1998-1999 selon le sexe et la catégorie d'exposition



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

- Il semble, selon les données recueillies, que l'utilisation de drogues injectables soit le principal mode de transmission du VIH chez les Autochtones, alors que pour le reste de la population, il s'agit plutôt des rapports sexuels avec d'autres hommes.
- Presque autant d'hommes que de femmes autochtones ont obtenu des résultats positifs au test de détection du VIH, alors que dans la population non autochtone, 80 pour 100 des personnes qui ont obtenu un résultat positif sont de sexe masculin.
- Les données sur l'infection au VIH chez les Autochtones sont limitées. En effet, les études portaient sur des groupes à risque élevé. Il se pourrait donc que les résultats ne puissent être généralisés à l'ensemble de la population autochtone. En outre, les données ne portent que sur les personnes qui se sont présentées aux tests ou aux traitements et pourraient ne pas donner une image fidèle de l'ensemble des Autochtones infectés.

