

Santé Canada

Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2005

L'honorable Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Table des matières

SECTION I : SURVOL

Message du ministre	2
Déclaration de la direction	5
Renseignements sommaires	6
À propos de Santé Canada	6
Notre vision	6
Énoncé de mission	6
Objectifs	6
La réalisation des résultats dans un milieu complexe	7
Contribution au rendement du Canada	9
Amélioration de la mesure du rendement	9
Fiabilité des données sur le rendement	10
Rendement global du Ministère	11
Priorités ministérielles clés et rendement	11
Résumé du rendement ministériel pour chaque résultat stratégique, priorité et engagement	16

SECTION II : ANALYSE DU RENDEMENT PAR RÉSULTAT STRATÉGIQUE

Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens	26
Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé	40
Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens	58
Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	81
Des produits et des programmes antiparasitaires durables pour les Canadiens	101
Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé	109
Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada	116

SECTION III : RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Organigramme	130
Tableau de concordance entre le Budget principal des dépenses de 2005–2006 de la structure par secteurs d'activités et par activités de programme	131
Tableau financier 1 : Comparaison des dépenses prévues aux dépenses réelles (équivalents temps plein compris)	132
Tableau financier 2 : Utilisation des ressources par secteur d'activités	134
Tableau financier 3 : Postes votés et législatifs	135
Tableau financier 4 : Coût net pour le Ministère	135
Tableau financier 5 : Passif éventuel	135
Tableau financier 6 : Sources des revenus disponibles et des revenus non disponibles	136
Tableau financier 7 : Besoins en ressources par direction générale	137
Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation	139
Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes	146
Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires	149
Tableau financier 10 : Renseignements sur les dépenses de projet	159
Tableau financier 11A : Sommaire des paiements de transfert par secteur d'activités	160
Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiements de transfert (PPT)	161
Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)	173
Tableau financier 13 : Réponse aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations	180
Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable	182
Tableau financier 15 : Achats et marchés	186
Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services	188
Tableau financier 17 : Initiatives horizontales	192
Tableau financier 18 : Politiques sur les voyages	195

SECTION IV : AUTRES SUJETS D'INTÉRÊT

Faire progresser la science	198
Amélioration des pratiques de gestion à Santé Canada	200
Une approche axée sur la santé pour le développement durable	202
Santé des Premières nations—Suivi en réponse au rapport du Comité permanent des comptes publics de 2001	203

SECTION V : AUTRE INFORMATION

Coordonnées des bureaux régionaux du Ministère	208
Index	209

Section I

Survol

Message du ministre



On nous rappelle chaque jour que les questions de santé constituent une priorité absolue pour les Canadiens. Pour nous acquitter des nombreuses responsabilités et relever les nombreux défis associés à cette priorité, il est essentiel que le Ministère et le gouvernement investissent continuellement dans des politiques et des programmes en matière de santé qui améliorent la vie de tous les Canadiens.

Au cœur même de ces responsabilités se trouve le rôle que nous jouons dans la promotion et la protection de l'état de santé des Canadiens. Le présent rapport ministériel sur le rendement fait ressortir que nous avons été attentifs aux préoccupations, que nous y avons donné suite et que nous avons coopéré avec de nombreux partenaires afin d'obtenir des résultats dans des secteurs bien précis.

Je suis fier de nos nombreuses réalisations en 2004–2005. Parmi les plus importantes, il convient de mentionner le Plan décennal pour consolider les soins de santé dont les premiers ministres ont convenu en septembre 2004. Le Plan, appuyé par un financement fédéral de 41 milliards de dollars consenti aux provinces et aux territoires, produit déjà les résultats auxquels les Canadiens s'attendent, notamment des progrès quant aux initiatives visant à réduire les temps d'attente et à accroître le nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers, et d'autres professionnels de la santé, ainsi que des améliorations dans d'autres secteurs clés comme les soins de santé primaires et la gestion des produits pharmaceutiques.

En septembre 2004, les premiers ministres ont également conclu un accord avec les dirigeants autochtones afin d'élaborer un Plan directeur pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones. Cette approche concertée et cet investissement fédéral de 700 millions de dollars sur cinq ans témoignent de l'engagement à collaborer avec l'ensemble des gouvernements et les communautés autochtones afin d'améliorer les chances d'épanouissement et de combler l'écart existant entre l'état de santé des Autochtones et celui des autres Canadiens. En travaillant avec ces communautés, Santé Canada a continué de cibler les besoins en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies des Premières nations et des Inuits par l'entremise d'une vaste gamme de services et de programmes communautaires. Le Ministère a également amélioré les établissements de santé dans un certain nombre de communautés des Premières nations et a financé la création de postes d'infirmières et d'infirmiers afin de mieux répondre aux besoins en santé. De telles initiatives continuent de constituer des éléments clés de l'objectif global de l'amélioration de l'accès des Premières nations et des Inuits aux services de santé.

En 2004–2005, l'efficacité, l'efficience et la souplesse de la réglementation ont considérablement progressé grâce à l'amélioration des temps d'examen des présentations de drogues et la facilitation de l'accès aux nouveaux médicaments. Nous avons donné suite aux préoccupations des Canadiens et avons renforcé la confiance du public et les rapports avec les intervenants en invitant le public à faire part de ses observations sur certains médicaments, comme les inhibiteurs de la COX-2, et en nous engageant à établir un conseil permanent sur l'innocuité pour nous conseiller de façon continue.

Pour ce qui est de la nutrition, la révision du Guide alimentaire canadien pour manger sainement permettra d'assurer que le Ministère continue de fournir de l'information sur un modèle d'alimentation qui favorise la santé et minimise le risque de maladies chroniques associées à la nutrition. La page Web de Santé Canada consacrée au Guide est celle qui a été le plus souvent consultée, un signe clair que nos efforts visant à encourager les Canadiens à prendre en charge leur santé sont fructueux.

En 2004–2005, à la suite de la crise du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), Santé Canada a surveillé la transformation de notre Direction générale de la santé de la population et de la santé publique en la nouvelle Agence de santé publique du Canada. Cette transformation assure une direction forte grâce à l'appui d'une autorité législative pour la protection et la promotion de la santé publique et la prévention des blessures.

Nous avons également poursuivi nos travaux positifs sur la réduction du tabagisme en élaborant et en mettant en œuvre une approche nationale concertée en matière de renoncement au tabagisme, et le Canada a été l'un des premiers pays à ratifier la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le premier traité international sur la santé adopté par l'Assemblée mondiale de la santé.

Santé Canada a aussi réalisé des progrès importants dans le cadre de nos travaux continus d'amélioration de la santé environnementale. Le Ministère a établi un indice national de la qualité de l'air qui est maintenant prêt à faire l'objet d'un projet pilote, s'est employé à réduire les risques pour la santé des enfants que constitue le plomb présent dans les bijoux pour enfants, et a renforcé les dispositions sur l'étiquetage des ingrédients des

cosmétiques. De plus, grâce aux efforts que nous avons déployés en 2004–2005, les Canadiens ont maintenant un meilleur accès à des produits antiparasitaires plus sûrs qui sont réglementés par un processus plus efficace et plus transparent.

Le Ministère reconnaît que tous les secteurs de la société canadienne sont exposés aux méfaits qui peuvent résulter de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et substances. Par conséquent, nous nous sommes engagés à diriger l'élaboration d'un cadre d'action national visant à réduire les méfaits associés à l'alcool, aux drogues et aux substances. Tous les secteurs, y compris les gouvernements et les organismes provinciaux, territoriaux et municipaux, les organisations non gouvernementales et de nombreux autres conjuguent leurs efforts pour élaborer et mettre en œuvre ce cadre.

L'une des plus importantes missions pour le Ministère, de même que pour le gouvernement du Canada, a été le renforcement continu de notre responsabilisation, de notre ouverture et de notre transparence face aux Canadiens. Les Canadiens doivent avoir l'assurance que leurs gouvernements ne se contentent pas simplement d'investir dans la santé, mais qu'ils réalisent des investissements efficaces. Des indicateurs de la santé des Canadiens ont été établis en tant qu'outils de mesure pour surveiller, évaluer et améliorer les services de santé. Dans l'ensemble, nous continuons d'assurer une bonne et saine gestion des sommes investies.

Au cours de 2004–2005, Santé Canada et le gouvernement du Canada ont continué de s'employer à maintenir et à améliorer l'état de santé des Canadiens—à atteindre des résultats qui font une différence dans leur vie. Les activités scientifiques entreprises par Santé Canada, de même que par nos partenaires dans l'ensemble du système national de recherche en santé, ont grandement contribué aux réalisations décrites dans le présent rapport et à l'amélioration de la santé des Canadiens. Nous sommes fiers d'avoir respecté l'engagement à renouveler et à revitaliser le système de soins de santé. Qui plus est, nos réalisations au cours de l'année écoulée indiquent que nous prenons les mesures qui s'imposent pour assurer que les Canadiens demeureront parmi les gens les plus en santé au monde.

S'il est vrai que le présent rapport est axé sur le rendement de Santé Canada, nous reconnaissons que « la santé, c'est l'affaire de tout le monde ». À ce titre, nos réalisations sont aussi le fruit de la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les communautés des Premières nations et des Inuits, et nos nombreux intervenants à savoir les organisations non gouvernementales, les fournisseurs de soins de santé, l'industrie médicale, et d'autres secteurs et

organisations, ainsi que des efforts et de la passion des employés mêmes de Santé Canada.

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Déclaration de la direction

Je sou mets, en vue de son dépôt au Parlement, le Rapport ministériel sur le rendement (RMR) de 2004–2005 de Santé Canada.

Le document a été préparé conformément aux principes contenus dans le Guide de préparation des rapports ministériels sur le rendement de 2004–2005 du Secrétariat du Conseil du Trésor. Il respecte des principes de présentation bien précis :

- il utilise une structure de secteurs d'activités approuvée;
- il présente des renseignements cohérents, complets, équilibrés et exacts;
- il fournit une base de reddition de comptes quant aux résultats recherchés ou obtenus avec les ressources et les autorisations qui lui sont accordées;
- il fait état de la situation financière d'après les chiffres approuvés figurant dans le Budget des dépenses et les Comptes publics du Canada.

Morris Rosenberg
Sous-ministre

Renseignements sommaires

À propos de Santé Canada

Le système de santé canadien compte parmi les institutions qui nous tiennent le plus à cœur, et il se veut l'incarnation de notre caractère national et de nos valeurs en tant que peuple. À ce titre, il n'y a pas de défi plus important ni de responsabilité plus importante pour le gouvernement, de même que pour l'ensemble du pays, que de répondre aux besoins en santé et aux attentes de son peuple.

Le fait que la santé soit une priorité primordiale est reconnu par le Parlement et par le gouvernement du Canada. C'est donc dire que Santé Canada a le mandat de prendre en main le programme de santé au pays.

La *Loi sur le ministère de la Santé* établit officiellement le mandat de Santé Canada. Le ministre de la Santé est également responsable de l'application directe de 18 autres lois, dont la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires*, la *Loi réglementant les produits du tabac*, la *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. En plus de ces responsabilités législatives, Santé Canada exécute un important travail dans les domaines des sciences et de la recherche, de l'élaboration de politiques, de l'exécution de programmes et de la prestation de services, qui profite aux Canadiens.

Notre vision

À titre de ministère fédéral responsable d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé, Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont les plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Énoncé de mission

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

Objectifs

En travaillant de concert avec d'autres intervenants de manière à susciter la confiance des Canadiens, Santé Canada vise les objectifs suivants :

- prévenir et réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement, dans leur ensemble;
- promouvoir des habitudes de vie plus saines;

- assurer des services de santé de haute qualité qui sont efficaces et accessibles;
- intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans de prévention, de promotion et de protection de la santé à plus long terme;
- réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la société canadienne;
- fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés.

La réalisation des résultats dans un milieu complexe

Comme le décrivait en détail notre Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005, Santé Canada évolue dans un environnement complexe¹. Il acquiert des connaissances au moyen des recherches, des analyses et des évaluations qu'il effectue, qu'il appuie et auxquelles il participe. Il tire également parti des connaissances acquises partout dans le monde, lui permettant et permettant à d'autres de faire des choix éclairés et efficaces. Voici les cinq rôles fondamentaux que nous jouons pour obtenir les résultats visés tout en tirant parti de nos forces comme organisme à vocation scientifique :

Chef de file et partenaire—grâce à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, qui traduit les valeurs et les principes clés de l'assurance-maladie. Par son rôle de champion, Santé Canada assure un leadership, par exemple, pour d'autres ministères fédéraux dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique en matière d'analyse comparative entre les sexes, et ce, afin de respecter l'engagement du gouvernement fédéral à réduire les inégalités sur le plan de la santé pour toutes les personnes vivant au Canada.

Bailleur de fonds—grâce au soutien stratégique au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Santé Canada transfère également des fonds aux organisations des Premières nations et des Inuits pour les aider à offrir des services de santé communautaire ainsi que des subventions et des contributions à diverses organisations qui appuient les objectifs du Ministère en matière de santé.

Gardien et organisme responsable de la réglementation—par son rôle d'intendant, qui consiste à protéger les Canadiens et à faciliter l'approvisionnement en produits essentiels pour la santé et le bien-être. Le Ministère réglemente et approuve l'utilisation de milliers de produits, y compris les produits antiparasitaires, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques et biologiques, les matériels médicaux, les produits de santé naturels, les produits de consommation et les aliments. Nous offrons une gamme de programmes et de services dans les domaines de la santé et de la protection de l'environnement et assumons des responsabilités dans les secteurs de l'abus de substances, des politiques sur le tabac, de la santé en milieu de travail et de l'utilisation de produits de consommation en toute sécurité.

Fournisseur de services—grâce à une assurance-santé complémentaire bénéficiant à quelque 765 000 membres des Premières nations et Inuits admissibles, ce qui englobe les produits pharmaceutiques, les soins dentaires, les soins de la vue, le transport pour raison médicale, les fournitures et les appareils médicaux et les primes des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Nous offrons des services et des programmes de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits, notamment dans les domaines de la prévention, de la promotion, des soins de santé primaires ainsi que des services pour lutter contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Fournisseur d'information—grâce à la recherche scientifique de haute qualité afin d'appuyer l'élaboration de politiques, de réglementer les produits de plus en plus complexes et de fournir les services, les renseignements et la gestion essentiels pour garantir aux Canadiens l'accès à des soins de santé abordables et de classe mondiale. Grâce à la recherche et à la surveillance, nous fournissons des renseignements que les Canadiens peuvent utiliser pour maintenir et améliorer leur état de santé.

Les Canadiens reconnaissent de plus en plus que leur santé et leur qualité de vie sont fonction de facteurs environnementaux, sociaux et économiques. Santé

¹ http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20042005/HLTH-SANT/HLTH-SANTr45_f.asp

Canada est déterminé à contribuer à la création d'environnements sociaux et physiques sains et à promouvoir une économie vigoureuse pour tous les Canadiens. Pour ce faire, il faut intégrer le développement durable dans les processus de prise de décisions et de gestion et dans les activités matérielles du Ministère.

Santé Canada analyse les questions de santé avec lesquelles sont aux prises le Canada et des groupes bien précis de Canadiens au moyen d'une optique tenant compte des différences entre les sexes et de la diversité, et cerne les occasions les plus pertinentes pour obtenir des résultats ou pour aider d'autres partenaires à le faire. En choisissant les rôles d'intervention les plus pertinents, nous reconnaissons que l'état de santé des Canadiens repose sur de nombreux facteurs et déterminants. Nombre de ces facteurs et déterminants vont au-delà de la portée ou du mandat de Santé Canada ou de tout gouvernement; les autres représentent des secteurs où le Ministère peut faire une différence.

Pour obtenir les résultats visés, nous travaillons avec nos partenaires de tous les ordres de gouvernement, dans l'ensemble du système de soins, chez certains groupes comme les Premières nations et les Inuits, dans l'ensemble de la société canadienne et à l'échelle internationale afin de réaliser les engagements partagés et les résultats. Dans de nombreux cas, ces partenaires comprennent d'autres agences du portefeuille de la Santé

du gouvernement du Canada, chacun devant produire son propre rapport sur le rendement :

- les Instituts de recherche en santé du Canada;
- le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses;
- le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés;
- la nouvelle Agence de santé publique du Canada, qui a été créée en septembre 2004.

Comme le montre la carte ci-dessous, le Ministère atteint les résultats visés grâce aux efforts et aux partenariats de toute une gamme de directions générales ministérielles, lesquelles ont toutes des mandats bien précis. Environ 35 pourcent des employés de Santé Canada travaillent à l'extérieur de la région de la capitale nationale. Ils assurent des services et des programmes de santé dans les communautés des Premières nations et des Inuits, entretiennent des liens avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, effectuent des enquêtes en laboratoire, travaillent avec les organisations de santé locales, font fonction de fournisseurs de services et d'information de première ligne auprès des Canadiens, et beaucoup plus encore. Cette forte présence régionale nous permet de maximiser la portée et l'efficacité des ressources et des programmes ministériels, et ce, en assortissant les orientations nationales aux conditions et aux possibilités locales.

Présence de Santé Canada au pays



Nota : La carte géographique indique seulement les endroits où Santé Canada assure une présence importante.
 * Indique les lieux où se trouvent les laboratoires de Santé Canada.

Contribution au rendement du Canada

Le président du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) publie un rapport annuel destiné au Parlement, *Le rendement du Canada*. Dans le cadre de la mise en œuvre d'une approche plus stratégique en matière d'établissement de politiques, d'activités de programme et d'affectation des ressources dans l'ensemble du gouvernement du Canada, le rapport analyse la situation actuelle et les progrès accomplis en ce qui concerne les principaux résultats que le gouvernement vise et auxquels s'attendent les Canadiens. Ces renseignements sont tirés des liens établis avec les résultats stratégiques que chacun des ministères et chacune des agences ont cernés dans leurs RMR.

Le Ministère contribue de façon bien précise à la réalisation de trois résultats cernés dans *Le rendement du Canada* : Des canadiens en santé ayant accès à des soins de santé de qualité, Amélioration de la santé des

Autochtones et des Inuits et Une société inclusive qui favorise la diversité.

Amélioration de la mesure du rendement

Santé Canada s'est engagé à créer et à utiliser un système de gestion du rendement qui permet d'orienter nos ressources de manière à maximiser les bienfaits pour la santé des Canadiens. Étant donné l'importance que les Canadiens accordent à des interventions gouvernementales efficaces et significatives à l'appui de la santé, notre système de mesure du rendement est un élément important des initiatives gouvernementales comme le document *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*².

À la suite de l'annonce de 2003 du SCT concernant de nouvelles initiatives gouvernementales visant à renforcer la fonction de contrôleur dans l'ensemble

² http://www.tbs-sct.gc.ca/report/res_can/siglist_f.asp

du gouvernement fédéral (http://www.tbs-sct.gc.ca/spsm-rgsp/spsm-rgsp3_f.asp), nous avons revu nos efforts de gestion du rendement. Parmi les nouvelles initiatives, il convient de mentionner une fonction de surveillance plus rigoureuse pour le SCT, y compris un nouveau Système d'information sur la gestion des dépenses (SIGD) à l'échelle du gouvernement qui aurait, comme élément central, une nouvelle Architecture des activités de programmes (AAP) pour chaque ministère et agence. Chaque AAP est censée appuyer le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) du ministère ou de l'agence en associant les programmes aux résultats et aux données financières et non financières (http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/tools_outils/PAA-Deck_f.asp).

Au cours de 2004–2005, nous avons commencé à chercher des données ayant trait aux indicateurs de rendement pour chacun des résultats stratégiques du Ministère. Nous estimions que ces indicateurs du rendement constituaient la meilleure façon d'attirer l'attention sur les résultats importants et d'aider à les surveiller. Dans la mesure du possible, nous avons commencé à intégrer ces indicateurs dans le présent rapport. Au cours des prochaines années, nous comptons mettre au point les données afin d'améliorer leur utilisation dans le cadre de l'approche en matière d'apprentissage et d'amélioration continue de Santé Canada.

Cette nouvelle orientation a entraîné d'importantes modifications dans notre conception du cadre de gestion du rendement de Santé Canada. S'il est vrai que notre approche était, au départ, axée sur la gestion en fonction des résultats à l'échelle du Ministère, l'initiative de l'AAP comporte des éléments tant « ascendants » que « descendants ».

L'exercice de l'AAP se poursuit selon les exigences du SCT. Nous continuons d'établir des indicateurs pertinents pour définir et mesurer nos résultats pour les années à venir. Nous comptons faire état de l'approche axée sur l'AAP à compter de 2005–2006.

Fiabilité des données sur le rendement

De nombreuses sources de données ont été utilisées pour la préparation du présent rapport. Les tableaux de

la Section II ont été dressés à partir de bases de données et d'enquêtes sur la santé de la population de Statistique Canada et de sources de données internes.

Statistique Canada—Enquêtes sur la santé de la population

Santé Canada a souvent recours à des enquêtes sur la santé de la population pour mesurer l'état de santé des Canadiens. Le Ministère finance de nombreuses enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada ou s'inscrit pour recevoir les résultats. Parmi les enquêtes qui ont été consultées relativement aux indicateurs contenus dans le présent rapport, il convient de mentionner l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada.

Les enquêtes sur la santé de la population sont utilisées pour évaluer certains indicateurs clés du rendement. Toutes les données provenant d'une enquête sur la santé de la population menée par Statistique Canada et utilisées dans le présent rapport affichent une variabilité conforme aux lignes directrices de Statistique Canada concernant la déclaration des données.

Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada

Les données sur les Premières nations et les Inuits sont tirées du rapport susmentionné, publié par Santé Canada en 2003. Le rapport brosse un tableau des conditions de vie et de l'état de santé actuels des Premières nations vivant dans des réserves au Canada. Les limites relatives aux données utilisées dans le cadre de la préparation du présent rapport sont décrites plus en détail à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/gen/2003_stat_profil/index_f.html

Sources de données internes

Des données provenant de plusieurs sources internes ont été utilisées pour la préparation du présent rapport, y compris diverses évaluations et bases de données de directions générales. Des problèmes comme les différences dans les définitions et les lacunes que présentent certaines données viennent limiter la fiabilité.

Rendement global du Ministère

Priorités ministérielles clés et rendement

Pour 2004–2005 et au-delà, Santé Canada a établi quatre priorités ministérielles à moyen terme qui continuent de refléter la vision, la mission, le mandat et l'autorité du Ministère. Elles contribuent à la réalisation des priorités gouvernementales établies dans les récents discours du Trône et par l'entremise des accords des premiers ministres. De plus, elles témoignent de l'engagement du gouvernement à intervenir relativement aux questions de santé touchant les Canadiens et à atteindre efficacement les résultats visés. Elles illustrent aussi l'engagement du gouvernement à assurer la reddition de comptes au chapitre des ressources publiques.

Ces priorités ont été conçues pour cibler les questions clés, les importants défis sur le plan de la santé et le programme du gouvernement du Canada concernant l'intervention ministérielle. Elles s'unissent pour aider à réaliser les résultats gouvernementaux, Des canadiens en santé ayant accès à des soins de qualité, Amélioration de la santé des Autochtones et des Inuits et Une société inclusive qui favorise la diversité, lesquels sont décrits dans le document *Le rendement du Canada*.

Ces priorités, qui sont reflétées dans l'ensemble des résultats stratégiques du Ministère, et qui ont été décrites en détail dans le *Rapport sur les plans et les priorités (RPP)* de 2004–2005, sont les suivantes :

- améliorer la qualité de vie des Canadiens;
- réduire les risques pour la santé des Canadiens;
- maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État;
- améliorer la responsabilisation envers les Canadiens.

Dans le présent rapport, nous avons continué d'aligner nos priorités et nos activités redditionnelles avec nos résultats stratégiques et secteurs d'activités traditionnels, tout comme nous le ferons jusqu'à ce que nous mettions la dernière main à notre Architecture des activités de programme (AAP).

Au cours de l'année, notre contexte opérationnel était largement comme nous l'avions prévu dans notre RPP. Les Canadiens ont continué à accorder une grande importance et une grande attention au système de santé. Tous les gouvernements ont donné suite à cette responsabilité, grâce à un solide leadership du gouvernement du Canada, et ce, au moyen de mesures comme le Plan décennal pour consolider les soins de santé et les engagements à améliorer la santé des Premières nations et des Inuits. Le Ministère a donné suite à la décision du gouvernement du Canada de créer l'Agence de santé publique du Canada, et s'est consacré à l'établissement des autorisations initiales pour

la nouvelle Agence qui est venue remplacer la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Ces mesures sont venues s'ajouter à d'autres stratégies ministérielles en cours, notamment l'amélioration de la façon dont les agences et les ministères fédéraux s'acquittent de leurs responsabilités en matière de réglementation, l'attribution d'un rôle solide à la science dans la prise de décisions à Santé Canada, et l'engagement général à accroître et à clarifier la responsabilisation tant dans les activités ministérielles que dans la définition et la déclaration de nos résultats.

Santé Canada a contribué à une autre initiative et à un autre engagement du gouvernement par l'intermédiaire du *Programme d'action pour l'égalité entre les sexes*, lequel permet d'assurer que les politiques, les programmes et les services reflètent les besoins et les intérêts particuliers des femmes. Le Ministère est allé de l'avant avec sa stratégie de mise en œuvre de l'Analyse comparative entre les sexes au moyen de la formation et de l'élaboration d'outils et de ressources, et a augmenté sa capacité d'établir des politiques et des programmes ciblés sur les nouveaux enjeux de la santé comme la santé des femmes autochtones et les soins à domicile.

Améliorer la qualité de vie des Canadiens

Bien que les Canadiens comptent parmi les gens les plus en santé au monde, selon la plupart des indicateurs, le mandat de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie a axé les mesures permanentes et élargies de Santé Canada sur la protection et la promotion de la santé et sur des défis bien précis. Au cours de 2004–2005, nous avons renforcé nos efforts soutenus visant à appuyer de meilleurs résultats sur le plan de la santé des Premières nations et des Inuits. Le Ministère a pu mettre à contribution les ressources accrues prévues pour les programmes de santé des Premières nations et des Inuits dans le Budget de 2003. Celles-ci sont décrites en détail sous le résultat stratégique : Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé. Ces ressources comprenaient, entre autres, un financement supplémentaire pour le Programme des services de santé non assurés, un réinvestissement de

capitaux afin d'améliorer les établissements de soins, une stratégie d'immunisation pour les enfants des Premières nations des réserves, une stratégie globale sur les soins infirmiers, ainsi que des programmes pilotes afin d'améliorer l'intégration des services à ceux des provinces et des territoires. Nous avons également commencé à aller de l'avant en ce qui concerne les engagements du discours du Trône de février 2004 en élargissant nos mesures visant à appuyer les services destinés à la petite enfance et à offrir de l'eau potable plus saine dans les communautés des Premières nations et des Inuits. Au cours de 2004–2005, le programme de surveillance de la qualité de l'eau potable dans les communautés a permis de continuer à renforcer la capacité des communautés des Premières nations de surveiller la qualité de leur eau potable et de déceler les problèmes potentiels. Au total, 492 sites communautaires étaient dotés de responsables compétents de la surveillance de la qualité de l'eau potable en 2004–2005.

La modernisation du régime de réglementation conçu pour minimiser les risques et générer des avantages pour les Canadiens en ce qui concerne les aliments, les produits pharmaceutiques, les produits de santé naturels, les produits de consommation et les produits de lutte antiparasitaire constitue un autre élément majeur des travaux que nous avons entrepris au cours de 2004–2005. Par exemple, nous avons continué de mettre en œuvre la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, laquelle nous a permis d'améliorer la rapidité d'exécution, la transparence et la prévisibilité de nos examens des produits thérapeutiques dont les fabricants cherchent un accès au marché canadien, et de renforcer la surveillance, par Santé Canada, de l'innocuité des produits déjà sur le marché, ainsi que la transparence et l'ouverture du processus de réglementation. Un volet de notre approche consistait à réaliser davantage de travaux avec des agents de réglementation d'autres pays. Nous avons également élargi notre surveillance des produits déjà sur le marché et avons apporté des modifications importantes dans des secteurs comme l'étiquetage des cosmétiques et des produits du tabac. Ces deux éléments ont contribué à l'engagement gouvernemental face à la réglementation intelligente. Qui plus est, nous avons continué de donner

suite à l'engagement pris par notre ministre d'accroître la transparence et l'ouverture du processus de prise de décisions ministériel, et d'encourager la mobilisation du public, particulièrement en ce qui concerne le régime de réglementation des médicaments et d'autres produits thérapeutiques. Ces activités sont décrites en détail sous les résultats stratégiques suivants : Des produits de santé et des aliments sûrs pour la population canadienne et Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens.

Les préparatifs en prévision de l'entrée en vigueur de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* constituent une contribution similaire. Nous avons publié trois projets de règlement pour consultation publique dans le cadre de ces préparatifs. Nous avons également œuvré de concert avec d'autres pays afin d'harmoniser les processus réglementaires et avons continué de passer en revue les produits antiparasitaires plus anciens en regard de méthodes courantes d'évaluation des risques et de données scientifiques courantes dans le cadre d'efforts plus vastes visant à minimiser les risques pour les Canadiens et l'environnement. Ces activités sont décrites en détail sous le résultat stratégique : Des produits et des programmes de lutte antiparasitaire durables pour les Canadiens.

Réduire les risques pour la santé des Canadiens

Il convient de souligner que cette priorité ministérielle comprenait certains aspects des responsabilités mentionnées sous la priorité antérieure. Cependant, elle était largement axée sur le mandat et les activités de Santé Canada en matière de santé publique. Le Ministère a accompli des progrès relativement à cette priorité grâce à une combinaison d'activités de promotion et de protection de la santé.

Les Canadiens, les professionnels de la santé et les enseignants sont de plus en plus renseignés et avertis quant à la gestion de la santé et ils recherchent de l'information supplémentaire pour prendre des décisions et faire des choix sains. Il s'agit notamment de renseignements comme ceux que renferme le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, lequel préconise un modèle d'alimentation qui répond aux besoins nutritionnels et minimise le risque de maladies chroniques reliées à la nutrition comme le diabète de

type II. L'obésité, qui est devenue plus prévalente au Canada au cours des 25 dernières années, est un important facteur qui expose les gens à un plus grand risque de développer de telles maladies. Donc, en 2004–2005, en plus de fournir de si précieux renseignements, le Ministère a établi un groupe de travail multilatéral afin d'enquêter sur la question des gras trans dans le régime alimentaire des Canadiens et de formuler des recommandations visant à en réduire de façon appréciable la présence. Nous nous sommes également engagés à mettre en œuvre le règlement sur l'étiquetage nutritionnel des aliments, lequel exige que les gras trans soient inscrits sur les étiquettes de la plupart des aliments préemballés au plus tard le 12 décembre 2005.

Le Ministère a également continué à cerner et à évaluer les risques pour la santé et la sécurité liés aux produits de santé et a prévenu le public de tout problème s'y rattachant. Il a renforcé sa capacité de surveillance des médicaments et d'autres produits thérapeutiques sur le plan de l'utilisation dans le monde réel, et a augmenté la sensibilisation à la déclaration des effets indésirables et à la communication des risques au moyen de lettres de renseignements et d'avis. Nous avons également entrepris des activités de conformité et d'application de la loi afin d'assurer que les produits de santé se conforment à de rigoureuses normes nationales et internationales d'innocuité, de qualité et d'efficacité.

Au cours de 2004–2005, l'un de nos grands rôles a été de gérer le passage de certaines activités à la nouvelle Agence de santé publique du Canada afin de respecter l'engagement pris dans le discours du Trône de février 2004. Dans la foulée de l'épidémie du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au début de 2004 et d'autres préoccupations et menaces liées à la santé publique, un certain nombre d'études ont été entreprises afin d'examiner comment le Canada pourrait s'y prendre pour donner suite du mieux possible aux priorités en matière de santé publique. Les auteurs des analyses ainsi effectuées ont reconnu que la santé publique n'intéresse pas uniquement la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, mais également les risques plus globaux pour la santé, comme les menaces

potentielles de bioterrorisme, les maladies chroniques et d'autres menaces évitables pour la santé³.

De façon générale, les rapports faisaient ressortir la nécessité d'avoir un leadership plus clair, des pouvoirs, des responsabilités et des rôles législatifs, ainsi qu'une capacité et une coordination accrues au sein des gouvernements et entre ceux-ci, de même qu'à l'échelle internationale, en matière de santé publique. Ils cernaient des lacunes dans les ressources, soit au niveau des personnes compétentes requises pour traiter des questions de santé publique, soit au niveau des laboratoires et de la capacité d'intervention d'urgence nécessaires pour intervenir rapidement.

Afin de donner suite à l'engagement du gouvernement, Santé Canada a établi un processus de transition afin de nous aider à conseiller le gouvernement au sujet d'options pour la restructuration de la nouvelle Agence. Le processus a permis au Ministère de cerner et de gérer les nombreuses mesures requises pour créer l'Agence et assurer l'établissement de rapports efficaces avec le Ministère en ce qui concerne les questions clés liées aux politiques et aux programmes. Bien que l'on s'attende à ce que cette transition se poursuive jusqu'en 2005–2006, nous avons rapidement accompli les progrès nécessaires pour permettre au gouvernement d'annoncer, le 24 septembre 2004, la création de l'Agence de santé publique du Canada (www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html). Dans le cadre de la création de l'Agence, le personnel de l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, de même que les biens et les responsabilités de certains programmes bien précis, y compris les subventions et les contributions, ont été transférés à la nouvelle Agence. Cette dernière doit faire état de ses activités au Parlement tout au long de l'exercice 2004–2005 dans son propre Rapport ministériel sur le rendement.

Maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État

Santé Canada a fait fonction de centre névralgique pour la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'assurer que les Canadiens ont accès, en temps voulu, à des soins de santé de qualité en fonction des besoins et non de la capacité de payer. Au cours de 2004–2005, nous avons continué à donner suite aux engagements antérieurs, particulièrement ceux visés par l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Ces mesures comprenaient, entre autres, un soutien continu du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, afin d'appuyer les innovations dans les soins de santé de première ligne, particulièrement celles préconisées par les provinces et les territoires. Étaient également prévus un soutien de l'évaluation des nouvelles technologies de santé, des mesures pour traiter des priorités en matière de ressources humaines en santé et de nouveaux indicateurs comparables permettant aux Canadiens de mieux évaluer le rendement de leur système de soins de santé. Les travaux liés à ces indicateurs sont décrits sous le résultat stratégique : Amélioration de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en matière de santé.

L'attention accordée aux temps d'attente dans le discours du Trône de février 2004 et l'engagement du gouvernement du Canada à œuvrer de concert avec d'autres gouvernements dans ce dossier sont venus élargir nos travaux en ce qui concerne cette priorité. L'importante collaboration avec nos homologues provinciaux et territoriaux a donné lieu aux propositions sur lesquelles les premiers ministres se sont penchés à leur rencontre de septembre 2004. Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, le résultat de ces

³ Voir le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (Comité Naylor) (http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/index_f.html); le rapport de la Commission Campbell du gouvernement de l'Ontario (http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell04f/campbell04_4f.pdf); le rapport du Comité d'experts Walker (http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/walker_panel_2003f/introf.pdf); et le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm>).

délibérations, est un plan d'action visant à guider le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le cadre d'initiatives de renouvellement des soins de santé portant sur les temps d'attente, les ressources humaines en santé, les soins à domicile, les soins de santé primaires, les produits pharmaceutiques et d'autres secteurs clés. Le Plan décennal a été appuyé par des investissements fédéraux de 41 milliards de dollars étalés sur dix ans et consentis aux provinces et aux territoires, de même que par des engagements du Budget de 2005 de 200 millions de dollars sur cinq ans pour appuyer les ressources humaines en santé et améliorer les temps d'attente et l'établissement de rapports sur le rendement dans le secteur de la santé.

À la suite de la conclusion de l'accord sur le Plan décennal, le Ministère a travaillé en étroite collaboration avec nos homologues provinciaux et territoriaux afin d'aller de l'avant avec la mise en œuvre du plan. Des détails sur les engagements et les mesures liés au renouvellement des soins de santé en 2004–2005 sont présentés sous le résultat stratégique : Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens.

Par exemple, le Ministère a examiné les questions liées aux temps d'attente au Canada et à l'échelle internationale afin d'aider à cerner les pratiques exemplaires potentielles et les champs d'action pour l'atteinte de la cible fixée pour le 31 mars 2007 et visant les réductions significatives des temps d'attente dans des secteurs prioritaires comme le cancer, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue.

Le Ministère a aidé à diriger le processus qui a permis de conclure un accord sur un Cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé qui commence à permettre à l'ensemble des gouvernements de prévoir un effectif de la santé plus stable et plus efficace, un effectif qui répond aux besoins des communautés autochtones et des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Les premiers ministres ont demandé à leurs ministres de la Santé d'établir un groupe de travail ministériel pour élaborer et mettre en œuvre la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et faire état des progrès à ce sujet au plus tard le 30 juin 2006. Pour appuyer

ces travaux, le Ministère a collaboré avec nos partenaires provinciaux et territoriaux dans le cadre d'une série de mesures qui visent à cerner les pratiques exemplaires de la prescription et de l'utilisation des médicaments, et à harmoniser la façon dont les gouvernements incorporent les médicaments génériques dans leurs régimes d'assurance-médicaments et examinent l'établissement du prix des médicaments non brevetés au Canada. De plus, ces mesures renforceront l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel.

Dans de nombreux autres secteurs comme les soins à domicile et les soins continus, ainsi que les soins palliatifs et les soins de fin de vie, le Ministère a mené à bien des travaux d'élaboration de politiques et de perfectionnement du savoir qui servent de base aux provinces et aux territoires pour le renouvellement des soins de santé.

Améliorer la responsabilisation envers les Canadiens

Le gouvernement du Canada a fait de l'amélioration de la responsabilisation envers les Canadiens une priorité pour l'ensemble de ses ministères et agences et un élément constant d'accords comme le Plan décennal. Cet engagement a pris plusieurs formes au sein de notre ministère au cours de 2004–2005, et nombre des mesures prises sont décrites en détail sous le résultat stratégique : Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada.

En misant sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de sa vision d'une organisation moderne, comme il est établi dans la Stratégie de gestion moderne, élaborée dans le cadre de l'Initiative de modernisation de la fonction de contrôleur, le Ministère a continué à intégrer les principes de la fonction de contrôleur moderne dans les processus et les systèmes de gestion.

Afin d'appuyer les efforts du Ministère visant la promotion de saines pratiques de gestion, le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG), introduit par le SCT, est utilisé comme guide pour évaluer les pratiques de gestion et relever d'autres secteurs à améliorer. Le Ministère appuie fermement une culture de gestion moderne en encourageant l'excellence dans la gestion dans son contexte opérationnel.

Pour ce faire, on a prévu une gamme de mesures visant à améliorer la responsabilisation et à renforcer l'intendance dans l'ensemble du Ministère. Nombre de ces mesures traitaient des ressources humaines et des besoins du milieu de travail, y compris la mise en relief et la communication de l'engagement du Ministère à respecter des normes d'éthique supérieures. Nous avons renforcé nos fonctions de vérification interne et d'enquêtes spéciales, en plus d'introduire un nouveau Cadre de gestion et de contrôle financiers. Parallèlement, nous avons établi un nouveau Cadre de gestion des contrats et un plan d'action afin d'améliorer la façon dont nous gérons nos contrats. Ce cadre est complété par notre nouveau cadre ministériel de gestion des subventions et contributions mis en œuvre en 2002

ainsi que par le lancement récent en 2004 du portail/site Web des subventions et contributions, des initiatives visant à améliorer la gestion des subventions et des contributions.

Afin d'aider à renforcer la responsabilisation à tous les niveaux, nous sommes en train de définir des mesures du rendement pertinentes et d'édifier la nouvelle AAP. Dans de nombreux cas, nous complétons ces initiatives par nos engagements à rendre compte de nos activités aux Canadiens en utilisant des indicateurs comparables et en veillant à ce que les mesures de responsabilisation constituent une composante centrale des accords que nous concluons avec les organisations qui reçoivent des subventions et des contributions.

Résumé du rendement ministériel pour chaque résultat stratégique, priorité et engagement

DÉPENSES MINISTÉRIELLES		
Ressources financières totales (en millions de dollars)		
Prévues¹	Autorisations	Réelles
3 307,5 \$	2 883,3 \$	2 816,6 \$
Ressources humaines totales (en équivalents temps plein)		
Prévues¹	Réelles	Différence
9 133	8 026	1 107
<small>¹ Les dépenses prévues comprennent l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) étant donné que celle-ci n'a été créée que le 24 septembre 2004. Les autorisations comparatives et les dépenses réelles se trouvent dans le Rapport sur le rendement de l'ASPC de 2004-2005. (http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp)</small>		

Comme le démontrent les tableaux qui suivent, le Ministère a mis en œuvre les quatre priorités ministérielles à l'appui des progrès vers la réalisation des sept résultats stratégiques, notamment :

1. accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens;
2. amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits (PNI) par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé;
3. produits de santé et aliments sûrs pour les Canadiens;
4. milieux plus sains et produits plus sûrs pour les Canadiens;
5. produits et programmes de lutte antiparasitaire durables pour les Canadiens;
6. amélioration de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en matière de santé;
7. soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada.

1

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :**Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens**

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 378,4		DÉPENSES RÉELLES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 356,4
Priorités et engagements de 2004–2005	Type	Résultats obtenus ²
Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité du système	En cours	<p>Santé Canada a appuyé le gouvernement et les premiers ministres dans le cadre de l'élaboration du Plan décennal pour consolider les soins de santé et de la mise en œuvre de mesures comme les premières étapes de la réduction des temps d'attente.</p> <p>Santé Canada a continué de donner suite à la mise en œuvre des engagements antérieurs pris par les premiers ministres (p. ex. l'accès aux soins à domicile et en milieu communautaire, les questions pharmaceutiques, les ressources humaines en santé et l'utilisation de nouvelles technologies).</p>
Remplir les obligations permanentes découlant de la <i>Loi canadienne sur la santé (LCS)</i>	En cours	<p>Santé Canada a continué d'œuvrer de concert avec les provinces et les territoires afin de régler les questions liées à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> par la consultation, la collaboration et la coopération.</p> <p>Le Processus de prévention et de règlement des différends liés à la <i>LCS</i> s'est vu conférer un caractère officiel dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé.</p> <p>Les questions concernant la conformité sont déclarées chaque année dans le Rapport annuel sur l'application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>.</p>
Concevoir des approches stratégiques nationales pour le XXI ^e siècle à l'égard des nouveaux enjeux, en particulier la génétique (p. ex., répercussions sur les plans sociodémographique et déontologique)	Nouveau	<p>Santé Canada s'est employé, tant à l'échelle nationale qu'internationale, à élaborer des approches stratégiques pour faire face aux nouveaux enjeux, notamment la génétique humaine, la recherche sur de la matière humaine vivante et la nanotechnologie. Ces secteurs offrent de grandes possibilités pour ce qui est de trouver de nouveaux moyens de prévenir, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé, mais ils posent aussi des défis en matière de politiques, d'éthique et de réglementation, qu'il est nécessaire de relever pour maintenir la durabilité du système de santé, la sécurité des patients et la confiance de la population.</p>
Activités liées à la réforme réglementaire et aux questions législatives	En cours	<p>Santé Canada s'est employé à moderniser les systèmes de protection de la santé et de réglementation de la sécurité, ainsi que les initiatives législatives.</p> <p>Le Ministère a poursuivi sa collaboration avec Industrie Canada afin d'établir des cadres modernes pour la propriété intellectuelle.</p>
Collaboration internationale	En cours	<p>Le Ministère a continué d'établir et de maintenir des rapports bilatéraux et multilatéraux avec des organisations internationales et des pays clés.</p> <p>Nous avons continué d'assurer que les politiques et les programmes internationaux du Ministère sont cohérents et conformes aux politiques gouvernementales et aux positions du Canada concernant les politiques étrangères.</p>

¹ Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.

² Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre Résultats obtenus par opposition au titre Résultats prévus et situation actuelle.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

2

Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 1 701,9		DÉPENSES RÉELLES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 1 684,6
Priorités et engagements de 2004-2005	Type	Résultats obtenus ²
Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention	En cours	Le Ministère a appuyé l'exécution de programmes ciblant les nourrissons et les enfants des PNI, et visant à aider les femmes enceintes, les dispensateurs de soins, les familles et les communautés à élever des enfants en santé. Les programmes ont ciblé la santé de la mère, du nourrisson et de l'enfant; l'augmentation des connaissances linguistiques et culturelles des enfants; et l'amélioration de la maturité scolaire des enfants.
Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé	En cours	Les stratégies ont permis d'augmenter le nombre de professionnels de la santé agréés, d'améliorer les établissements de soins de santé afin d'accroître l'accès des PNI aux programmes et aux services de santé, d'offrir un appui aux centres de traitement pour obtenir leur agrément et d'assurer que les PNI ont accès aux soins à domicile et en milieu communautaire.
Coopérer et collaborer avec les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces, les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits	En cours	Le Ministère a poursuivi ses travaux visant à mettre en œuvre les initiatives financées dans le cadre du volet autochtone du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, comme les programmes de formation des sages-femmes, les projets de services de santé et de services sociaux et la télésanté, et à améliorer la coordination et l'intégration des programmes fédéraux de Développement de la petite enfance (DPE).
Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de santé	En cours	Le Ministère a introduit les nouveaux systèmes d'information sur les soins à domicile et en milieu communautaire et le diabète, et a mis à l'essai le Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI).
Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits	En cours	Santé Canada a élaboré de nouveaux outils de gestion des contrats, a mis à jour les modèles d'accords de financement des PNI, a simplifié davantage les exigences en matière de rapports des PNI après en avoir réduit le double emploi, et a renforcé la capacité de gestion et d'administration chez les bénéficiaires des accords de contribution des PNI.

¹ Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.

² Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004-2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre Résultats obtenus par opposition au titre Résultats prévus et situation actuelle.

3

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :**Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens**

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 183,4		DÉPENSES RÉELLES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 184,0
Priorités et engagements de 2004–2005	Type	Résultats obtenus ²
Transformer notre efficacité, notre efficacité et notre capacité d'intervention à titre d'organe de réglementation	En cours	Le Ministère a amélioré la rapidité d'exécution, la transparence et la prévisibilité des processus de réglementation et de soumission de produits de santé, comme le démontre notre rendement au chapitre des engagements, par exemple la réduction de l'arriéré d'examen de présentations de nouveaux produits pharmaceutiques de 89 % entre avril 2003 et mars 2005.
Donner des informations faisant autorité pour que les Canadiens et les Canadiennes fassent des choix sains et prennent des décisions éclairées	En cours	Le Ministère a augmenté la sensibilisation des Canadiens quant aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition et leur a permis de prendre des décisions éclairées à leur sujet, notamment les saines habitudes alimentaires préconisées dans le <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i> et les consultations de la page Web du Guide alimentaire, la page de Santé Canada la plus consultée.
Augmenter notre réactivité face à la santé publique et faire preuve d'une plus grande vigilance relativement à l'efficacité thérapeutique dans le monde réel	En cours	Le Ministère a renforcé la surveillance de l'innocuité et de l'efficacité des produits thérapeutiques et la gestion des risques, pour la santé, des produits de santé et des aliments sur le plan de l'utilisation dans le monde réel, grâce à une capacité de surveillance accrue, y compris l'importance particulière accordée à la déclaration des effets indésirables des médicaments chez les enfants, et il a renforcé encore davantage les mesures canadiennes de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB).
Améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants	En cours	Santé Canada a renforcé la participation du public à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes sur les produits de santé, les aliments et la nutrition, notamment l'amélioration des activités relatives à la participation du public et l'amélioration de la connaissance des processus de prise de décisions, et de la contribution du public à ceux-ci.

¹ Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.

² Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre Résultats obtenus par opposition au titre Résultats prévus et situation actuelle.

4

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :**Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens**

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 235,4		DÉPENSES RÉELLES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 211,7
Priorités et engagements de 2004–2005	Type	Résultats obtenus ²
Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les méfaits associés aux dangers présents dans le milieu de travail et l'environnement, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie	En cours	<p>Le Ministère a mené à bien des initiatives de réglementation visant à réduire les risques pour la santé découlant de l'exposition au plomb et de l'étiquetage des ingrédients des cosmétiques.</p> <p>Le Ministère a terminé les travaux d'établissement d'un indice national de la qualité de l'air.</p> <p>Le Ministère respecte le calendrier établi pour la réalisation de ses objectifs en vertu de la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement</i> d'ici 2006; la mise en œuvre du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques; et l'Évaluation nationale de la vulnérabilité de la santé humaine aux changements climatiques 2007.</p> <p>Le Ministère continue de mener des inspections et des évaluations pour protéger la santé des voyageurs, des travailleurs et du public, de même que pour les Services nationaux de dosimétrie.</p>
Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées	En cours	<p>Les efforts ont été axés sur la poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une approche nationale coordonnée en matière de renoncement au tabac et de la mise en œuvre d'un programme renouvelé de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Nous avons ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), amorcé l'élaboration d'un cadre national sur la consommation et l'abus de substances, établi une structure d'intendance générale pour la Stratégie canadienne antidrogue, et consenti un financement pour des projets communautaires novateurs par l'entremise de notre Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie canadienne antidrogue. Le <i>Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes</i>, visant à réduire le nombre de décès et les méfaits associés aux incendies attribuables à la cigarette, est en voie d'élaboration et sera prêt en 2005.</p>

¹ Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.

² Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre Résultats obtenus par opposition au titre Résultats prévus et situation actuelle.

5

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :**Des produits et des programmes antiparasitaires durables pour les Canadiens**

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 38,3		DÉPENSES RÉELLES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 41,4
Priorités et engagements de 2004–2005	Type	Résultats obtenus ²
Assurer l'innocuité et l'efficacité des produits antiparasitaires	En cours	Le Ministère a continué de faciliter l'accès à des produits antiparasitaires plus sûrs. Il a élargi l'information destinée au public et aux intervenants. Il a augmenté la transparence de la réglementation des produits antiparasitaires. Il a amélioré l'efficacité et la rentabilité de la réglementation.
Assurer la conformité à la <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i>	En cours	Le Ministère a renforcé la conformité à la <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i> et à son règlement d'application.
Assurer le recours à des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides	En cours	Les utilisateurs ont été informés des pratiques à risque réduit.

¹ Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.

² Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre Résultats obtenus par opposition au titre Résultats prévus et situation actuelle.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

6

Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 98,7		DÉPENSES RÉELLES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 107,3
Priorités et engagements de 2004–2005	Type	Résultats obtenus ²
Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé	En cours	Santé Canada a continué d'œuvrer de concert avec les partenaires relativement aux questions stratégiques clés et à l'utilisation de la technologie électronique dans le secteur de la santé.
Élaborer un cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé	En cours	Le Cadre pancanadien de protection du caractère privé et confidentiel des renseignements personnels en matière de santé a été terminé et approuvé par la Conférence FPT des sous-ministres de la Santé (le Québec et la Saskatchewan s'étant abstenus).
Accroître l'accès à l'information et aux données sur la santé et leur utilisation dans les processus décisionnel et redditionnel	En cours	Le Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé a été publié, les activités d'évaluation des programmes ont continué d'être renforcées, et des efforts permanents visant à accroître l'accès aux données probantes et aux renseignements relatifs à la santé à l'appui de la prise de décisions et de la responsabilisation ont continué d'être déployés.
Mettre en œuvre une stratégie ministérielle de gestion de l'information et de technologie de l'information	En cours	Le Ministère a fait la meilleure utilisation possible du financement limité en mettant au point des processus clairs d'établissement des priorités, y compris la version définitive de la stratégie ministérielle sur la gestion de l'information et les technologies de l'information pour guider l'engagement des dépenses et les choix concernant la technologie, plus particulièrement dans le cas de la gestion de l'information et des télécommunications.

¹ Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.

² Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre Résultats obtenus par opposition au titre Résultats prévus et situation actuelle.

7

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :**Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada**

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 198,6		DÉPENSES RÉELLES TOTALES ¹ (EN MILLIONS DE DOLLARS) 231,2
Priorités et engagements de 2004–2005	Type	Résultats obtenus ²
Meilleure reddition des comptes aux Canadiens grâce à l'amélioration continue des pratiques de gestion et à la gérance rigoureuse des ressources	En cours	Le Ministère a apporté des améliorations aux pratiques de gestion et il a renforcé l'intendance et la responsabilisation. On a adopté une culture où les gestionnaires se concentrent sur l'amélioration de la transparence et de l'ouverture, ainsi que sur le renforcement de l'intendance et de la responsabilisation.
Prestation régionale efficace des programmes de Santé Canada en fonction des besoins locaux	En cours	Dans le cadre des activités régionales, on a eu recours aux partenariats et aux rapports concertés, ainsi qu'à la mobilisation d'intervenants clés et de citoyens pour donner suite aux priorités locales et régionales.
Meilleure capacité ministérielle de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser des connaissances scientifiques objectives afin de permettre la prise de décisions éclairées et, ce faisant, d'optimiser les résultats en matière de santé et de réduire les risques pour la santé chez les Canadiens	En cours	Le Ministère a analysé les forces, les lacunes et les possibilités relatives aux sciences afin de promouvoir l'utilisation efficace de la science dans les décisions stratégiques et réglementaires. Le Programme de bourses postdoctorales renforce la capacité et la qualité de la science qui se fait au Ministère. Les partenariats formés avec d'autres ministères et les Instituts de recherche en santé relativement à de nombreuses initiatives ont permis d'accroître la sensibilisation à la science qui se fait à Santé Canada et la compréhension de celle-ci.
Mise en œuvre du volet « Santé Canada » du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles, qui vise à améliorer l'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire	En cours	À ce jour, 27 réseaux de communautés de langues officielles en situation minoritaire sont en place; et il y a 140 étudiants de langue française qui ont obtenu un diplôme de programmes collégiaux et universitaires de soins de santé. Le Ministère a mis en œuvre une nouvelle politique interne pour appuyer les communautés de langues officielles en situation minoritaire.

¹ Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.

² Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre Résultats obtenus par opposition au titre Résultats prévus et situation actuelle.

Section II

Analyse du rendement par résultat stratégique

Résultat stratégique :

Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens

Résultats pertinents dans « Le rendement du Canada » : Des Canadiens en meilleure santé ayant accès à des services de santé de qualité



Objectif

Assumer un rôle de leader en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les autres intervenants clés, en élaborant une vision commune du système de santé canadien et en définissant des priorités clés et des approches de mise en œuvre afin d'obtenir les changements qui permettront d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'intégration des services de santé (primaires, actifs, à domicile, communautaires et de longue durée), en vue de mieux répondre aux besoins de santé des Canadiens, peu importe l'endroit où ils habitent ou leur situation financière.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	378,4	363,3	356,4
Revenus prévus	0	0	0
Dépenses nettes	378,4	363,3	356,4*
ETP	465	470	473

* Représente 12,7 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement supplémentaire relié aux initiatives mentionnées dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé
- financement supplémentaire pour l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée (ACCPA) non requis au cours de cet exercice à cause de la création de l'agence
- report d'une partie du financement prévu pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) aux prochains exercices afin de répondre aux besoins du programme
- réaffectation d'une partie du financement du FASSP à la gestion du résultat stratégique « Enrichissement de la base de données probantes et utilisation

accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé »

- financement interne fourni à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) aux fins de la contribution prévue à la province de l'Ontario pour la construction du centre de santé Meno Ya Win

Les dépenses réelles sont inférieures de 6,9 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- besoins en contributions moins élevés qu'ils n'avaient été prévus pour le FASSP et les ressources humaines en santé (RHS)
- rajustements de fin d'exercice et dépenses moins élevées qu'elles n'avaient été prévues dans divers programmes

Résultats intermédiaires

- Plus grande cohérence de la politique de la santé
- Mise en œuvre continue
- Renforcement de la capacité de recherche sur les politiques de santé (en cours)
- Atteinte d'un consensus entre les intervenants bien informés et les gouvernements

Résultats immédiats

- Définition des buts et des objectifs
- Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé
- Collaboration avec les intervenants et les gouvernements et engagement de ceux-ci

Priorités

- Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité future du système
- Remplir les obligations permanentes découlant de la Loi canadienne sur la santé
- Concevoir des approches stratégiques nationales pour le XXI^e siècle à l'égard des nouveaux enjeux, en particulier la génétique (p. ex., répercussions sur les plans sociodémographique et déontologique)
- Activités liées à la réforme réglementaire et aux questions législatives
- Collaboration internationale

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

Programme	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Lien avec les résultats
Politique en matière de soins de santé	291,4	Définition des buts et des objectifs de stratégies et d'initiatives particulières. Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci. Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Affaires intergouvernementales	5,2	Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci. Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Politique stratégique en matière de santé	8,0	Définition des buts et des objectifs de stratégies et d'initiatives particulières. Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci. Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Affaires internationales	19,8	Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci.
Santé des femmes	4,5	Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Communications, Marketing et Consultation	27,5	Les activités entreprises sont liées généralement aux services de soutien ministériels permanents, plutôt qu'à des programmes définis.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Résumé

Santé Canada participe activement au renouvellement du système de santé du Canada. Nous sommes responsables des initiatives et des investissements du gouvernement du Canada qui favorisent le changement structurel du système de santé et améliorent l'accès à des services de santé de qualité pour toute la population canadienne. Nous remplissons ce rôle en tenant des activités qui contribuent à respecter les engagements du gouvernement du Canada, prévus dans l'Accord de septembre 2004 des premiers ministres sur le Plan décennal pour consolider les soins de santé, et dans les

accords précédents des premiers ministres, à assumer notre responsabilité consistant à garantir que les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* soient respectés, à produire des efforts en vue d'élaborer des pratiques liées au système de santé et à établir des politiques, des règlements et des lois qui satisfont aux besoins actuels et qui reflètent les toutes dernières connaissances.

En 2004–2005, nous avons continué de nous acquitter de nos responsabilités continues touchant ce résultat stratégique, en plus de réaliser des progrès relativement aux nouvelles activités que nous avons

prévues dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour l'exercice. Nous avons surtout mis l'accent sur les travaux préparatoires qui ont mené à la réunion des premiers ministres de septembre et à l'établissement du Plan décennal. Une fois le Plan élaboré, nous avons travaillé étroitement avec nos collègues des gouvernements provinciaux et territoriaux et avec les intervenants en santé pour commencer à respecter les engagements pris, d'autant plus qu'un certain nombre d'entre eux ont des échéances précises.

De plus, nous avons maintenu nos efforts visant à améliorer la base de connaissances requise pour élaborer des politiques efficaces par le biais de nos propres recherches stratégiques sur les nouveaux enjeux comme la génétique humaine, la nanotechnologie et la biotechnologie. Nous avons également contribué aux initiatives internationales portant sur des questions comme le VIH/sida, la lutte contre le tabagisme et la sécurité de la santé face à une éventuelle pandémie de grippe.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité du système

Conformément à cette priorité, le Ministère a continué d'appuyer la mise en œuvre des engagements pris à l'égard de l'innovation et de la réforme du système de santé lors des réunions récentes des premiers ministres. Nous avons aussi exécuté une bonne part des travaux visant à clarifier les options à l'intention des premiers ministres en vue de leur réunion de septembre 2004, ce qui a conduit au Plan décennal. À la suite de cette réunion, nous avons travaillé sur les questions et les engagements découlant du Plan décennal établi avec les provinces et les territoires. Dans de nombreux cas, nous avons ainsi modifié et approfondi les engagements pris initialement dans le RPP de 2004–2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Appuyer le processus menant à l'établissement du Plan décennal	<p>En 2004–2005, nous avons pris une mesure importante non prévue dans le RPP en fournissant un appui au gouvernement du Canada en vue de la réunion de septembre 2004 des premiers ministres, puis en agissant pour mettre en œuvre les engagements des premiers ministres.</p> <p>Le Plan décennal est un plan d'action visant à guider les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux relativement aux initiatives de renouvellement des soins de santé portant sur les temps d'attente, les ressources humaines en santé, les soins à domicile, les soins primaires et les produits pharmaceutiques. Le Plan décennal a été appuyé par des investissements fédéraux de 41 milliards de dollars sur dix ans consentis aux provinces et aux territoires qui favoriseront un financement prévisible et croissant pour le renforcement du système de santé. Ces engagements financiers ont été mis en œuvre par le biais du projet de loi C-39, qui a obtenu la sanction royale en mars 2005. Le budget de 2005 prévoyait des dépenses totales de 200 millions de dollars sur cinq ans pour soutenir les ressources humaines en santé, réduire les temps d'attente et améliorer les rapports sur le rendement du système de santé aux fins de mise en œuvre du Plan décennal.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Accès aux services de santé/Temps d'attente	<p>Le Plan décennal décrit les engagements précis visant à réduire considérablement les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires (cancer, cœur, imagerie diagnostique, remplacement d'articulations et restauration de la vue) et d'établir des points de repère et des indicateurs comparables fondés sur des données probantes. Pour les Canadiens, ceci se traduira par un meilleur accès à des services de santé de qualité, en premier lieu dans les cinq domaines prioritaires. Afin d'améliorer l'accès aux soins de qualité, Santé Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a établi des principes directeurs pour le transfert de 4,25 milliards de dollars sur cinq ans aux fins de réduction des temps d'attente; • a maintenu la collaboration entre les multiples partenaires au projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest du Canada (Western Canada Waiting List Project); • a appuyé la diffusion de pratiques exemplaires nationales et internationales de gestion des temps d'attente; • a acquis des connaissances sur les tendances en matière de soins actifs et sur les approches visant à assurer l'efficacité des hôpitaux; • a facilité l'acquisition de connaissances sur les questions relatives à l'accès qui touchent les populations relevant de la compétence fédérale; • a examiné la question des temps d'attente dans les services d'urgence; • a facilité la consultation et la concertation de divers acteurs clés du système de santé en ce qui concerne les temps d'attente; • a reçu 15 millions de dollars sur quatre ans provenant du budget de 2005 pour les initiatives nationales sur les temps d'attente.
Gérer les progrès réalisés à l'aide du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP)	<p>Le FASSP, fonds quinquennal de 800 millions de dollars établi en 2000 par l'Accord de 2000 des premiers ministres, a continué de soutenir la prise en charge des coûts de transition liés à la modification fondamentale des soins de santé primaires.</p> <p>Le FASSP soutient plus de 60 initiatives et la majorité des fonds est versée aux gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'appuyer leurs plans de renouvellement des soins de santé primaires. Le reste des fonds a été engagé presque entièrement en 2004–2005.</p> <p>En 2004–2005, on a réalisé d'importants progrès relativement à trois stratégies nationales visant la promotion du travail d'équipe multidisciplinaire, l'élaboration d'un cadre d'évaluation et la sensibilisation accrue du public aux soins de santé primaires. Ces trois stratégies se poursuivront jusqu'en 2006–2007.</p> <p>En mai 2004, plus de 1 000 personnes ont participé à une conférence fructueuse sur les soins de santé primaires qui a rassemblé des experts du Canada et de l'étranger en vue d'échanger les pratiques exemplaires et de discuter des orientations stratégiques du renouvellement des soins de santé primaires. Cette conférence a ouvert la voie à une amélioration continue des soins de santé primaires.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Mettre en œuvre les engagements de l'Accord de 2003 des premiers ministres (tels que détaillés dans le Plan décennal) qui visent les soins de santé à domicile</p>	<p>Le Plan décennal décrit les soins de courte durée à domicile qui seront offerts à tous les Canadiens d'ici 2006 en fonction des besoins évalués et de la couverture au premier dollar. Cela permettra d'améliorer l'accès aux soins à domicile après un séjour à l'hôpital, aux soins au terme de la vie et aux soins offerts à certains patients ayant des problèmes de santé mentale. Tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral, s'efforcent de respecter l'échéance de 2006 pour la mise en œuvre des engagements relatifs aux soins de santé à domicile spécifiés dans le Plan décennal.</p> <p>Les activités de Santé Canada portant sur les soins à domicile et les soins continus comprennent l'élaboration et l'adoption de politiques et l'acquisition de connaissances qui améliorent les soins à domicile et les soins continus dans tout le Canada en mettant l'accent sur des modèles et des programmes novateurs, en particulier dans les domaines de la santé mentale, de la gestion de cas, des aidants naturels ou non professionnels, des soins de longue durée en établissement et du logement avec services de soutien, la promotion de l'utilisation appropriée des ressources humaines en santé et la promotion de l'utilisation de la technologie (télésoins et traitements à domicile) pour l'élaboration de nouveaux modèles et programmes.</p>
<p>Aborder les questions relatives aux produits pharmaceutiques pertinentes à la réforme des soins de santé (telles que détaillées dans le Plan décennal)</p>	<p>Santé Canada a continué de collaborer avec ses partenaires provinciaux et territoriaux aux initiatives de gestion des produits pharmaceutiques.</p> <p>Le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) a été établi en mars 2004 à l'aide de fonds de Santé Canada provenant de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT) après l'approbation de l'initiative par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et leur entente sur les priorités initiales. Le SCPUOM sera le centre canadien d'information et d'éducation sur les pratiques exemplaires de prescription et d'utilisation des médicaments.</p> <p>Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé ont établi un groupe de travail ministériel FPT en octobre 2004 afin d'élaborer et de mettre en œuvre la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP) qui reprend et complète la SAPT et d'autres initiatives fédérales et FPT visant à améliorer l'accès des Canadiens à des médicaments sûrs, efficaces et abordables. Depuis, Santé Canada a poursuivi ses activités de collaboration avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé afin d'élaborer et de mettre en œuvre les éléments d'intervention de la SNPP ainsi que les initiatives existantes connexes comme le SCPUOM et le Processus commun d'examen des médicaments (PCEM).</p> <p>Le Ministère a continué de collaborer avec les autres gouvernements pour harmoniser le traitement des médicaments génériques et leur inclusion dans les listes de médicaments, et ce, afin d'améliorer l'accès des régimes d'assurance-médicaments publics du Canada à des médicaments génériques moins coûteux équivalant aux médicaments brevetés de marque déposée.</p> <p>Nous avons réalisé des progrès dans l'analyse de la fixation des prix des médicaments non brevetés au Canada et dans l'évaluation des options qui s'offrent pour la modération ou le contrôle de ces prix. Ce travail, qui a été entrepris avant l'établissement du Plan décennal, se poursuit dans le cadre des activités de collaboration FPT prévues dans la SNPP.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>Nous avons continué, en collaboration avec les administrations partenaires, d'utiliser le PCEM pour les nouveaux médicaments d'ordonnance. Le PCEM est un processus unique qui sert à examiner les nouveaux médicaments et à présenter des recommandations aux régimes publics fédéral, provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments participants (à l'exclusion de celui du Québec) pour l'établissement des listes de médicaments. Le PCEM promet d'accroître l'harmonisation des décisions relatives à l'établissement des listes de médicaments et de réduire le dédoublement des efforts.</p> <p>Le Ministère a financé 11 projets dans le cadre du Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE), qui offre un soutien financier aux initiatives visant à évaluer les pratiques exemplaires de prescription et d'utilisation des pharmacothérapies, et il encourage l'adoption de telles pratiques dans l'ensemble des administrations.</p>
<p>Aborder les questions relatives aux technologies de la santé (telles que détaillées dans le Plan décennal)</p>	<p>En octobre 2004, les ministres de la Santé ont approuvé la Stratégie canadienne sur les technologies de la santé. Cette stratégie représente une collaboration visant à favoriser la gestion, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé. Plus précisément, Santé Canada était chargé de promouvoir et d'assurer la responsabilisation et la transparence des organisations indépendantes et des partenaires de projets comme l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). Ces tâches consistaient notamment à mettre l'accent sur l'adoption et l'utilisation des technologies de la santé, plus particulièrement sur le matériel médical et diagnostique.</p> <p>À cette fin, il est nécessaire d'accroître les connaissances sur l'adoption et l'utilisation des technologies de la santé par le biais de recherches nationales et internationales et d'exercer un rôle de leader dans la promotion de la collaboration entre les intervenants du système de santé. Les 500 millions de dollars affectés en 2004–2005 pour le matériel médical ont été transmis aux provinces et aux territoires pour l'acquisition de matériel diagnostique et médical et la mise en place d'une formation spécialisée connexe pour le personnel afin d'accélérer l'accès aux services de diagnostic et de traitement financés par l'État.</p>
<p>Appuyer les mesures prises à l'égard des questions touchant les soins palliatifs et au terme de la vie</p>	<p>En plus de diriger la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et au terme de la vie et de travailler avec de nombreux organismes intéressés et les gouvernements provinciaux et territoriaux, nous avons encouragé l'adoption de pratiques exemplaires de soins palliatifs et de soins au terme de la vie ainsi que l'établissement de normes d'agrément et la formation interprofessionnelle.</p>
<p>Appuyer les mesures prises à l'égard de la planification des ressources humaines en santé (RHS) (telles que détaillées dans le Plan décennal)</p>	<p>En 2004–2005, nous avons participé activement à l'élaboration d'un cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé. Ce cadre, qui a été approuvé par presque tous les gouvernements, présente les arguments en faveur d'une approche coopérative pancanadienne de la planification, décrit les défis à relever, cerne les priorités de collaboration et énumère les mesures concrètes que les administrations peuvent prendre ensemble pour accroître la stabilité et l'efficacité des effectifs de santé.</p> <p>Notre rôle a notamment consisté à fournir un soutien de base pour la planification des RHS, l'amélioration de la collecte et de la normalisation des données sur les RHS et la modélisation des prévisions. En partenariat avec Ressources humaines et Développement des compétences Canada, le Ministère a continué de participer aux études sectorielles avec certaines professions de la santé afin de mieux comprendre les besoins en ressources humaines de ces professions.</p>

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Remplir les obligations permanentes découlant de la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé au Canada. Cette loi énonce les principes nationaux qui s'appliquent au système de santé (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité). Elle vise à garantir que tous les résidents canadiens admissibles jouissent d'un accès raisonnable aux soins hospitaliers et médicaux requis selon la formule du prépaiement et sans frais directs au point de service. En 2004–2005, Santé Canada a continué d'assurer la conformité à la Loi et d'améliorer le processus de présentation de rapports au Parlement et à la population canadienne. On peut trouver le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* à : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index_f.html.

L'approche adoptée par Santé Canada quant à l'administration de la LCS met l'accent sur la transparence et sur la consultation et le dialogue avec les autorités provinciales et territoriales en matière de santé. L'imposition d'amendes est envisagée uniquement en dernier recours, lorsque toutes les options de résolution axées sur la collaboration ont échoué. Conformément à l'engagement pris par tous les premiers ministres (à l'exclusion de celui du Québec) dans l'Entente-cadre sur l'union sociale de 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (à l'exclusion de celui du Québec) se sont entendus, en avril 2002, pour créer un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*. Le 16 septembre 2004, tous les premiers ministres, à l'exclusion de celui du Québec, ont officialisé ce processus dans leur Plan décennal pour consolider les soins de santé.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Assurer la conformité aux conditions de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> ainsi qu'aux dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs	Le travail que nous effectuons avec les provinces et les territoires a révélé un degré élevé de conformité à la Loi. Nous avons intensifié la surveillance du mode de prestation des soins de santé, élaboré de meilleurs outils de suivi et d'analyse de l'information et enquêté et rendu des comptes sur les cas de non-conformité possibles et les nouvelles questions de santé.
Améliorer le processus de présentation de rapports au Parlement et à la population canadienne sur les services de santé assurés fournis par les provinces et les territoires	Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires pour améliorer l'information recueillie en vue de publier le rapport annuel sur la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et, à cette fin, nous avons rationalisé le processus, accru la collaboration et la communication avec les provinces et les territoires et accru la portée et le niveau de détail de l'information fournie dans le rapport.
	Le rapport annuel de 2003–2004 sur la <i>Loi canadienne sur la santé</i> a été déposé à la Chambre des communes le 18 février 2005 et au Sénat le 22 février 2005.

PRIORITÉ 3 : NOUVEAU

Concevoir des approches stratégiques nationales pour le XXI^e siècle à l'égard des nouveaux enjeux, en particulier la génétique (p. ex., répercussions sur les plans sociodémographique et déontologique)

Santé Canada s'emploie à élaborer, à l'échelle nationale et à l'échelle internationale, des approches stratégiques à l'égard d'un vaste éventail de nouveaux

enjeux, en particulier la génétique humaine, la recherche sur les matières biologiques humaines et la nanotechnologie. Ces domaines offrent de grandes possibilités de trouver de nouveaux moyens de prévenir, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé, mais soulèvent aussi des difficultés d'ordre stratégique, déontologique et réglementaire qu'il faut régler pour maintenir la durabilité du système de santé, la sécurité des patients et la confiance du public.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Élaborer une stratégie globale visant les nouvelles technologies	Nous avons dirigé les négociations du gouvernement du Canada concernant la déclaration sur les normes universelles de bioéthique proposée par l'UNESCO, document de portée générale et fondé sur des principes déterminants visant à aider les États à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des lois sur les questions d'ordre éthique soulevées par les progrès technologiques.
La stratégie comprendra des approches spécifiques de génétique et de nanotechnologie	<p>Nous avons travaillé au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) aux trois initiatives clés suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1) à terminer la rédaction d'un rapport sur l'état actuel de l'assurance de la qualité dans les laboratoires d'analyse de génétique moléculaire, rapport qui donnera lieu à l'établissement de lignes directrices sur l'assurance de la qualité d'ici 2006 en vue d'améliorer la qualité des tests génétiques;2) à contribuer aux travaux sur les innovations biotechnologiques et en matière de santé déterminant comment utiliser efficacement la technologie génétique pour assurer une bonne santé et une meilleure qualité de vie;3) à rédiger les lignes directrices de l'OCDE sur les pratiques exemplaires d'homologation des innovations génétiques afin d'améliorer les pratiques d'homologation, de sorte qu'un plus grand nombre de patients puissent tirer profit des nouveaux diagnostics et des nouvelles thérapies génétiques. <p>À l'échelon national, nous avons collaboré à l'étude du Comité consultatif canadien de la biotechnologie (CCCB) sur les conséquences des brevets relatifs au matériel génétique humain pour le système de santé, étude qui débouchera à l'automne 2005 sur la rédaction d'un rapport contenant des recommandations.</p> <p>Nos activités de recherche et d'élaboration de politiques sur les questions stratégiques générales liées à la génétique humaine consistaient entre autres à collaborer avec d'autres ministères et avec le Secrétariat canadien de la biotechnologie à une conférence du gouvernement sur la pharmacogénomique. Nous avons également tenu un symposium sur la génétique et la diversité afin de mieux comprendre les relations entre la recherche en génétique, les applications et les politiques en matière de soins de santé et des facteurs comme les différences biologiques et sociales entre les sexes, l'invalidité, la race et l'ethnicité.</p> <p>Nos travaux sur la nanotechnologie ont consisté à appuyer les efforts interministériels déployés en la matière sous la direction du Bureau du conseiller national en sciences et à y participer. Nous avons également exploré les répercussions de la nanotechnologie sur les plans éthique, juridique et social.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Autres initiatives	<p>Nous examinons les approches du prélèvement, de l'utilisation et du stockage des matières biologiques humaines (MBH) aux fins de la recherche qui permettraient d'optimiser les gains en santé, de protéger les renseignements personnels et d'assurer un consentement éclairé. En 2004, le Ministère a entrepris d'élaborer à l'intention des chercheurs de Santé Canada un guide général unique des bonnes pratiques de recherche sur les MBH. Dans le cadre de ce travail, nous avons évalué l'importance du stockage de MBH à Santé Canada, cerné les secteurs d'intérêt, déterminé la nature guide, relevé les lacunes des politiques et des lignes directrices établies et défini les mesures prioritaires afin d'assurer une meilleure protection aux Canadiens dont les MBH sont conservées par Santé Canada.</p>

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Activités liées à la réforme réglementaire et aux questions législatives

Santé Canada a entrepris de moderniser ses systèmes de réglementation et ses mesures législatives afin d'optimiser la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens.

Le Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005 de Santé Canada souligne les autres cadres de réglementation qui doivent faire l'objet de travaux. Nous continuons de collaborer avec Industrie Canada pour créer des cadres modernes de régie de la propriété intellectuelle.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre une stratégie de réglementation intelligente pour accélérer les réformes dans certains secteurs clés	<p>Santé Canada participe activement aux travaux du gouvernement du Canada visant à élaborer une stratégie de mise en œuvre d'une réglementation intelligente, axée sur le renforcement de la gestion réglementaire, l'amélioration de la coordination et de la collaboration et la mesure du rendement.</p> <p>Le premier rapport du gouvernement du Canada sur les initiatives et les projets relatifs à la réglementation intelligente, qui a été publié en mars 2005, comporte huit initiatives de Santé Canada dont des mesures pour améliorer l'efficacité et l'efficience, la transparence et la participation du public (p. ex. la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, en ce qui concerne les médicaments), des approches novatrices axées sur les risques (p. ex. réglementation fondée sur des normes concernant les cellules, les tissus et les organes destinés à la transplantation) et un engagement multipartite (p. ex., un groupe de travail sur la réduction de la teneur en gras trans des aliments canadiens).</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	<p>Une autre initiative porte sur un protocole d'entente entre Santé Canada, le Bureau du Conseil privé et Commerce international Canada, signé en février 2005, et visant à rationaliser le processus de réglementation des demandes liées à deux secteurs à volume élevé (établissement de limites maximales de résidus [LMR] pour les pesticides dans les aliments et modifications de l'annexe F du Règlement sur les aliments et drogues qui régit le statut de médicament vendu sur ordonnance), tout en maintenant un examen scientifique rigoureux et en poursuivant les consultations en cours auprès des intervenants et des partenaires commerciaux. Grâce à ce protocole d'entente, les agriculteurs auront plus rapidement accès à de nouveaux pesticides moins nocifs et les consommateurs accéderont plus vite aux nouveaux médicaments vendus sur ordonnance et obtiendront plus rapidement un remboursement des assureurs privés.</p>
<p>Modernisation de nos systèmes de réglementation et de nos initiatives législatives</p>	<p>Santé Canada a entrepris de moderniser ses systèmes de réglementation et ses initiatives législatives afin d'optimiser la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens.</p> <p>Santé Canada a terminé les consultations nationales sur la proposition de renouveau législatif sur la protection de la santé (RLPS) et plus de 300 présentations écrites contenant plus de 1 600 commentaires ont été analysées. Des réunions ont été organisées pour aborder des questions particulières, y compris une réunion de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux.</p> <p>Au printemps 2004, le Ministère a retiré le chapitre sur les maladies transmissibles de la proposition initiale concernant le RLPS pour le traiter à part et a présenté un nouveau projet de loi sur la mise en quarantaine. Ces mesures découlaient de l'analyse effectuée à la suite de l'épidémie de SRAS, qui a fait ressortir la nécessité de moderniser les lois en vigueur sur la quarantaine. Le projet de loi a reçu la sanction royale en mai 2005. À l'automne 2004, le Ministère a présenté un projet de loi visant à modifier la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> en ce qui concerne les autorisations de mise en marché provisoires, afin de répondre aux préoccupations soulevées par le Comité mixte permanent d'examen de la réglementation. Ces modifications ont été renvoyées au Comité permanent de la santé à la fin de 2004-2005.</p>
<p>Coopération internationale en matière de réglementation afin d'optimiser les avantages des approches internationales</p>	<p>On a réalisé d'importants progrès dans la détermination des principes clés qui régiront l'engagement stratégique de Santé Canada dans la coopération internationale en matière de réglementation. Ces progrès ont été complétés par des travaux pertinents exécutés au sein de certaines directions générales.</p> <p>Premièrement, le projet de loi C-9, <i>Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique</i>, a été mis au point le 14 mai 2005 et le règlement final a été publié dans la Partie II de la <i>Gazette du Canada</i> le 1^{er} juin 2005. Les entreprises canadiennes de médicaments génériques peuvent commencer à demander des licences obligatoires pour exporter dans les pays désignés qui en ont besoin des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et la malaria, ou en réponse à d'autres urgences de santé publique.</p> <p>Deuxièmement, un projet de modification du Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité) et des dispositions du Règlement sur les aliments et drogues relatives à la protection des données a été publié préalablement dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i>. Des représentants de la santé et de l'industrie évaluent actuellement les commentaires recueillis auprès des intervenants et prévoient passer à l'action au cours de l'été.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Troisièmement, Santé Canada collabore avec Industrie Canada aux travaux de l'OCDE et du CCCB visant à régler les problèmes du système de santé liés au brevetage du matériel génétique humain.
Activités liées à la procréation assistée	<p>En ce qui a trait à la régie du code déontologique de recherche sur des sujets humains, Santé Canada poursuit ses travaux d'élaboration de politiques dans ce domaine et a aidé le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain (CNÉRH) à rédiger un document sur les options proposées pour la création d'un système d'agrément des programmes de protection des sujets humains de recherche et à entamer la rédaction de normes provisoires pour encourager des mesures de protection cohérentes et de haute qualité à l'intention des participants canadiens à la recherche en santé. Santé Canada a poursuivi ses travaux sur l'établissement de la nouvelle Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée (ACCPA), conformément à sa loi habilitante, la <i>Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe</i>. Cette loi vise à protéger et à promouvoir la santé, la sécurité, la dignité et les droits des êtres humains dans le cadre de l'utilisation des technologies de procréation assistée, à interdire les activités inacceptables comme le clonage humain et à mettre en place des mesures de contrôle pour la recherche sur la procréation assistée. Afin d'atteindre ces objectifs, le Ministère poursuit l'élaboration d'un cadre réglementaire complet en vertu de la Loi, au moyen d'un processus ouvert et axé sur la consultation.</p> <p>En 2004–2005, des représentants du Ministère ont présenté 16 exposés techniques dans 11 grands centres du Canada afin de renseigner les provinces, les intervenants et le grand public sur la nouvelle Loi et sur le processus de réglementation. On a organisé des ateliers de collecte d'information afin d'appuyer l'élaboration de politiques de consultation et de remboursement des dépenses liées à la procréation assistée. Santé Canada a en outre tenu des consultations nationales sur certaines propositions prévoyant l'obtention d'un consentement libre et éclairé pour l'utilisation de matériel reproductif humain et d'embryons <i>in vitro</i>, consultations qui ont étayé la rédaction des dispositions réglementaires avant leur publication préalable dans la <i>Gazette du Canada</i>.</p> <p>Les travaux préparatoires relatifs au recrutement et à la sélection des candidats au conseil d'administration de l'Agence, y compris aux postes de président de l'Agence et du CA, ont pris fin. Les versions préliminaires du plan d'activités et de la stratégie de gestion des ressources humaines de l'Agence ont été élaborées et on a entrepris la création des systèmes et des outils administratifs de l'Agence afin de la préparer au démarrage de ses activités, prévues pour le début de 2006 à Vancouver.</p>

PRIORITÉ 5 : EN COURS

Collaboration internationale

Santé Canada a continué d'établir et d'entretenir des relations bilatérales et multilatérales avec les principaux organismes internationaux. En outre, nous avons continué d'assurer la cohérence des politiques et des programmes internationaux du Ministère et leur harmonisation avec les politiques gouvernementales et les positions du Canada en matière de politique étrangère.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Participation aux activités des organisations de santé et d'autres pays	<p>Nous avons continué de participer activement aux activités de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), en particulier aux activités visant à façonner les politiques clés et à défendre les priorités du Canada.</p> <p>Au sein de ces deux organisations, nous avons appuyé les résolutions importantes pour le Canada, dont celles concernant la préparation aux pandémies, les maladies liées à la pauvreté constituant un lourd fardeau et les maladies non transmissibles.</p> <p>Nous avons dirigé de concert avec l'Agence de santé publique du Canada les négociations sur la révision du Règlement sanitaire international de l'OMS, lequel vise à établir des mesures de prévention, de protection, de lutte et d'intervention contre la propagation internationale de maladies infectieuses comme le SRAS.</p> <p>Nous nous sommes employés à renforcer nos relations avec l'Union européenne dans un certain nombre de domaines prioritaires pour le gouvernement du Canada, comme les questions touchant la sécurité des consommateurs et les environnements sains.</p> <p>Au plan bilatéral, nous avons signé une lettre d'intention avec le ministère de la Santé du Mexique en vue de préparer des activités bilatérales, dont les premières visent la santé des Autochtones. Nous avons également renouvelé notre plan d'action pour la coopération avec la Chine dans le domaine de la santé.</p>
Lutte mondiale contre le VIH/sida	<p>Le Ministère a renforcé le volet d'engagement international de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, dans le cadre du processus global de renouvellement de la stratégie.</p> <p>Ceci comprend le versement de subventions pour appuyer la tenue d'activités d'apprentissage, la création de nouvelles ressources et l'échange des pratiques exemplaires entre les partenaires nationaux et internationaux du Canada. Mentionnons à titre d'exemple le soutien fourni au deuxième Symposium canadien sur les microbicides. Nous avons également fourni des contributions sous forme de fonds et de programmes à la Conférence internationale sur le sida qui a eu lieu en 2004 à Bangkok et nous avons participé à la rédaction de nombreuses décisions et résolutions des Nations Unies concernant le VIH/sida.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Initiative de protection de la santé mondiale	<p>Nous avons continué de jouer un rôle de chef de file et de coordonnateur en présidant le Groupe d'action de l'Initiative de protection de la santé mondiale (IPSM), formé de hauts fonctionnaires (G7 et Mexique), en faisant fonction de Secrétariat de l'IPSM et en exploitant le site Web sécurisé de l'Initiative.</p> <p>Les activités liées à l'IPSM ont débouché sur la tenue d'une réunion internationale en décembre 2004, lors de laquelle les ministres ont approuvé des mesures et planifié les travaux futurs d'amélioration de la protection de la santé mondiale liés à la préparation et à l'intervention en cas d'acte de terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire et de pandémie de grippe.</p>
Lutte mondiale contre le tabagisme	<p>Notre leadership et nos travaux continus touchant les questions mondiales de lutte contre le tabagisme ont donné lieu à la ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS—le tout premier traité mondial de santé publique conçu pour réduire les décès et les maladies causés par le tabac dans le monde. En outre, nous avons versé des subventions à des organisations internationales et à certains pays afin de les aider à faire avancer leurs recherches et leurs programmes en matière de lutte contre le tabagisme.</p>

Résultat stratégique :

Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé

Résultats pertinents dans « Le rendement du Canada » : Amélioration de la santé des Autochtones



Objectif

Fournir en collaboration avec les provinces et les territoires des services et des programmes de santé durables aux Premières nations, aux Inuits et à leurs communautés pour lutter contre les inégalités en santé et les menaces de maladies et ainsi leur permettre d'être en aussi bonne santé que les autres Canadiens.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	1 707,4	1 714,6	1 688,6
Revenus prévus	(5,5)	(5,5)	(4,0)
Dépenses nettes	1 701,9	1 709,1	1 684,6*
ETP	1 714	1 738	1 893

* Représente 59,8 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement supplémentaire pour la Contribution désignée au gouvernement de l'Ontario, en vue de la construction du Centre de santé Meno Ya Win; le Plan d'action accéléré II pour les lieux contaminés désignés; le Programme des Services de santé non assurés; et les Pensionnats indiens
- comptabilisation dans le secteur d'activité « Gestion et administration ministérielle » des fonds accordés aux Premières nations pour les projets de construction et de rénovation d'installations dans les réserves

Les dépenses réelles sont inférieures de 24,5 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- diminution des dépenses prévues pour les Services de santé non assurés attribuable à des facteurs comme l'utilisation accrue de médicaments génériques
- prise en charge moins importante qu'elle n'avait été prévue des services offerts en vertu du Programme des pensionnats indiens
- rajustements de fin d'exercice et dépenses moins élevées qu'elles n'avaient été prévues dans divers programmes

Résultats intermédiaires

- Augmentation des comportements sains
- Amélioration de l'accessibilité, de la disponibilité et de la qualité des programmes et des services de santé
- Réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies, des toxicomanies et de l'alcoolisme
- Renforcement de la capacité de gérer et d'exécuter les programmes et les services de santé des Premières nations et des Inuits
- Système de santé efficace et durable à l'intention des Premières nations et des Inuits
- Sensibilisation accrue des communautés et des particuliers aux facteurs qui influent sur la santé et aux mesures préventives visant à atténuer leurs effets
- Satisfaction des clients à l'égard des niveaux et de la qualité des programmes et des services
- Gestion efficace et efficiente de l'accès aux prestations de santé selon les besoins des clients
- Capacités de planification et de gestion efficaces de la santé au sein des collectivités

Résultats immédiats

- Renforcement de la capacité de prestation de programmes et de services
- Sensibilisation accrue des collectivités et des particuliers
- Programmes et services adaptés à la culture
- Prestation de programmes et de services de qualité
- Élaboration et mise en œuvre de politiques et de cadres de gestion efficaces

Priorités

- Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies
- Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé
- Coopérer et collaborer avec les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces et les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits
- Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de santé
- Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats :

Programme	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Lien avec les résultats
Programmes de santé communautaire des Premières nations et des Inuits	205,6	Les programmes communautaires favorisent la santé de l'enfant ainsi que la santé maternelle et infantile, la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des toxicomanies et les services de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé.
Protection de la santé des Premières nations et des Inuits	46,4	Les programmes sur les maladies transmissibles, la santé environnementale et la recherche facilitent la préparation à la mise en œuvre de mesures visant à lutter contre les épidémies de maladies évitables, à les gérer et à les maîtriser et améliorent la gestion et le contrôle des dangers environnementaux.
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits	294,6	Les services de soins primaires comprennent la médecine d'urgence et communautaire ainsi que les services de soins infirmiers, de soins à domicile et en milieu communautaire, et de santé bucco-dentaire.
Services de santé non assurés (SSNA)	814,1	Le programme des Services de santé non assurés fournit à quelque 765 000 Indiens inscrits et Inuits officiellement reconnus un éventail restreint de biens et de services médicaux nécessaires qui complètent ceux fournis par les régimes d'assurance-santé privés, provinciaux ou territoriaux. Les prestations incluent les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures et l'équipement médical, les services à court terme d'intervention en situation de crise, les services de santé mentale et le transport pour accéder aux services médicaux non disponibles dans la réserve ou dans la collectivité du client.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Programme	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Lien avec les résultats
Soutien en matière de gouvernance et d'infrastructure au système de santé des Premières nations et des Inuits	323,9	Soutien en matière de gouvernance et d'infrastructure à l'administration du système de santé des Premières nations et des Inuits pour la mise en œuvre de la politique sur le droit inhérent, le renforcement de la capacité des Premières nations et des Inuits de produire et d'obtenir de l'information et des connaissances sur la santé et le maintien de l'infrastructure des services et des programmes de santé des Premières nations et des Inuits grâce à un contrôle accru des programmes et des services de santé par les Premières nations et les Inuits. Les activités comprennent la planification des services de santé, le renforcement de la capacité de gestion des communautés des Premières nations et des Inuits, le renforcement de la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de gérer et d'offrir des programmes et services de santé, l'intégration et la coordination des services de santé entre les échelons FPT, l'intendance et la recherche en santé et la gestion du savoir et de l'information.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Résumé

L'activité de programme Santé des Premières nations et des Inuits a entre autres pour objectifs d'améliorer les résultats en matière de santé, d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de services de santé de qualité et de favoriser un meilleur contrôle du système de santé par les Premières nations et les Inuits. Le but, qui est d'offrir des services et des programmes de santé efficaces, efficaces, durables et favorables à l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé, repose sur quatre principes fonctionnels. Premièrement, les Premières nations et les Inuits ont besoin de soutien pour jouer un rôle efficace dans la planification et la prestation de leurs services de santé. Deuxièmement, les Premières nations et les Inuits doivent recevoir des services ininterrompus grâce à l'intégration des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux. Troisièmement, les Premières nations et les Inuits doivent disposer des mêmes services de qualité que le reste de la population vivant dans des zones géographiques similaires. En dernier lieu, il faut réformer

le système de santé des Premières nations et des Inuits de manière à concentrer les efforts « en amont » pour renforcer la capacité de prévention des maladies et de promotion de la santé.

D'importantes inégalités persistent dans les résultats relatifs à la santé, comparativement à l'ensemble de la population canadienne, sur les plans de l'espérance de vie, de la prévalence des maladies chroniques et infectieuses et des blessures. Les taux de diabète sont trois à quatre fois plus élevés et le nombre potentiel d'années de vie perdues à cause de blessures est trois fois et demie plus élevé. Les taux de suicide chez les jeunes des Premières nations sont six fois plus élevés que chez les autres jeunes Canadiens. En outre, les taux d'infection par la tuberculose sont six fois plus élevés que pour la population canadienne en général. Le pourcentage de cas de sida chez les Autochtones par rapport à l'ensemble de la population canadienne est passé de 1,7 % en 1992 à 7,2 % en 2001⁴. En dépit de ces inégalités, le Ministère a continué d'obtenir des résultats positifs

⁴ Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, 2000.

dans l'amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits. Par exemple, l'espérance de vie a augmenté chez les Indiens inscrits en 20 ans — elle est de 13,1 % chez les hommes et de 12,6 % chez les femmes. De même, le taux de mortalité infantile des Premières nations décline de façon constante depuis 1979, alors qu'il était 2,5 fois supérieur au taux canadien. En 2000, le taux enregistré chez les Premières nations n'était plus qu'environ 1,2 fois supérieur au taux canadien.

Le Ministère doit relever de nombreux défis identiques à ceux auxquels les autres systèmes de santé canadiens sont confrontés, comme les coûts croissants, les pénuries de ressources humaines en santé et la nécessité de répondre aux besoins d'une population vieillissante. De plus, le système de santé des Premières nations et des Inuits fait face à des défis particuliers sur les plans de l'exécution du programme et de l'escalade des coûts du fait que la population croît rapidement, que le taux de blessures et le fardeau des maladies sont supérieurs et que les populations vivent en grande partie dans des régions éloignées et rurales du pays.

Diverses prestations nécessaires au point de vue médical (sous forme de médicaments, de soins dentaires, de soins de la vue, de fournitures et matériel médical, de services à court terme d'intervention en santé mentale en situation de crise et de transport pour accéder aux services médicaux non disponibles dans la réserve ou dans la collectivité du client) sont fournies dans le cadre du programme des Services de santé non assurés, à quelque 765 000 membres des Premières nations et Inuits, quel que soit l'endroit où ils habitent. En 2004–2005, nous avons continué de nous acquitter de nos responsabilités permanentes concernant les questions de santé auxquelles sont confrontés les Premières nations et les Inuits ainsi que leur système de santé. Ces efforts ont été soutenus par une affectation de fonds initiale provenant de l'investissement de 1,3 milliard de dollars sur cinq ans qui était prévu dans le budget de 2003 pour poser les assises d'un système de santé plus efficace et plus durable pour les Premières nations et les Inuits. Cet engagement comprenait des fonds pour les Services de santé non assurés, un réinvestissement d'immobilisations pour améliorer les établissements de santé, des fonds pour une stratégie d'immunisation ciblant les enfants des

Premières nations vivant dans les réserves, des fonds pour une stratégie globale en matière de soins infirmiers, des fonds pour des programmes pilotes visant à renforcer l'intégration des services avec ceux des provinces et des territoires. En 2004–2005, le gouvernement a également annoncé de nouveaux engagements de 700 millions de dollars pour l'amélioration de la santé des Autochtones. Ces engagements, qui ont été confirmés dans le budget de 2005, doivent financer la création d'un Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones en vue de l'intégration et de l'adaptation des services de santé, le lancement d'une initiative sur les ressources humaines autochtones en santé visant à accroître le nombre d'Autochtones qui choisissent des professions dans le domaine de la santé et des fonds pour améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies axés sur la prévention du suicide, le diabète, la santé maternelle et infantile et le développement de la petite enfance.

Au cours de l'année, nous avons continué de nous attaquer à un certain nombre de défis et de risques particuliers liés à la prestation de programmes et de services, entre autres la nécessité d'accroître les efforts de prévention à l'échelon communautaire afin d'améliorer la santé et de réduire le fardeau du système de santé, de renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits de jouer un rôle plus efficace dans la planification et la prestation des services de santé, de maintenir une responsabilisation claire et efficace à l'égard des résultats en matière de santé en ce qui a trait aux services de santé et à l'état de santé et de maintenir un équilibre entre rentabilité et optimisation des résultats en santé.

Le Ministère s'efforce, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, d'améliorer la portée et l'efficacité des programmes et des services et de fournir des programmes de santé publique et de santé communautaire dans les réserves. Ces programmes portent notamment sur la santé environnementale et la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles. On offre également des programmes de soins de santé primaires dans les collectivités éloignées et isolées où souvent aucun service provincial n'est facilement accessible.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention

Au cours de l'année, le Ministère a investi dans des programmes conçus pour améliorer collectivement la croissance spirituelle, émotionnelle, intellectuelle et physique des nourrissons et des enfants des Premières nations et des Inuits et à aider les femmes enceintes, les dispensateurs de soins, les familles et les collectivités à élever des enfants en santé qui sont en mesure de s'épanouir pleinement. Nous avons mis l'accent sur les programmes visant à assurer la santé de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, à accroître les connaissances linguistiques et culturelles des enfants et à accroître la maturité scolaire des enfants. Afin de combler l'écart entre l'état de santé des Canadiens autochtones et non-autochtones, nous avons mis en place plusieurs activités de promotion de la santé et de

prévention des maladies et nous avons travaillé avec nos partenaires pour améliorer la prestation des services de santé. Les initiatives particulières comprennent un programme d'immunisation ciblé, l'expansion du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et l'expansion des programmes portant sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale au sein des collectivités autochtones. Afin de compléter l'Initiative fédérale-provinciale-territoriale (FPT) de développement de la petite enfance (DPE), Santé Canada a entrepris la mise en œuvre de la stratégie de DPE visant les enfants des Premières nations et des Inuits, et d'autres enfants autochtones, en collaboration étroite avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) et Développement social Canada (DSC).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mise en œuvre de la Stratégie de DPE visant les Premières nations et les Inuits—approche de « guichet unique »	Nous avons évalué la viabilité d'une approche de « guichet unique » pour l'exécution du programme de DPE dans le contexte d'une initiative nationale d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. Parmi les autres activités entreprises, les ministères fédéraux ont rencontré des représentants des collectivités qui travaillent auprès des enfants ayant des besoins spéciaux en vue de cerner des stratégies possibles. Ces activités ont été complétées par des dialogues communautaires dirigés par les organismes autochtones nationaux (OAN) qui ont mené à la production de documents de travail sur la façon d'appliquer les principes « QUAD » du DPE (qualité, universalité inclusive, accessibilité et développement) dans les collectivités autochtones.
Investissement de 74,2 millions de dollars dans les programmes visant à améliorer la santé, et le bien-être des bébés et des enfants des Premières nations et des Inuits et à soutenir les femmes enceintes, les dispensateurs de soins et les collectivités, par l'entremise du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR), du Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), en vue d'améliorer la santé et le bien-être des bébés, des femmes enceintes, des enfants, des familles et des collectivités	<p>Des éléments du PAPAR ont été mis en œuvre dans 338 collectivités servant approximativement 9 100 enfants. En 2004–2005, le personnel du PAPAR a tenu un atelier pour discuter de l'élaboration des programmes futurs. Nous avons également animé des groupes de consultation de parents dans les collectivités afin de recueillir leurs observations sur les obstacles à la participation des parents et sur les stratégies qui permettraient de surmonter ces obstacles.</p> <p>Programme TSAF : Le volet visant les Premières nations et les Inuits a permis d'offrir aux régions une formation sur la détermination des atouts, un outil de renforcement des capacités qui permet aux collectivités de déterminer leurs forces et d'élaborer un plan de lutte contre les TSAF. Afin de sensibiliser davantage les collectivités, nous avons présenté des séances de formation et d'éducation sur les causes et les effets des TSAF à plus de 500 professionnels, paraprofessionnels et dispensateurs de soins. Nous avons également établi plusieurs projets de mentorat durant l'année. Ces projets ont commencé à faire ressortir les avantages en matière de prévention des TSAF qui découlent du jumelage des femmes enceintes à risque avec un travailleur de soutien en qui elles ont confiance.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>En 2004–2005, environ 6 000 femmes ont participé au volet « Premières nations et Inuits » du PCNP, dans quelque 450 sites, servant plus de 600 communautés des Premières nations et des Inuits. La capacité du PCNP d’offrir des programmes efficaces a été renforcée par plus de 500 travailleurs qui ont reçu une formation approfondie sur des sujets pertinents comme le diabète gestationnel et l’alimentation du nourrisson. Du matériel d’information et de référence a également été préparé et distribué.</p> <p>Dépenses liés au PAPAN en 2004–2005 : 41 462 356 \$ Dépenses liées aux TSAF en 2004–2005 : 10 729 173 \$ Dépenses liées au PCNP en 2004–2005 : 8 902 031 \$</p> <p>PAPAN et TSAF Le financement intégral annuel n’a pas pu être utilisé durant l’exercice. Tous les fonds disponibles ont été affectés aux besoins régionaux en matière de programmes de santé, entre autres aux services jugés prioritaires par les Premières nations.</p> <p>PCNP Les dépenses susmentionnées (subventions comprises) correspondent aux affectations et aux contributions de même que les coûts de fonctionnement et de gestion. Les données sur le nombre de femmes jointes et d’emplacements sont des estimations. Jusqu’à 50 % des projets ont été inclus dans les ententes de transfert des services de santé qui accordent à la collectivité plus de souplesse dans la gestion de ses ressources et qui ne requièrent pas la présentation d’un rapport final à ce niveau de détail.</p>
<p>Investissement de 32 millions de dollars sur cinq ans pour accroître les taux d’immunisation chez les enfants des Premières nations de moins de six ans qui vivent dans les réserves et pour assurer l’accès aux vaccins nouvellement recommandés</p> <p>Mise en œuvre de la stratégie d’immunisation dans le cadre de partenariats avec des collègues FPT ainsi que des organisations et des collectivités autochtones</p>	<p>Nous avons permis à la population des réserves d’accéder à trois vaccins nouvellement recommandés (vaccin conjugué contre le méningocoque, vaccin conjugué contre le pneumocoque et vaccin contre la varicelle). Nous avons également appuyé les travaux réalisés dans certaines collectivités pour améliorer le programme d’immunisation en prenant des mesures de dotation ou en offrant des possibilités éducatives dont certaines étaient offertes en partenariat avec les provinces.</p> <p>La Stratégie d’immunisation ciblée a été mise en œuvre avec la participation d’un certain nombre d’infirmières et d’infirmiers communautaires des Premières nations et les organisations autochtones nationales (OAN).</p> <p>Le Ministère a renforcé les partenariats établis avec les provinces pour gérer et fournir des vaccins et ainsi permettre de rationaliser les services.</p> <p>Nous avons recueilli des données repères sur la couverture vaccinale chez les enfants de deux ans vivant dans les réserves, ainsi que des renseignements sur les connaissances, les attitudes et les croyances à l’égard des pratiques d’immunisation chez les dispensateurs de soins et les infirmières qui effectuent les immunisations dans les réserves.</p> <p>Dépenses liées à la Stratégie d’immunisation : 691 744 \$</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Investissement de 28,6 millions de dollars dans des programmes qui permettront</p> <p>d'accroître la sensibilisation aux comportements sains tels qu'une alimentation saine, une vie active et le maintien d'un poids corporel sain</p> <p>d'accroître la sensibilisation aux méfaits du tabac et de l'abus d'alcool et d'autres drogues</p>	<p>Dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), les collectivités ont reçu de l'information adaptée à la culture sur les comportements sains, notamment un magazine sur la santé et la nutrition diffusé à l'échelle nationale.</p> <p>Plus de 600 collectivités et conseils tribaux ont reçu un financement pour l'exécution de projets qui ont permis d'accroître la sensibilisation aux comportements sains— p. ex. clubs de marche, cours de cuisine, projets de prévention dans les écoles, camps pour les enfants ou les dispensateurs de soins.</p> <p>Trente projets de prévention du diabète et de promotion de la santé ont été financés dans les collectivités afin de multiplier les comportements sains chez les Autochtones vivant hors des réserves, les Métis et les Inuits vivant dans les centres urbains.</p> <p>Des unités mobiles de dépistage du diabète ont été utilisées en Colombie-Britannique et en Alberta. Ces unités offraient un moyen sûr et efficace d'améliorer l'accès aux services pour les collectivités éloignées des Premières nations. En plus d'accroître la sensibilisation au diabète, les unités ont fourni des services de surveillance de la rétinopathie, de la neuropathie et de la pression artérielle.</p> <p>Une campagne nationale de marketing social a été lancée dans les communautés des Premières nations et des Inuits afin de fournir de l'information sur les dangers liés à la fumée secondaire et d'encourager les Premières nations et les Inuits à faire de leurs maisons un environnement sans fumée. Des campagnes télévisées et radiophoniques ciblant les Autochtones ont été diffusées afin de souligner l'importance de zones sans fumée au travail et à la maison, en particulier en présence d'enfants. Une campagne médiatique de suivi mettant l'accent sur les stratégies d'aide à l'abandon du tabagisme a également été préparée et sera lancée en 2005.</p> <p>Nous avons soutenu l'exécution de plus de 100 projets dans 309 communautés des Premières nations et des Inuits afin d'accroître la sensibilisation à l'usage abusif du tabac et à l'abandon du tabagisme.</p> <p>Des discussions animées par les Premières nations ont été entreprises avec l'Assemblée des Premières nations (APN) en vue d'élaborer une stratégie pour répondre à la nécessité de créer des zones sans fumée dans les réserves.</p> <p>Dépenses liées à l'IDA : 13 918 676 \$</p> <p>Dépenses liées à la Stratégie de lutte contre le tabagisme : 6 899 184 \$</p>
<p>Renforcement de la capacité des collectivités à réduire les blessures</p>	<p>Un manuel de formation sur la prévention des blessures et un guide adapté d'éducation préscolaire sur les matières dangereuses et leurs symboles ont été élaborés et distribués aux communautés des Premières nations et des Inuits.</p> <p>Un partenariat a été établi avec Transports Canada concernant son Programme de prêts de vêtements de flottaison individuels afin de travailler avec les communautés autochtones pour réduire le nombre de décès résultant d'accidents maritimes dans l'Ouest du Canada.</p> <p>Dépenses liées au programme de prévention des blessures : 5 746 306 \$</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Lancement d'une campagne de marketing social sur le VIH/sida et soutien aux activités éducatives des OAN et des collectivités</p> <p>Mise en œuvre de stratégies d'information et de prévention en santé et de réduction des méfaits afin d'accroître les connaissances des collectivités sur le VIH/sida</p>	<p>Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et la Pauktuutit Inuit Women's Association ont mené des campagnes intensifiées de sensibilisation au sida. Plus de 20 000 affiches, brochures et fiches d'information sur le VIH/sida ont été distribuées dans les collectivités des Premières nations. De plus, la brochure et les fiches d'information ont été traduites en inuktitut et 1 500 copies ont été distribuées. Plusieurs collectivités ont participé à des campagnes de sensibilisation conjointement avec les organismes autochtones locaux ou régionaux de services liés au sida.</p> <p>Tous les efforts d'éducation déployés pour la prévention du VIH/sida ont été présentés dans un cadre de réduction des méfaits, et dans certaines régions plus de 90 % des collectivités des Premières nations vivant dans les réserves ont organisé au moins un atelier éducatif.</p> <p>Dépenses liées au VIH/sida : 3 790 708 \$</p>
<p>Élaboration et mise en œuvre de l'outil communautaire stratégique d'évaluation des risques et de planification pour l'élimination de la tuberculose dans les communautés des Premières nations et des Inuits et présentation de rapports sur les orientations futures de la stratégie de lutte contre la tuberculose</p>	<p>L'outil communautaire stratégique d'évaluation des risques pour l'élimination de la tuberculose (SCRAP-TB) a été mis à l'essai dans six collectivités et s'est révélé utile pour aider les collectivités à planifier leur programme de lutte contre la tuberculose.</p> <p>En réponse aux recommandations des experts de cesser l'utilisation systématique du vaccin B.C.G et de le remplacer par un programme amélioré de dépistage et de traitement de la maladie et de l'infection, nos régions du Pacifique, de l'Alberta et du Québec ont cessé l'utilisation systématique du vaccin après avoir consulté des collectivités individuelles. Les régions du Manitoba et de l'Ontario ont amorcé des discussions avec les collectivités sur la pertinence du vaccin et leur intention de le remplacer par un programme de dépistage amélioré.</p> <p>La Stratégie existante d'élimination de la tuberculose sera mise à jour en 2005–2006 conformément aux dernières recommandations des spécialistes de la tuberculose et de la santé publique.</p> <p>Dépenses liées à la tuberculose : 4 774 878 \$</p>
<p>Nombre de programmes sur la qualité de l'eau potable mis en place dans les collectivités des Premières nations et résultats de ces programmes</p> <p>Augmentation de la fréquence des prélèvements d'échantillons d'eau potable et des analyses de la qualité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations</p> <p>Augmentation du nombre de collectivités dotées de trousse de laboratoire portatives pour les analyses</p> <p>Prestation d'une formation aux collectivités des Premières nations afin d'accroître leur capacité de surveillance de la qualité de l'eau potable et de détection des problèmes possibles</p>	<p>Nous avons élaboré des définitions communes et une base de données afin que des données sur le rendement relatif à la qualité de l'eau soient recueillies et mesurées de manière uniforme dans l'avenir pour permettre des évaluations comparatives.</p> <p>Dans le cadre des programmes sur la qualité de l'eau potable que nous offrons au sud du 60° parallèle, 82 agents d'hygiène du milieu ont fourni des rapports d'analyse de données. Au total, 97 111 échantillons prélevés dans les collectivités des Premières nations ont été analysés.</p> <p>Cinq cent trente-trois (533) collectivités ont eu accès à des trousse de laboratoire portatives en 2004–2005. Quatre cent quarante et une (441) de ces collectivités ont utilisé les trousse pour analyser au moins un de leurs réseaux d'adduction d'eau.</p> <p>Le programme communautaire de contrôleur de la qualité de l'eau nous a permis de faciliter le renforcement de la capacité des collectivités des Premières nations de surveiller la qualité de leur eau potable et de détecter les problèmes possibles. En 2004–2005, 492 collectivités avaient à leur service des contrôleurs de la qualité de l'eau communautaires qualifiés.</p> <p>Dépenses liées à l'eau potable : 6 890 700 \$</p>

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé

Le Ministère collabore avec les communautés des Premières nations et des Inuits afin d'améliorer leur qualité de vie et de combler les écarts de santé entre les canadiens autochtones et non-autochtones. L'objectif à long terme consiste à faire des investissements « en amont »—dans les services de santé publique, de prévention et de promotion plutôt que de traitement—et

à favoriser l'égalité d'accès aux services et leur qualité. Au cours de l'année, nous nous sommes engagés à accroître le nombre de professionnels de la santé accrédités, à améliorer les établissements de santé afin de faciliter l'accès des Premières nations et des Inuits aux programmes et aux services de santé, à aider les centres de traitement à obtenir leur agrément et à faire en sorte que les Premières nations et les Inuits aient accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Accroître le nombre de professionnels de la santé des Premières nations et des Inuits œuvrant au sein du système de santé et améliorer la continuité des soins, c'est-à-dire mettre en œuvre le volet de la stratégie sur les ressources humaines en santé (RHS) qui vise les Premières nations et les Inuits</p>	<p>Le volet de la stratégie pancanadienne sur les ressources humaines en santé qui cible les Premières nations et les Inuits a été mis en œuvre.</p> <p>La Fondation nationale des réalisations autochtones a élaboré un module d'éducation axé sur les jeunes Autochtones et intitulé Sensibilisation scolaire aux carrières de la santé, à l'intention des étudiants autochtones des écoles secondaires, afin de les sensibiliser davantage aux carrières de la santé. On a également financé la tenue d'une série de salons des carrières régionaux mettant l'accent sur les carrières de la santé.</p> <p>On a effectué une enquête de référence nationale sur la sensibilisation des jeunes aux carrières de la santé dont les résultats serviront d'information de base aux futures campagnes de marketing social axées sur la sensibilisation et à une évaluation globale de l'initiative sur les carrières de la santé.</p> <p>On a collaboré avec l'Association des facultés de médecine du Canada et l'Association des médecins autochtones du Canada à la recommandation d'améliorations aux programmes d'études des écoles de médecine afin de les rendre plus appropriés sur le plan culturel.</p> <p>On a également entrepris, en collaboration avec l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC), l'élaboration de plans en vue d'établir des compétences de base, des normes et des processus d'agrément pour les représentants paraprofessionnels en santé communautaire.</p> <p>Dépenses liées aux RHS : 4 243 238 \$</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Nombre de postes en soins infirmiers dotés (engagement à créer 123 nouveaux postes en soins infirmiers complets, dont 74 destinés à accroître les effectifs des postes de soins infirmiers) et soutien du perfectionnement professionnel des infirmières et des infirmiers dans les communautés des Premières nations et des Inuits grâce à la mise en œuvre de la Stratégie pour les soins infirmiers</p> <p>Amélioration du recrutement et du maintien en poste des infirmières et des infirmiers, perfectionnement des compétences professionnelles, adoption de pratiques fondées sur des données probantes et amélioration des résultats pour les clients et pour le système</p>	<p>Environ 58 des 123 nouveaux postes en soins infirmiers ciblés par les investissements prévus par la Stratégie pour les soins infirmiers ont été dotés, en comptant ceux prévus dans les ententes de contribution pour les postes de soins infirmiers transférés. Une campagne de recrutement dynamique a permis de recruter un certain nombre d'excellents candidats pour toutes les régions. Des entrevues sont en cours et l'objectif de recrutement établi en fonction des investissements actuels sera atteint d'ici l'automne 2005.</p> <p>Des initiatives de perfectionnement professionnel ont permis à un certain nombre d'infirmières et d'infirmiers d'acquérir les compétences obligatoires de pratique des soins infirmiers en milieu clinique et de suivre d'autres cours d'éducation continue et de formation comme la formation obligatoire sur les compétences cliniques et les compétences en matière de programmes de santé communautaire, l'agrément en sauvetage de vies humaines, l'acquisition des compétences en matière d'immunisation et le perfectionnement des compétences en surveillance médicale.</p> <p>On commence à voir des améliorations sur le plan du recrutement, comme en témoignent le nombre accru de personnes qui posent leur candidature aux nouveaux postes de soins infirmiers et les faibles pourcentages de postes de soins infirmiers à pourvoir, légèrement inférieurs à ceux enregistrés au cours de la période qui a précédé les investissements. Nous prévoyons que les nouveaux investissements donneront lieu entre autres à une utilisation accrue des pratiques fondées sur des données probantes et à une amélioration des résultats pour les clients et pour le système.</p> <p>Dépenses liées à la Stratégie pour les soins infirmiers : 60 366 461 \$</p>
<p>Améliorer les conditions de vie et de travail du personnel infirmier et accroître la capacité du Ministère de recruter et de maintenir en poste des professionnels de la santé qualifiés, c'est-à-dire</p> <p>améliorer les opérations et maintenir des établissements de santé ainsi que des résidences pour le personnel professionnel dans les réserves</p> <p>procéder à d'importants travaux de réparation structurelle ainsi que de remplacement et de rénovation des installations techniques des bâtiments</p> <p>construire neuf établissements de santé</p> <p>construire 16 unités résidentielles</p>	<p>La réparation, la rénovation et le remplacement des systèmes techniques de certains bâtiments ont permis d'améliorer la sécurité et l'efficacité opérationnelle des hôpitaux de Santé Canada et d'autres établissements de santé. Ces projets portaient notamment sur l'amélioration des systèmes d'alimentation en carburant, la réparation des appareils et des systèmes de chauffage et l'installation de systèmes d'éclairage efficaces et de matériel à énergie solaire.</p> <p>Nous avons construit 11 établissements de santé, soit cinq postes sanitaires, quatre centres de santé et deux postes de soins infirmiers. Cela permet aux communautés des Premières nations et des Inuits d'avoir accès aux services de santé dans des établissements de santé modernes et durables.</p> <p>Le Ministère a construit 16 unités résidentielles à l'intention du personnel infirmier dans les collectivités éloignées et isolées.</p> <p>Dépenses liées aux établissements de santé et dépenses en capital : 9 510 584 \$</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>SDMC :</p> <p>Augmentation entre 2003-2004 et 2004-2005 du pourcentage de collectivités fournissant des services de SDMC</p> <p>Travailler avec AINC pour élaborer une approche et un cadre concernant les soins de longue durée et continus dans les communautés des Premières nations et des Inuits</p> <p>Élaborer des options pour donner suite aux accords des premiers ministres sur les soins à domicile destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits</p>	<p>Quatre-vingt-cinq pour cent des communautés des Premières nations et des Inuits ont accès à des services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC), ce qui représente une augmentation de 2 % par rapport à 2003-2004.</p> <p>Santé Canada continue de travailler en partenariat avec AINC, les Premières nations et les Inuits pour élaborer un cadre de prestation des soins de longue durée et des soins continus dans les communautés des Premières nations et des Inuits.</p> <p>On continue d'élaborer des options pour donner suite aux accords des premiers ministres sur les soins à domicile destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits.</p> <p>Dépenses liées aux soins à domicile et en milieu communautaire : 95 248 945 \$</p>
<p>Utilisation efficace des ressources de transport pour raison médicale afin de répondre aux besoins des clients de façon durable, c'est-à-dire mettre en œuvre le Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des soins de santé non assurés (SSNA).</p>	<p>L'objectif du Cadre de travail sur le transport pour raison médicale consiste à établir une infrastructure de politiques permettant de fournir des prestations de transport pour raison médicale qui sont uniformes, accessibles et rentables à l'échelle nationale. La version révisée du Cadre de travail sur le transport pour raison médicale sera prête en juillet 2005.</p>
<p>Améliorer la qualité des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits, c'est-à-dire mettre au point les normes d'agrément des programmes de santé communautaire des Premières nations</p> <p>accréditer neuf autres établissements d'exécution des programmes</p> <p>aider ces programmes à obtenir l'agrément et offrir une formation et un perfectionnement professionnel améliorés au personnel des centres de traitement en établissement et des programmes communautaires</p>	<p>Pour faire en sorte que les normes d'agrément des programmes de santé communautaire soient pertinentes sur le plan culturel, on a soumis plusieurs normes à des essais sur le terrain au sein des collectivités et on les a améliorées au moyen d'éléments culturels et traditionnels. Six nouvelles organisations ont entrepris le processus d'agrément, ce qui porte à plus de 40 le nombre total d'organisations des Premières nations et des Inuits qui ont des centres de traitement des toxicomanies, des centres de santé communautaire, des services de soins à domicile et de petits hôpitaux.</p> <p>Trois autres centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) ont obtenu l'agrément. Au total à ce jour, 18 centres de traitement du PNLAADA et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) ont été agréés, cinq centres ont participé au processus d'agrément et trois centres sont sur le point d'être de nouveau-agréés.</p> <p>À l'heure actuelle, on compte 58 centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ pour l'ensemble du Canada. La formation certifiée offerte par les établissements de formation reconnus a été établie comme procédure normalisée dans le cadre du PNLAADA.</p> <p>Nous avons continué d'appuyer les centres de traitement et les efforts qu'ils déploient pour offrir un éventail de possibilités de formation certifiée à leurs employés.</p> <p>Dépenses liées au PNLAADA : 44 539 914 \$</p> <p>Dépenses liées au PNLASJ : 12 072 244 \$</p>

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Coopérer et collaborer avec les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces, les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits

Le Ministère a travaillé étroitement avec ses principaux partenaires, y compris les Premières nations et les Inuits, les provinces et les territoires, les associations de professionnels de la santé, les organismes non gouvernementaux nationaux et les chercheurs en santé,

afin d'établir de solides partenariats aux échelons national, régional et communautaire. Au cours de l'année, nous avons poursuivi les travaux entrepris en collaboration avec diverses organisations pour mettre en œuvre des initiatives financées dans le cadre du volet autochtone du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (FASSP) comme des programmes de formation des sages-femmes, des projets de services sociaux et de santé et des projets de télésanté et pour améliorer la coordination et l'intégration des programmes fédéraux de DPE pour les Autochtones.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Rendre compte des travaux effectués avec les provinces et les territoires et en collaboration avec les OAN en vue de cerner les priorités communes et les possibilités de mesures collectives, par l'intermédiaire du comité consultatif FPT	<p>Le 13 septembre 2004, à l'occasion d'une rencontre spéciale, les premiers ministres et les dirigeants autochtones se sont entendus pour travailler ensemble afin d'élaborer un plan directeur visant les Autochtones. Ce plan directeur a pour objectif central d'améliorer l'état de santé des Autochtones ainsi que les services de santé au Canada au moyen d'initiatives concrètes. Nous avons continué de travailler avec les provinces, les territoires et les groupes autochtones pour élaborer le Plan directeur sur la santé des Autochtones.</p> <p>En décembre 2004, les sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux se sont réunis et ont approuvé un cadre redditionnel sur la santé des Autochtones qui permet aux groupes autochtones de participer à l'élaboration d'un cadre complet.</p>
Rendre compte du travail continu effectué en collaboration avec diverses organisations en vue de mettre en œuvre des initiatives financées dans le cadre du volet autochtone du FASSP, notamment des programmes de formation des sages-femmes, des projets de services sociaux et de santé et des projets de télésanté	<p>Le Ministère a lancé l'Initiative d'intégration de la santé, qui vise à explorer, à élaborer et à analyser des modèles assurant une meilleure intégration des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits. L'objectif global consiste à améliorer l'accessibilité et la qualité des services, à mieux utiliser la capacité existante, à créer des économies d'échelle, à donner suite aux priorités des collectivités et à produire des solutions satisfaisantes pour les Premières nations et les Inuits et pour les partenaires provinciaux et territoriaux.</p> <p>Nous avons facilité et signé des ententes avec huit communautés des Premières nations afin d'entreprendre des projets d'intégration en partenariat avec leurs autorités régionales et de district respectives ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux.</p> <p>Le Ministère continue d'analyser et de décrire des modèles de soins de santé primaires à l'intention des Premières nations et des Inuits. Ces activités comprennent l'analyse des politiques provinciales et territoriales sur les soins de santé primaires, y compris des modèles d'amélioration de la qualité et des liens avec les systèmes de santé des Premières nations et des Inuits, la tenue de discussions avec les intervenants des Premières nations et des Inuits afin de cerner les options offertes pour l'amélioration de la qualité, l'appui à l'amélioration continue de la qualité au moyen de l'agrément dans le contexte du système de santé des Premières nations, et la coordination en vue d'intégrer l'amélioration de la qualité et la planification de la santé à l'échelon communautaire.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Intégration des programmes fédéraux de DPE en collaboration avec AINC, RHDC et DSC afin d'améliorer la coordination et l'intégration des programmes fédéraux de DPE pour les Autochtones	<p>Santé Canada, RHDC et AINC ont collaboré à l'élaboration d'un plan en vue d'appuyer la planification et la formation conjointes ainsi que le regroupement des programmes de garde d'enfants des Premières nations et des Inuits et du PAPAR.</p> <p>Santé Canada, RHDC et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) ont collaboré pour élaborer la première activité conjointe de formation nationale à l'intention des travailleurs du domaine du DPE, intitulée <i>Growing Together Under One Sky</i>. Cette activité a rassemblé 1 000 participants du PAPAR, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques et des projets de l'Initiative en matière de garde d'enfants chez les Premières nations et les Inuits (IGEPNI) pour mettre en commun les connaissances et les outils afin d'améliorer les programmes et les services communautaires de DPE.</p>
Élaboration de plans de santé communautaire pour accroître la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de répondre aux besoins en matière de santé, d'accroître la responsabilisation et d'assurer l'intégration des services dans la mesure du possible	Sept collectivités ont élaboré des plans de santé communautaire, que nous avons examinés et évalués. Ces collectivités de diverses régions du pays représentent un large éventail de types de collectivités, de populations et de degrés d'éloignement.
<p>Mieux faire connaître les services de santé mentale et de soutien affectif et accroître la participation et l'accès à ces services, c'est-à-dire assurer l'accès au programme de soutien en santé mentale de Résolution des questions des pensionnats indiens Canada (RQPIC) afin de cerner et d'optimiser les services nécessaires pour les demandeurs ayant fréquenté des pensionnats indiens qui cherchent activement à obtenir réparation de la part du Canada devant les tribunaux</p> <p>Travailler en partenariat avec Résolution des questions des pensionnats indiens Canada (RQPIC)</p>	<p>Depuis que le programme a été établi, en 2003, 203 demandeurs ont eu accès à 715 séances de consultation auprès de professionnels de la santé mentale.</p> <p>Le Ministère a établi neuf postes de coordonnateur régional et a continué de fournir un soutien à diverses organisations autochtones ou liées aux Autochtones pour la création de 12 postes régionaux de travailleurs de soutien en santé de première ligne.</p> <p>Nous avons appuyé des activités nationales et régionales de formation du personnel et de mise en commun de l'information. Les efforts déployés en matière de formation étaient axés sur les compétences des clients et leurs rôles dans un système de soutien élargi.</p> <p>Le programme a permis d'appuyer la tenue du dernier Rassemblement national de la Fondation autochtone de guérison en juillet 2004. Cet événement a réuni des milliers d'anciens étudiants des pensionnats ainsi que leurs familles, des professionnels de la santé mentale et des chercheurs en vue de tenir des discussions et de partager l'information au sujet du mouvement de guérison lié aux pensionnats indiens.</p> <p>Dépenses liées aux pensionnats indiens : 1 980 146 \$</p>

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de santé

Santé Canada doit relever divers défis pour harmoniser les besoins opérationnels, les exigences liées à la prestation des services de santé et les technologies de l'information et des communications. En

2004–2005, le Ministère a mis en place les nouveaux systèmes d'information sur les soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) et sur le diabète et a mis à l'essai le Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI) dans deux centres de traitement de la région de l'Atlantique.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Mettre l'accent sur le renouvellement du système de santé, c'est-à-dire</p> <p>mettre en œuvre la vision et le cadre stratégiques de cybersanté</p> <p>mettre en œuvre les nouveaux systèmes d'information sur les soins à domicile et le diabète</p> <p>mettre à l'essai un nouveau système de rapport sur les maladies transmissibles et les immunisations</p> <p>déployer le Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI)</p>	<p>On a mis au point la vision et le cadre stratégiques de cybersanté qui seront approuvés en 2005–2006.</p> <p>Le volet administratif de l'application des SDMC a été déployé avec succès dans 286 collectivités des Premières nations et son utilisation est obligatoire pour la présentation de rapports sur les accords de contribution relatifs aux soins à domicile visant les communautés des Premières nations et des Inuits. Le volet sur le diabète fait présentement l'objet d'un examen.</p> <p>La stratégie de santé publique relative au nouveau système de rapport sur les maladies transmissibles et l'immunisation a été adoptée.</p> <p>On a réussi l'examen technique du SNGITPNI et la mise à l'essai du système a été amorcée dans toutes les régions. Après la phase d'essai, le SNGITPNI sera déployé dans d'autres centres de traitement au cours de l'exercice 2005–2006.</p>
<p>Constitution d'un réseau national de fournisseurs de services de DPE pour les Autochtones</p>	<p>Le Cercle d'apprentissage à la petite enfance autochtone a été établi afin de faciliter l'échange de renseignements sur les pratiques exemplaires, la formation et les compétences professionnelles entre les travailleurs et les professionnels du domaine du DPE. Lancé en novembre 2004, ce réseau en ligne est mis à jour régulièrement afin de mieux répondre aux besoins du public cible.</p>
<p>Continuer de renforcer et de soutenir la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de déterminer, de comprendre et de contrôler l'incidence de l'exposition aux contaminants de l'environnement par le biais d'activités communautaires de recherche, de surveillance et d'analyse en exécutant le Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations (PNCEPN) et le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (PLCN)</p>	<p>Nous avons continué de travailler en partenariat avec l'APN pour administrer et exécuter des projets communautaires de recherche en santé environnementale avec des communautés et des organisations des Premières nations.</p> <p>Nous avons appuyé 10 projets scientifiques au moyen d'un financement cumulatif de 1,3 million de dollars.</p>

PRIORITÉ 5 : EN COURS

Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits

Le Ministère s'est engagé à appliquer les principes de diligence raisonnable et de reddition de comptes à la population en mettant en place des outils et des mécanismes pour mesurer les progrès et rendre compte des résultats. Cela comprend l'établissement d'exemples de réussite clairs et la mise en œuvre de modèles de responsabilisation efficaces pour les programmes et les services de santé des Premières nations et des Inuits. La reddition de comptes et la responsabilité sont partagées entre de multiples gouvernements, entre les

gouvernements fédéral et provinciaux et les communautés des Premières nations et des Inuits. Santé Canada attribue la responsabilité de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur ainsi qu'aux pratiques comptables normalisées applicables à l'utilisation des fonds publics de même que la responsabilité relative au rendement et à la présentation de rapports sur les résultats. Nous avons élaboré de nouveaux outils de gestion des marchés, mis à jour les formulaires d'accord de financement pour les Premières nations et les Inuits, rationalisé les exigences et réduit le chevauchement en matière de rapports visant les Premières nations et les Inuits et renforcé la capacité de gestion et d'administration des bénéficiaires des accords de contribution visant les Premières nations et les Inuits.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mise en œuvre d'un plan de gestion des marchés afin de fournir une orientation sur les procédures de passation de marché	Des outils de gestion des marchés ont été élaborés, notamment une description du processus de passation de marché, un guide et des fiches de renseignements.
Rendre compte du processus de mise à jour annuelle des accords afin de perfectionner les accords de financement visant les Premières nations et les Inuits	Les résultats de la deuxième phase de la rationalisation des exigences en matière de rapports visant les Premières nations et les Inuits ont été intégrés aux formulaires d'accords de 2005–2006. Des modifications ont été apportées pour clarifier et rationaliser les dispositions relatives aux immobilisations et aux biens mobiliers.
Renforcer la capacité de gestion et d'administration des accords de financement mettre en œuvre la Stratégie de renforcement des capacités	Nous avons amorcé la préparation d'un manuel sur les accords de contribution et d'une trousse d'outils connexe à l'intention des bénéficiaires des accords de contribution visant les Premières nations et les Inuits afin de renforcer leur capacité de gestion et d'administration.
Renforcer la fonction d'évaluation au sein des programmes et des services des Premières nations et des Inuits, c'est à dire évaluer la Politique de transfert des services de santé et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) rendre compte de l'évaluation entreprise pour la Stratégie de DPE, les SDMC et le PNLAADA	L'évaluation de la Politique de transfert des services de santé a révélé que dans l'ensemble, cette politique a donné des résultats satisfaisants. L'évaluation révèle que les organisations des Premières nations et des Inuits ont grandement bénéficié de la politique, que la souplesse des services s'est accrue, que les programmes obligatoires sont exécutés et que la responsabilisation du chef et du conseil à l'égard des questions de santé s'est améliorée par rapport à la période précédant le transfert. L'évaluation a également permis de constater que plusieurs problèmes systémiques comme la durabilité, le cloisonnement de même que la capacité et la charge redditionnelles ont une incidence sur la réussite de la politique de transfert, même s'ils n'y sont pas directement reliés. D'après les conclusions de l'évaluation, le Ministère examinera l'autorisation de transfert en 2005–2006 et terminera l'examen du cadre de transfert en 2006–2007, pour une mise en œuvre en 2007–2008.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>Les conclusions préliminaires de l'évaluation de l'IDA ont révélé que plus de 85 % des collectivités ont accès à des programmes de lutte contre le diabète. Parmi les facteurs qui ont contribué à la réussite de l'IDA, mentionnons la participation des Premières nations, des Inuits, des Métis et d'autres partenaires autochtones aux premières étapes, la tenue de consultations nationales, régionales et locales approfondies et l'établissement de comités directeurs, de sous-comités et d'organismes consultatifs pertinents. L'évaluation a également révélé que l'utilisation de renseignements adaptés à la culture et d'approches holistiques, dans l'établissement des programmes, a permis d'atteindre le public cible de l'IDA et que les ressources affectées au renforcement de la capacité, à l'extérieur des réserves et dans les réserves, favorisent l'exécution d'activités de prévention et de promotion efficaces. On a également cerné des problèmes comme l'observation des traitements par les patients et l'éloignement des collectivités.</p> <p>La première phase de la Stratégie de DPE a été examinée et les résultats éclairent les efforts que le gouvernement fédéral déploie pour élaborer une approche complète de « guichet unique » en vue d'améliorer l'intégration, la coordination, la responsabilisation et les rapports concernant les programmes fédéraux de DPE pour les Autochtones. Également dans le cadre de la Stratégie de DPE, des travaux ont été effectués en 2004–2005 en collaboration avec divers intervenants pour mettre au point le contenu de l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA). L'EEA, qui se déroulera à l'automne 2006, fournira des données sur les enfants autochtones de moins de six ans. Ces données sont importantes pour les Autochtones, les gouvernements et les autres parties intéressées.</p> <p>Le PNLAADA a jeté les bases de l'évaluation de l'ensemble du programme, qui doit avoir lieu en 2005–2006. La première phase de ce travail comprenait un examen exhaustif de la documentation, qui servira de fondement à un cadre d'évaluation des toxicomanies. Cet examen appuiera également l'élaboration d'une stratégie à long terme sur les toxicomanies fondée sur des données probantes qui entraînera l'exécution de plusieurs activités de recherche au fil du temps.</p>
Rapport sur la rationalisation des exigences redditionnelles visant les Premières nations et les Inuits	Nous avons regroupé les calendriers de production de rapports afin de rationaliser le processus et de réduire le chevauchement, ce qui a entraîné une réduction du nombre d'éléments de données à déclarer. Les résultats ont été intégrés aux calendriers de production des rapports sur les accords de contribution de 2005–2006.

Résultat stratégique :

Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens

Résultats pertinents dans « Le rendement du Canada » : Des Canadiens en meilleure santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Santé Canada contribue à maintenir et à améliorer l'état de santé des Canadiens en évaluant et en surveillant l'innocuité, la qualité et l'efficacité des médicaments, des vaccins, des matériels médicaux, des produits de santé naturels et des autres produits thérapeutiques ainsi que la salubrité et la qualité des aliments à la disposition des Canadiens. Notre mandat législatif englobe aussi l'évaluation et la surveillance de l'innocuité, de la qualité et de l'efficacité des médicaments vétérinaires vendus au Canada ainsi que de la salubrité des aliments provenant d'animaux traités avec ces médicaments. Santé Canada fournit aussi des renseignements en matière de santé faisant autorité et cherche à promouvoir des conditions qui permettent aux Canadiens de faire des choix sains et de prendre des décisions éclairées relativement aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition⁵.

Renseignements financiers

2004-2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	224,1	238,8	218,7
Revenus prévus	(40,7)	(40,7)	(34,7)
Dépenses nettes	183,4	198,1	184,0*
ETP	1 953	1 971	1 849

* Représente 42,1 % des dépenses réelles du secteur d'activités Promotion et protection de la santé (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).

⁵ <http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/>

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement supplémentaire pour l'ESB dans les secteurs de l'évaluation des risques et de la recherche ciblée
- financement supplémentaire pour la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT)
- transferts à d'autres ministères pour la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie

Les dépenses réelles sont inférieures de 14 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- report de fonds de la SAPT pour répondre aux besoins des années ultérieures comme l'Initiative sur l'innocuité des produits thérapeutiques
- rajustements de fin d'exercice et dépenses moins élevées qu'elles n'avaient été prévues dans divers programmes

Résultats intermédiaires

- Résultats positifs en matière de santé grâce à des produits de santé sûrs et efficaces et à des aliments salubres et nutritifs
- Contribution des scientifiques, des professionnels de la santé et de l'industrie du Canada à l'innovation en matière de santé et de santé publique
- Confiance du public dans l'innocuité des produits de santé, la salubrité des aliments et le système de réglementation

Résultats immédiats

- Accroissement de la rapidité, de la transparence et de la prévisibilité du processus de réglementation
- Collaboration internationale et coopération nationale accrues
- Meilleur partage de l'information avec les principaux partenaires ou intervenants dans le domaine de la science et de l'innovation en santé
- Sensibilisation accrue des Canadiens aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition et prise de décisions plus éclairées par les Canadiens
- Participation accrue du public à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques, des décisions réglementaires et des programmes relatifs aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition
- Conformité de l'industrie aux règlements et aux normes de sécurité

Priorités

- Transformer notre efficacité, notre efficacité et notre capacité d'intervention à titre d'organe de réglementation
- Fournir de l'information faisant autorité pour aider les Canadiens à faire des choix judicieux et à prendre des décisions éclairées
- Accroître la sensibilité aux questions de santé publique et la vigilance en matière de sécurité et d'efficacité thérapeutique dans le monde réel
- Améliorer la transparence, l'ouverture et la reddition de comptes afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

Programmes	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Lien avec les résultats
Évaluation réglementaire avant la mise en marché et amélioration du processus	86,7	Effectuer un examen réglementaire avant la mise en marché des médicaments pour usage humain ou vétérinaire, des produits biologiques, des thérapies génétiques, des matériels médicaux, des produits de santé naturels et des aliments. Grâce à la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, continuer d'améliorer la rapidité, la transparence et la prévisibilité de ses examens avant la mise en marché des produits thérapeutiques pour usage humain en les comparant aux pratiques internationales de pointe, tout en maintenant les normes élevées d'innocuité et de salubrité de Santé Canada.
Information, éducation et sensibilisation concernant les produits de santé, les aliments et la nutrition	5,9	Favoriser les décisions éclairées et les choix judicieux chez les consommateurs, les patients et les professionnels de la santé grâce à une vaste gamme d'activités liées aux produits de santé et aux aliments, y compris par des politiques et des normes de nutrition comme le <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i> .
Surveillance de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique et gestion des risques	82,9	Améliorer la surveillance après la mise en marché de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique en faisant preuve d'une plus grande vigilance à l'égard des questions liées à l'innocuité et à l'efficacité des produits thérapeutiques après leur commercialisation et en recueillant de l'information sur les réactions indésirables aux produits de santé au Canada. Cerner et évaluer les risques pour la santé et la sécurité et signaler tout problème au public et exécuter des activités de vérification de la conformité pour s'assurer que les produits de santé disponibles au Canada satisfont aux normes canadiennes et aux normes internationales d'innocuité, de qualité et d'efficacité.
Transparence, reddition de comptes au public et relations avec les intervenants	8,5	Renforcer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation grâce à l'augmentation du nombre d'activités visant à assurer la participation du public et à l'amélioration des plans et rapports annuels.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Résumé

Les Canadiens se déclarent toujours très satisfaits de l'innocuité des produits de santé et de la salubrité des aliments qu'ils consomment. En qualité d'organisme fédéral responsable de la réglementation des produits de santé et des aliments, Santé Canada évalue et surveille l'innocuité, la qualité et l'efficacité de milliers de médicaments (pour usage humain et vétérinaire), de vaccins, de sang et de produits du sang, de thérapies biologiques et génétiques, de matériels médicaux et de produits de santé naturels, ainsi que la salubrité des aliments que les Canadiens consomment. L'un des éléments clés de nos fonctions consiste à fournir des renseignements utiles sur les risques et les avantages liés aux produits de santé et aux aliments afin que les Canadiens soient en mesure de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être.

Nos responsabilités continues en matière de réglementation portent sur l'ensemble du cycle de vie des produits de santé et des aliments—des essais cliniques à la surveillance, en passant par la conformité et l'application des règlements. Nos fonctions ont une portée considérable et visent au-delà de 22 000 médicaments pour usage humain et 40 000 matériels médicaux accessibles sur le marché canadien. De plus, nous faisons face à des défis liés à la rapidité du progrès technologique et des percées scientifiques. Nous relevons ces défis en faisant appel à des principes scientifiques objectifs et à une gestion efficace des risques pour prendre des décisions fondées sur des données probantes, afin de favoriser l'innocuité des produits de santé et la salubrité des aliments offerts aux Canadiens.

Notre Ministère a poursuivi la mise en œuvre de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT), qui a entraîné une amélioration considérable de la rapidité et de l'efficacité de notre processus d'examen des produits thérapeutiques.

Nous avons également poursuivi l'élaboration d'un cadre de coopération internationale en matière de réglementation, afin d'établir des liens plus solides et une collaboration plus étroite dans ce milieu touché par une mondialisation croissante. Cette stratégie tournée vers l'avenir accroîtra l'efficacité et l'efficacité des activités

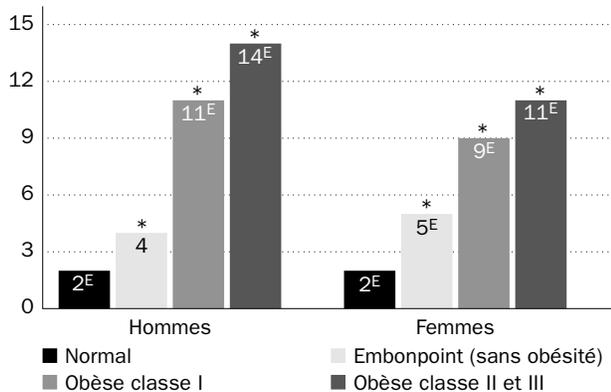
internationales qui nous permettent de suivre le rythme de la mondialisation, des tendances en matière de santé publique et du changement technologique. Dès lors, cette amélioration éclairera et renforcera nos mesures réglementaires nationales.

Le cadre national de politique alimentaire (CNPA) constitue une autre initiative importante que nous avons mise en œuvre de concert avec Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et d'autres intervenants. Cette initiative fédérale-provinciale-territoriale visait à assurer une collaboration et une coopération intergouvernementales plus efficaces en ce qui concerne les questions d'alimentation stratégiques et prioritaires. Elle facilitera également la mise en œuvre au niveau des programmes dans l'ensemble des secteurs de compétence et des portefeuilles ayant des responsabilités liées aux aliments. En fin de compte, cette initiative devrait nous permettre d'améliorer la gestion du système alimentaire du Canada, de renforcer la salubrité des aliments, d'accroître la contribution du système canadien d'alimentation à de saines habitudes alimentaires et d'appuyer un secteur de l'alimentation novateur, durable et prospère, de même que la protection et la promotion des intérêts des consommateurs.

Les Canadiens, les professionnels de la santé et les éducateurs sont de plus en plus avisés et compétents en gestion de la santé et cherchent à être plus informés pour prendre des décisions et faire des choix sains. Il est donc essentiel que les recommandations nutritionnelles de Santé Canada soient à jour et qu'elles tiennent compte des connaissances scientifiques courantes et de l'évolution du milieu de l'alimentation. La révision du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, qui s'est poursuivie au cours de l'exercice 2004–2005, permettra au Ministère de continuer de fournir des renseignements favorisant l'adoption d'habitudes alimentaires qui comblent les besoins nutritionnels, contribuent à la santé et réduisent les risques de maladies chroniques liées à la nutrition. L'obésité, plus prévalente au Canada depuis les 25 dernières années, est un important facteur qui rend les personnes plus susceptibles de développer des maladies telles que le diabète de type 2⁶.

⁶ <http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/82-620-MIF2005001.htm>

Prévalence du diabète, selon la catégorie d'IMC et le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004 (%)



Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie « Normal » ($p < 0,05$)

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

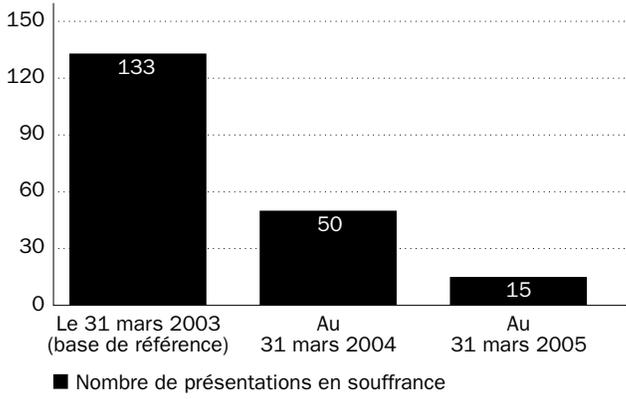
Les Canadiens veulent que leurs gouvernements soient attentifs, ouverts, transparents et responsables. À cette fin, nous avons élaboré et mis en œuvre des mécanismes efficaces pour nous assurer que les Canadiens et les intervenants sont correctement informés, que leurs points de vue sont entendus et que les gouvernements sont tenus responsables de la manière dont l'expertise et l'avis du public sont utilisés.

En 2004–2005, ces initiatives et d'autres mesures faisaient collectivement partie de quatre priorités axées sur l'innocuité des produits de santé et la salubrité des aliments à l'intention des Canadiens.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Transformer notre efficacité, notre efficacité et notre capacité d'intervention à titre d'organe de réglementation

Le Canada, comme les autres principaux pays industrialisés, est confronté à des défis et des possibilités liés à l'évolution rapide de la technologie et des sciences. Les Canadiens s'attendent à avoir accès à des produits thérapeutiques novateurs et à des aliments salubres au moment opportun. Pour ces raisons, d'énormes pressions sont exercées pour que notre système de réglementation et nos ressources scientifiques tiennent le rythme afin que les Canadiens aient confiance dans nos normes élevées de salubrité et que l'industrie bénéficie d'un milieu de réglementation comparable à celui des pays étrangers. L'utilisation efficace des ressources et des connaissances d'autres organismes et gouvernements favorise des décisions plus éclairées, uniformes et opportunes. Elle peut également entraîner l'élaboration de normes et de pratiques conjointes, promouvoir l'innovation technologique et en fin de compte permettre un meilleur accès des Canadiens aux produits et méthodes thérapeutiques les plus récents. Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons réalisé de nets progrès en matière d'efficacité, d'efficacité et de réceptivité réglementaires, comme l'atteste notre rendement au regard de nos engagements.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats								
<p>Atteindre 90 % des objectifs de rendement visant l'examen des présentations de nouveaux médicaments en 2005–2006 pour les produits pharmaceutiques et en 2006–2007 pour les produits biologiques et les thérapies génétiques, y compris l'élimination des arriérés de présentations¹. Santé Canada atteindra cet objectif sans compromettre la sécurité publique en restructurant ses processus d'examen, en augmentant sa capacité scientifique et en appliquant la gestion de projet et d'autres systèmes qualité aux processus d'examen. Le Ministère appliquera également ces systèmes aux présentations de médicaments génériques et à usage vétérinaire et aux nouveaux aliments</p>	<p>De nouveaux investissements, par le biais de la SAPT, ont permis de réduire de 89 % l'arriéré de présentations de drogues nouvelles d'avril 2003 à mars 2005. Dans le secteur des produits biologiques, l'arriéré des présentations de drogues nouvelles a diminué de 7 % au cours de la même période. En 2004, 25 % des décisions réglementaires touchant des présentations de drogues nouvelles ont été prises dans les délais prescrits, soit près du double du pourcentage de 2003—13 %.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/index_f.html</p> <p>Progrès réalisés dans la réduction de l'arriéré des présentations de drogues nouvelles</p>  <table border="1"> <caption>Progrès réalisés dans la réduction de l'arriéré des présentations de drogues nouvelles</caption> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Nombre de présentations en souffrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Le 31 mars 2003 (base de référence)</td> <td>133</td> </tr> <tr> <td>Au 31 mars 2004</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>Au 31 mars 2005</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> <p>■ Nombre de présentations en souffrance</p> <p>Nous continuons à mettre en place des outils de gestion et d'amélioration pour atteindre les objectifs de rendement.</p> <p>De plus, nous avons dépassé notre objectif de rendement de 90 % pour l'examen des présentations de médicaments à usage vétérinaire datant de plus de 18 mois au 1^{er} avril 2004, conformément à notre engagement pris dans le RPP de 2004 à appliquer des moyens et des méthodes pour les présentations non financées par la SAPT.</p> <p>Nous élaborons actuellement des systèmes de qualité pour l'examen des aliments nouveaux. Ce faisant, nous améliorons la transparence en affichant des données sur Internet et en faisant participer des experts externes aux décisions touchant les aliments.</p>	Date	Nombre de présentations en souffrance	Le 31 mars 2003 (base de référence)	133	Au 31 mars 2004	50	Au 31 mars 2005	15
Date	Nombre de présentations en souffrance								
Le 31 mars 2003 (base de référence)	133								
Au 31 mars 2004	50								
Au 31 mars 2005	15								
<p>Mettre en œuvre des stratégies qui appuient les engagements pris préalablement auprès de l'industrie, des groupes de patients ou de consommateurs et d'autres intervenants du développement des médicaments</p>	<p>Les mesures prises comportaient l'augmentation de la représentation aux réunions avec les intervenants de l'industrie portant sur les demandes d'essais cliniques préalables, grâce à l'intégration d'examineurs scientifiques des secteurs clinique, chimique et manufacturier.</p>								

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Mettre en œuvre de bonnes pratiques d'orientation en vue d'aider l'industrie à améliorer la qualité des présentations et de bonnes pratiques d'examen pour assurer des examens de qualité élevée</p>	<p>Au chapitre des bonnes pratiques d'examen, nous avons harmonisé les nouveaux formulaires d'examen et les procédures opérationnelles normalisées afin de pouvoir recevoir les présentations dans le format Common Technical Document (CTD) de la Conférence internationale sur l'harmonisation. Plusieurs pays, dont le Canada, les États-Unis, les pays d'Europe, le Japon et l'Australie, utilisent ce format. L'utilisation d'un format international commun facilite le dépôt simultané des présentations dans divers pays, ce qui contribue à réduire le fardeau réglementaire imposé aux fabricants.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/applic-demande/guides/qualit/prod/index_f.html</p> <p>Nous élaborons un cadre de bonnes pratiques d'orientation, afin d'appuyer le dépôt de présentations de qualité supérieure par l'industrie. Un processus et des procédures opérationnelles normalisées ont été définis pour la rédaction des documents d'orientation et ils font actuellement l'objet d'un examen.</p> <p>Nous avons effectué une évaluation des besoins en orientation au cours de l'été 2004 par le biais de consultations internes et externes.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/consultation/ggp_grp_notice_bpld_bpe_avis_f.html</p>
<p>Continuer d'appuyer la recherche scientifique dans divers domaines liés aux nouvelles technologies, comme les thérapies génétiques et les systèmes de délivrance des nouveaux médicaments, en vue de mieux guider l'industrie relativement aux exigences réglementaires et d'étayer l'examen des pratiques</p>	<p>Nous avons mené des recherches sur les thérapies génétiques visant à réduire les caillots de sang et sur les systèmes de délivrance de nouveaux médicaments. Les documents scientifiques faisant état des résultats de nos recherches ont été publiés dans des publications scientifiques internationales examinées par les pairs, comme <i>Biochem Cell Biology</i> et <i>Biochemical and Biophysical Research Communications</i>.</p>
<p>Élaborer un cadre de gérance de la biotechnologie afin de faciliter la mise en place responsable des nouvelles découvertes au moyen de mécanismes de réglementation nouveaux et appropriés et évaluer l'établissement d'un code de pratique applicable à tous les intervenants qui entreprennent des activités de politique, de réglementation et de recherche</p>	<p>Le Ministère a reçu 360 000 \$ du Fonds de la Stratégie canadienne de la biotechnologie pour appuyer l'élaboration d'un cadre et mener des recherches relativement à un code de pratique canadien en matière de biotechnologie. En 2004–2005, nous avons effectué une consultation fédérale sur une ébauche de cadre.</p> <p>Nous avons proposé un code de pratique pour la mise en œuvre du cadre visant à appuyer les activités de politique, de réglementation et de recherche. Un atelier gouvernemental initial a eu lieu dans le but d'examiner la portée et l'orientation du code. L'initiative devrait prendre fin d'ici 2007.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Mettre en œuvre un nouveau protocole d'entente (PE) avec la <i>U.S. Food and Drug Administration</i> en vue d'appuyer un processus plus efficace d'évaluation des produits thérapeutiques qui permet au public d'accéder plus rapidement aux nouvelles thérapies importantes et de détecter plus rapidement les risques associés aux produits de santé commercialisés</p>	<p>Le Ministère a retenu plusieurs priorités mentionnées dans le plan de mise en œuvre du PE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • effectuer une comparaison rétrospective entre le Canada et les É.-U. en ce qui concerne l'examen des présentations de médicaments; • exécuter un projet pilote sur le partage des dossiers d'examen; • se tenir mutuellement au courant des essais cliniques réalisés dans chaque pays; • partager les renseignements touchant l'innocuité des médicaments, y compris les mises en garde publiques sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) inhibiteurs sélectifs de la COX-2; ces médicaments sont utilisés pour contrôler la douleur et l'inflammation associées aux maladies rhumatismales et à d'autres affections moins graves.
<p>Exécuter, avec la <i>Therapeutic Goods Administration (TGA)</i> australienne, un projet pilote sur l'examen conjoint des présentations de produits qui permet au Ministère d'échanger l'information tout en maintenant ses normes élevées d'efficacité, de qualité et de sécurité</p>	<p>En avril 2004, nous avons signé un PE avec la TGA sur le partage de renseignements généraux en vue de faciliter l'échange de logiciels conçus pour réduire le nombre d'erreurs médicales et d'engager des discussions sur l'élaboration d'un processus conjoint d'examen des présentations de produits. Le projet pourrait servir de modèle pour une collaboration entre les deux organisations relativement à la réglementation des médicaments à risque élevé.</p> <p>En outre, nous avons signé un PE élargi avec Food Standards Australia/New Zealand afin de collaborer sur des questions d'intérêt mutuel, y compris l'évaluation des aliments nouveaux, l'évaluation quantitative du risque microbien et les allégations thérapeutiques concernant les aliments et l'enrichissement des aliments.</p>
<p>Élaborer une stratégie internationale de coopération en matière de réglementation afin d'établir une approche à long terme de la collaboration internationale dans des domaines comme les aliments, la nutrition et les produits de santé</p>	<p>Nous avons consulté d'autres ministères et organismes (p. ex. le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et le Bureau du Conseil privé) et d'autres intervenants en politiques (p. ex. le Policy Research Institute) dans l'élaboration d'un cadre qui sera publié à l'automne 2005. Cet outil nous permettra de mener des activités internationales selon une approche plus stratégique et davantage axée sur les résultats à l'appui de la SAPT.</p>
<p>Mettre en œuvre un système de gestion de l'information de laboratoire (SGIL) pour appuyer les activités liées aux produits biologiques et aux thérapies génétiques afin de faire accréditer nos laboratoires conformément aux normes de qualité internationales</p>	<p>Nous avons effectué des essais en laboratoire aux fins d'établissement d'un SGIL et inventorié les données relatives aux produits biologiques pouvant présenter un risque élevé.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Continuer de travailler avec le Japon, l'Union européenne et les États-Unis afin de réduire les essais en double sur les nouveaux médicaments, entre autres collaborer avec le <i>National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC)</i> du Royaume-Uni en vue d'améliorer l'échange d'information sur la recherche et sur les méthodes d'essai	<p>Afin de réduire le double emploi, nous avons continué de participer à des groupes d'experts de la CIH (Conférence internationale sur l'harmonisation), particulièrement en ce qui a trait à la qualité des produits biologiques pour lesquelles d'importantes lignes directrices seront bientôt affichées sur notre site Internet. Nous avons également siégé dans des groupes de travail du Ministère sur la CIH, entre autres dans le groupe traitant de l'« après-commercialisation » et dans un nouveau groupe. Ces travaux auront une incidence directe sur les bases de données relatives aux médicaments, sur l'échange de renseignements touchant les médicaments et sur l'innocuité des médicaments.</p> <p>Nous avons engagé des discussions avec le NIBSC au sujet d'un PE prévoyant le transfert de certaines techniques et méthodes d'essai pour les nouveaux médicaments. Toutefois, le PE n'a pu être mis au point, en raison de divers facteurs dont la restructuration du NIBSC et certaines priorités comme l'examen par les pairs à Santé Canada. Nous nous efforcerons de le mettre au point d'ici la fin de 2005–2006.</p>
Mettre en œuvre un système d'examen électronique pour moderniser notre approche à l'égard des présentations de produits de santé et améliorer l'accessibilité de l'information durant le processus d'examen et tout au long du cycle de vie des produits	<p>Le projet d'examen électronique est une initiative pluriannuelle qui a pour but d'établir un système électronique entièrement automatisé afin de faciliter la présentation et l'examen des médicaments et des produits thérapeutiques et de nous maintenir au niveau des principaux organismes de réglementation, de la Conférence internationale sur l'harmonisation (CIH), de l'industrie pharmaceutique et des associations de services de santé. Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons déployé le système de suivi et commencé à mettre à l'essai le Système de gestion de l'information sur les dossiers et les documents.</p> <p>De plus, nous avons poursuivi l'élaboration du nouveau système de distribution de médicaments vétérinaires d'urgence. Environ 15 000 dossiers, dont certains dataient de 1980, ont été transférés avec succès du système actuel au nouveau système.</p>
Élaborer un nouveau cadre de réglementation afin de mettre en place les normes les plus rigoureuses de la CIH pour les pratiques de fabrication de médicaments, afin de renforcer la surveillance réglementaire de la qualité des ingrédients pharmaceutiques actifs que contiennent les médicaments utilisés par les Canadiens	<p>Dans le cadre de notre engagement soutenu à élaborer, à adopter et à mettre en œuvre des normes techniques internationales pour la création, l'homologation et le contrôle des produits pharmaceutiques, nous avons continué de participer activement aux travaux de la CIH. En outre, nous avons publié un certain nombre de documents d'orientation, aux fins de consultations de l'industrie en 2004–2005.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html</p>
Commencer à mettre en œuvre le Règlement sur les produits de santé naturels (PSN) présenté en janvier 2004	<p>Nous avons consacré plus de 10 millions de dollars à la mise en œuvre d'un cadre devant permettre aux Canadiens d'avoir accès à des PSN sûrs, efficaces et de haute qualité, tout en protégeant la liberté de choix et la diversité philosophique et culturelle. Grâce aux renseignements supplémentaires inscrits sur les étiquettes des PSN, les consommateurs seront davantage en mesure de prendre des décisions éclairées. De plus, le fait que les produits soient assujettis à un examen réglementaire accroîtra la confiance des consommateurs dans l'innocuité et l'efficacité des PSN et les convaincra que les allégations relatives à la santé sont fondées sur des données probantes.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre une nouvelle ligne directrice qui établira les attentes réglementaires pour l'inclusion d'enfants dans les essais cliniques sur les produits thérapeutiques	<p>Le nombre de médicaments étiquetés pour un usage pédiatrique est limité. Le Ministère élabore donc de nouvelles lignes directrices afin d'inciter les fabricants à joindre à leurs présentations des renseignements sur la posologie pédiatrique, lorsque ce type d'étiquetage existe dans d'autres pays. En 2004–2005, nous avons commencé à recevoir des données d'étiquetage pédiatriques. Cette initiative permettra d'accroître la sécurité et l'efficacité grâce à un étiquetage donnant plus d'information sur l'utilisation du médicament auprès des enfants.</p> <p>De plus, des projets de modification au Règlement sur les aliments et drogues ont été publiés dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i>. Les modifications proposées contiennent une disposition qui accorde une prolongation de la période de protection des données aux fabricants qui effectuent des études cliniques pédiatriques ou qui peuvent fournir des données provenant d'études pédiatriques menées ailleurs par eux-mêmes.</p>

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Donner des informations faisant autorité pour que les Canadiens et les Canadiennes fassent des choix sains et prennent des décisions éclairées

Les Canadiens continuent de rechercher activement des renseignements fiables et fondés sur des données probantes, afin de faire des choix sains en matière de santé. L'information nutritionnelle peut contribuer de manière positive à la protection et à la promotion de la santé. En conséquence, en 2004–2005, nous avons accru nos efforts visant à fournir des renseignements fondés et à jour sur les aliments, la nutrition et les produits de santé, notamment en distribuant deux millions d'exemplaires du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (GACMS). La page Web du GACMS a enregistré une augmentation du nombre de visites de 15 %, devenant la page la plus consultée du site Internet de Santé Canada⁷.

Les Canadiens comptent parmi les plus grands consommateurs d'acides gras trans au monde. Or, selon les données scientifiques, les gras trans accroissent le risque de maladie du cœur. Afin d'aider le public à réduire

sa consommation de gras trans, nous avons annoncé l'étiquetage obligatoire des gras trans contenus dans les produits alimentaires à compter du 1^{er} janvier 2003 et sommes ainsi devenus le premier pays à prendre ce type de mesure. Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons maintenu notre engagement à mettre en place un nouveau règlement sur l'étiquetage nutritionnel exigeant que les gras trans figurent sur les étiquettes de la plupart des aliments préemballés, d'ici le 12 décembre 2005. Des tableaux de valeur nutritive ont déjà commencé à apparaître sur les étiquettes de produits alimentaires et ils seront obligatoires à compter de décembre 2005. De plus, en 2004–2005, nous avons consacré 300 000 \$ à l'établissement d'un groupe d'étude multipartite chargé d'examiner et de recommander des moyens de réduire sensiblement la quantité de gras trans dans l'alimentation des Canadiens et de faciliter des choix alimentaires sains⁸.

Plus de 70 % des Canadiens considèrent, compte tenu de ces initiatives et d'autres efforts, que le Ministère a accompli un travail allant de satisfaisant à excellent en élaborant le GACMS et 67 % jugent qu'il incite la population à adopter un mode de vie sain⁹.

⁷ http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_f.html

⁸ http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/index_f.html

⁹ Rapport à Santé Canada : enquête sur le rendement annuel de 2005, The Strategic Counsel, mars 2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Examiner les lignes directrices en matière d'alimentation, y compris le <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i>, afin de s'assurer qu'elles continuent de promouvoir des habitudes d'alimentation qui répondent aux besoins nutritifs, favorisent la santé et réduisent les risques de maladie chronique d'origine alimentaire. L'examen permettra de s'assurer que ces lignes directrices tiennent compte des données probantes les plus récentes sur le lien entre l'alimentation et la santé et qu'elles offrent une information faisant autorité pour aider les Canadiens à faire des choix alimentaires sains</p>	<p>Nous avons effectué des recherches afin de trouver des moyens de rendre nos recommandations nutritionnelles, y compris le GACMS, plus généralement applicables et plus attrayantes pour les Canadiens. Nous avons appliqué des modèles en matière d'alimentation pour orienter l'intégration des quantités et des types de groupes d'aliments au GACMS.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/revision/index_f.html</p> <p>Nous avons émis deux nouvelles recommandations sur l'alimentation du nourrisson et distribué aux professionnels de la santé quelque 40 000 documents d'information, sous forme de documents imprimés, de documents Web ou d'encarts dans les publications spécialisées.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/infant_feeding_f.html</p>
<p>Continuer de sensibiliser les Canadiens aux exigences d'étiquetage nutritionnel entrées en vigueur en 2003 et à la façon d'utiliser les étiquettes pour faire des choix alimentaires sains</p>	<p>Un nouveau règlement, publié le 1^{er} janvier 2003, a rendu l'étiquetage nutritionnel obligatoire pour la plupart des aliments. Nous avons diffusé plus de 300 000 exemplaires de la fiche détachable sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des consommateurs et plus de 30 000 affiches, ainsi que des ressources documentaires ciblant les Premières nations et les Inuits. De plus, nous avons rédigé une série d'articles pour les médias.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/index_f.html</p> <p>http://www.phac-aspc.gc.ca/guide/</p>
<p>Rendre accessibles au public des documents qui exposent les raisons scientifiques et axées sur le risque sur lesquelles se fondent nos décisions concernant les produits de santé, les aliments et la nutrition</p>	<p>Le sommaire des motifs de décision (SMD) expose les motifs justifiant l'octroi d'une autorisation de mise en marché reposant sur des données scientifiques probantes et sur un examen des risques et des avantages. En mai 2004, dans le cadre d'un projet pilote, nous avons publié des renseignements sur la manière dont nous avons décidé d'autoriser la mise en marché de deux nouveaux médicaments et d'un matériel médical. En juin 2004, nous avons consulté les intervenants sur l'ensemble de l'initiative. La première étape du projet des SMD, lancée en janvier 2005, a consisté à élaborer les SMD, à les publier et à les afficher sur le site Web.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html</p> <p>Nous avons aussi publié quatre numéros du Bulletin canadien des effets indésirables. Le Bulletin a rejoint 64 000 médecins canadiens, de même que 1 300 médecins des États-Unis et 404 médecins d'autres pays. De plus, 28 000 copies ont été postées à des pharmaciens et à d'autres parties intéressées. Le Bulletin a été affiché sur notre site Web et transmis à 10 000 abonnés par l'intermédiaire de la liste électronique d'envoi d'information sur les produits de santé.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>Nous avons intensifié la campagne de sensibilisation de Santé Canada en distribuant des macarons aimantés portant des messages relatifs à la salubrité des aliments pour consommateurs potentiellement vulnérables, dont les étudiants universitaires qui vivent loin de leur famille et, dans certains cas, s'initient à la cuisine. En outre, nous avons continué de promouvoir les messages de base de la campagne de réduction des risques d'origine alimentaire « À bas les bactéries! ». Une annonce télévisée de 2002, contenant ces messages et décrivant les techniques de cuisson appropriées, a été rediffusée en 2004.</p> <p>http://www.canfightbac.org/francais/indexf.shtml</p>
<p>À compter de 2004, améliorer les exigences des monographies de produits pour les médicaments; entre autres, ajouter une nouvelle section sur l'information aux consommateurs</p>	<p>Les travaux ont été achevés et un compte rendu diffusé dans le Rapport sur le rendement ministériel de Santé Canada pour la période se terminant le 31 mars 2004.</p>
<p>Mettre en place un site Internet amélioré sur la biotechnologie en 2004–2005 afin de répondre plus efficacement aux besoins des consommateurs</p>	<p>Nous avons mis au point une architecture d'information (AI) pour notre site Internet sur la biotechnologie, qui met l'accent sur le système de réglementation pour les aliments, la santé, l'environnement et les médicaments et produits de santé issus de la biotechnologie. Plus de la moitié du contenu du site a été rédigée et révisée.</p>
<p>Continuer d'utiliser d'autres outils de communication, par exemple des fiches de renseignements, des brochures et des expositions, pour accroître la confiance et la sensibilisation à l'égard de la biotechnologie liée à la santé</p>	<p>L'exposition sur la biotechnologie a été présentée à trois endroits, où le public cible était principalement composé de membres de l'industrie et du milieu universitaire. Nous avons distribué des fiches de renseignements et du matériel promotionnel ayant trait à notre site Internet sur la biotechnologie.</p>
<p>Investir 240 000 \$ au cours des trois prochaines années pour créer un réseau de recherche qui enquêtera sur l'utilisation des plantes médicinales chez les Cris afin de prévenir et peut-être de traiter le diabète de type 2</p>	<p>Nous avons consulté les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut de la santé des Autochtones (ISA). Un financement a été accordé pour faciliter la participation de l'ISA aux futurs partenariats de recherche et permettre un investissement plus important du Programme de recherche sur les produits de santé naturels (PRPSN) dans les futurs projets de recherche.</p>
<p>Allouer 300 000 \$ sur trois ans à un réseau de recherche sur les produits de santé naturels qui regroupera des chercheurs universitaires de pointe et des praticiens de la santé naturelle</p>	<p>Le Réseau interdisciplinaire canadien de recherche sur les médecines alternatives et complémentaires (INCAM) en est à la deuxième année d'une enveloppe financière de cinq ans. En 2004–2005, dans le cadre d'un partenariat avec les IRSC, le PRPSN a engagé 50 000 \$ sous forme de contribution à un investissement pluriannuel total de 300 000 \$, pour établir un réseau de recherche sur les produits de santé naturels.</p> <p>http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/16458.html</p>

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Augmenter notre réactivité face à la santé publique et faire preuve d'une plus grande vigilance relativement à l'efficacité thérapeutique dans le monde réel

Les Canadiens s'attendent à ce que les aliments et les produits thérapeutiques mis en vente au Canada soient sûrs. À cette fin, nous avons entrepris un certain nombre d'activités continues afin de renforcer notre capacité de surveiller et de résoudre les problèmes liés à la santé publique, y compris ceux qui touchent les enfants. Nous avons également accru la sensibilisation à la déclaration des effets indésirables et à la communication des risques, par divers moyens, notamment des bulletins et des avis. Un vaste sondage d'opinion publique mené en décembre 2003 auprès des consommateurs et des professionnels de la santé¹⁰ a continué de livrer de l'information sur les améliorations à apporter pour accroître l'efficacité des méthodes de communication de renseignements sur la salubrité des produits de santé. Ce sondage nous a permis non seulement de faire plus pour réduire les risques et optimiser la salubrité des produits pour les Canadiens, mais également d'accroître notre capacité d'appuyer la prise de décisions éclairées en matière de santé.

Lorsque des rapports externes ont révélé une concentration de produits chimiques d'ignifugation plus élevée dans le saumon d'élevage que dans le

saumon sauvage, nous avons effectué des recherches pour mieux comprendre les effets toxiques de ce type de produit sur les humains selon les diverses sources d'exposition. Les données recueillies nous ont permis de déterminer que la concentration dans les aliments, plus précisément dans le poisson d'élevage, n'entraînait pas de risque inacceptable pour la santé. Nous poursuivrons nos activités de recherche aux échelons national et international pour nous assurer que la consommation de ces produits ne présente pas de risque pour la santé.

Notre collaboration avec l'ACIA renforcera considérablement les mesures canadiennes de sécurité relatives à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB); nous serons ainsi beaucoup plus en mesure de prévenir les crises, de protéger la santé des animaux et d'assurer la salubrité des aliments. Nos activités liées à l'établissement de limites maximales de résidus (LMR) pour les résidus de médicaments vétérinaires contenus dans les aliments provenant d'animaux traités permettent de s'assurer que ces résidus ne présentent aucun risque lorsqu'ils sont ingérés par les humains tout au long de leur vie.

Les Canadiens réagissent positivement à ces initiatives et aux mesures connexes : 70 % de la population considère que le Ministère a accompli un travail allant de bon à excellent pour ce qui est d'assurer l'innocuité des produits pharmaceutiques et la salubrité des aliments¹¹.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Déterminer et évaluer les risques pour la santé et la sécurité associés aux produits, alerter le public et gérer ces risques, en partageant les responsabilités avec l'industrie, les intervenants et les Canadiens	Nous avons maintenu la liste d'envoi électronique d'information sur les produits de santé, qui compte 10 000 abonnés, soit une augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/subscribe-abonnement/index_f.html L'envoi comportait le Bulletin canadien des effets indésirables, publication trimestrielle qui alerte les professionnels de la santé relativement aux effets indésirables déclarés au Canada. Le Bulletin est considéré comme une source d'information qui fait autorité et est cité dans les revues professionnelles de médecine et de santé et dans les médias, ce qui révèle un vif intérêt à l'égard de l'innocuité des médicaments. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/index_f.html

¹⁰ http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html

¹¹ Rapport à Santé Canada : enquête sur le rendement annuel de 2005, The Strategic Counsel, mars 2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>Dans le cadre de nos efforts soutenus de communication des risques associés aux produits de santé, nous avons affiché 115 « avis » sur le site Internet—60 pour les professionnels de la santé et 55 pour le public, y compris un sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) du sous-groupe des inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2), ce qui représente une augmentation de 51 % comparativement à l'année précédente.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2004/2004_69_f.html</p>
<p>Prendre des mesures afin de mieux protéger les aliments contre les risques liés à l'EBS ou « maladie de la vache folle » en interdisant l'entrée de certains articles à risque dans la chaîne alimentaire humaine</p>	<p>Le Ministère a dépensé 2 millions de dollars pour les mesures de sécurité relatives à l'ESB, y compris l'évaluation et la recherche relatives aux risques que représente pour les Canadiens la consommation de bœuf et de produits du bœuf canadiens. En collaboration avec l'ACIA, nous avons mis en vigueur de nouvelles mesures de contrôle des aliments pour animaux et accru la surveillance, ce qui renforcera sensiblement les mécanismes de sécurité canadiens relatifs à l'ESB; nous serons ainsi beaucoup plus en mesure de prévenir les crises, de protéger la santé des animaux et d'assurer la salubrité des aliments.</p>
<p>Accroître la capacité globale de réaction aux problèmes de santé et de sécurité publiques associés aux aliments, à la nutrition et aux produits de santé et élaborer un nouveau programme pour évaluer l'efficacité thérapeutique des produits de santé vendus sur le marché</p>	<p>Nous avons utilisé une base de données pour stocker, évaluer et extraire les déclarations d'effets indésirables de médicaments. Des évaluations de causalité ont été effectuées sur 1 000 déclarations.</p> <p>De plus, nous avons amélioré les activités d'évaluation des rapports périodiques sur l'innocuité (PSUR) pour les médicaments vétérinaires et nous avons commencé à intégrer l'utilisation de ces documents aux évaluations préalables et postérieures à la commercialisation des produits. Les rapports PSUR sont produits par les fabricants de médicaments et résument les antécédents relatifs à l'innocuité et à l'efficacité d'un produit de santé après sa mise sur le marché, à l'échelle mondiale.</p> <p>Nous avons amorcé l'élaboration de rapports trimestriels sur la nature et l'origine possible des effets indésirables déclarés.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/vet/advers-react-neg/index_f.html</p> <p>Nous avons élaboré et achevé l'analyse de l'accessibilité de renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité des produits de santé pour les enfants, de même que sur les aliments sains et nutritifs que ceux-ci peuvent consommer. Cette analyse a jeté les bases du Bureau des initiatives pédiatriques qui sert de centre de référence pour l'application d'une approche intégrée à un certain nombre de questions touchant les enfants—alimentation et nutrition, innocuité des médicaments et des vaccins, autres produits thérapeutiques et diagnostiques.</p> <p>De plus, nous avons contribué financièrement et participé à l'élaboration de normes nationales sur la sûreté du sang et publié des lignes directrices sur les bonnes pratiques de fabrication pour les produits radiopharmaceutiques ainsi que sur la prévention des erreurs médicales par le biais de l'initiative « produits à présentation et à consonance semblables ».</p> <p>Le Ministère collabore avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, dans le cadre de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, pour renforcer l'innocuité et l'efficacité des médicaments à usage humain dans le monde réel.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Renforcer la communication des risques aux patients, au public et aux professionnels de la santé grâce à une coopération accrue avec les partenaires internes et externes, à de nouvelles lignes directrices pour l'industrie sur la communication avec les professionnels de la santé et le public et à la communication de renseignements aux Canadiens sur les risques pour la santé associés aux aliments et à la nutrition</p>	<p>Nous avons continué de produire des renseignements à jour à l'intention du public et des professionnels de la santé.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings.html</p>
<p>Continuer d'exercer un leadership décisif pour l'exécution du volet « Salubrité des aliments » du Cadre stratégique pour l'agriculture (CSA), en mettant l'accent sur l'élaboration de politiques et de stratégies d'intervention à l'égard des risques pour la santé publique présents dans les exploitations agricoles; collaborer avec AAC et l'ACIA afin d'examiner les programmes de salubrité alimentaire à la ferme mis en place par l'industrie agricole et aider celle-ci à contrer efficacement les risques pour la santé publique tels que les maladies d'origine alimentaire, en investissant 32,5 millions de dollars en cinq ans</p>	<p>Aux fins du Cadre stratégique pour l'agriculture, nous avons continué de collaborer étroitement avec AAC, l'ACIA et l'Agence de santé publique du Canada afin d'élaborer, d'ici 2007-2008, des politiques et des normes pour accroître la salubrité des aliments à la ferme et aider l'industrie à prendre des mesures efficaces à l'égard des risques pour la santé publique. À cette fin, nous avons mis en œuvre plus de 40 projets de politiques, d'établissement de normes et de recherche, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élaboration d'une stratégie pour améliorer la salubrité des aliments crus d'origine animale; • coordination stratégique à la ferme et appui à l'élaboration de politiques; • communication et sensibilisation au sujet des systèmes de salubrité des aliments à la ferme; • élaboration d'un système national intégré qui assure la salubrité des aliments grâce à une participation accrue des intervenants à l'établissement d'un cadre national de politique alimentaire; • examen des plans de salubrité alimentaire à la ferme élaborés par l'industrie. Nous avons participé à un examen technique. L'industrie prépare actuellement six examens techniques. Vingt et un organismes nationaux de producteurs ont exprimé un intérêt pour la réalisation d'examens techniques par le Ministère. <p>De plus, nous avons exécuté cinq projets de recherche clés, notamment la mise au point de techniques moléculaires rapides pour détecter la présence de la bactérie <i>E. coli</i> dans les aliments, ainsi que l'élaboration et la validation de méthodes pour l'analyse d'une toxine présente naturellement dans le lait.</p>
<p>Continuer d'établir des limites maximales de résidus (LMR) pour les résidus de médicaments vétérinaires présents dans les aliments d'origine animale</p>	<p>Nous avons établi cinq autres LMR, portant le total à 184, soit un niveau comparable à celui atteint par d'autres organismes étrangers.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/vet/mrl-lmr/index_f.html</p>
<p>Poursuivre l'Étude de la diète totale et publier les données sur le site Internet du Ministère</p>	<p>Nous avons dépensé 500 000 \$ pour l'Étude de la diète totale afin de surveiller la quantité d'éléments nutritifs et de contaminants (p. ex. plomb, mercure et arsenic) et autres produits chimiques présents dans la chaîne alimentaire, étant donné que l'absorption de quantités excessives de contaminants peut avoir des effets néfastes sur la santé des consommateurs.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/total-diet/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Travailler avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'améliorer les activités de surveillance qui fournissent des renseignements fiables et à jour sur l'apport alimentaire et le bien-être nutritionnel des Canadiens	Grâce à un investissement de plus de 350 000 \$, nous avons élaboré et mis en œuvre conjointement le Cycle 2.2 et le volet « Nutrition » de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'ESCC est une enquête fédérale qui vise à fournir des renseignements sur la santé aux niveaux régional et provincial. Elle est la source de données pour de nombreux indicateurs de la santé produits par Statistique Canada et par l'Institut canadien d'information sur la santé. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/index_f.html
Établir de nouveaux centres régionaux dans le pays en vue de déclarer les effets indésirables des médicaments et intensifier les efforts visant à communiquer au public les effets indésirables des médicaments en temps opportun	En août 2005, deux nouveaux centres régionaux de déclaration des effets indésirables des médicaments, établis au Manitoba et en Alberta, se sont ajoutés aux cinq centres existants. Ces centres servent de points de contact pour le Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments. http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/arc_announcement_f.html Nous avons terminé le travail initial sur un nouveau système de déclaration des incidents liés aux médicaments, appelé « MedEffectCanadaMedEffet ». Il s'agit d'un portail Internet à guichet unique qui sera utilisé pour recueillir l'information sur les effets indésirables et les problèmes relatifs à l'utilisation des médicaments et pour fournir de l'information à jour au milieu des soins de santé sur l'utilisation sûre des produits.
Élaborer un nouveau programme post-approbation pour surveiller l'efficacité thérapeutique	Nous élaborons un nouveau programme pour évaluer l'efficacité thérapeutique des produits de santé après leur mise sur le marché. L'un des volets du programme consiste à acheter des données sur l'efficacité par l'intermédiaire d'un contrat avec Intercontinental Medical Statistics (IMS), afin de mener des évaluations ciblées après commercialisation.
Continuer de travailler à l'établissement d'un système de déclaration des incidents associés aux médicaments	De concert avec la FDA des É.-U. et l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments, nous avons poursuivi l'élaboration d'un système amélioré d'information sur les effets indésirables des médicaments pour le Canada, appelé Adverse Reaction Reporting Database. Un solide programme externe est maintenu par l'intermédiaire d'un réseau national de centres régionaux de déclaration des effets indésirables dans l'ensemble du Canada. Des liens ont été établis avec tous les gouvernements afin d'assurer la coordination des déclarations et des activités connexes de diffusion des données.
Évaluer la technologie sans fil comme outil possible pour déclarer les réactions indésirables et les incidents médicaux et pour diffuser les renseignements essentiels sur l'innocuité et l'efficacité	Nous avons créé un outil informatique pratique, selon les spécifications du Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments, afin de faciliter la déclaration des effets indésirables et la communication des renseignements assujettis au temps par l'intermédiaire du système canadien de déclaration des effets indésirables des médicaments. L'outil sera mis à l'essai en 2005–2006. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Examiner de nouveaux mécanismes de surveillance de la prise de médicaments pour détecter les effets indésirables graves et potentiellement mortels pour les enfants. Effectuer une étude de deux ans pour déterminer la faisabilité d'une surveillance active visant à détecter les réactions indésirables graves et potentiellement mortelles pour les enfants de 0 à 18 ans</p>	<p>En janvier 2004, le Ministère, en collaboration avec la Société canadienne de pédiatrie et le Pharmaceutical Outcomes Programme du Children's and Women's Health Centre of British Columbia, a amorcé une étude de deux ans en vue d'examiner la possibilité d'utiliser des méthodes de surveillance active pour produire des données supplémentaires sur les médicaments ayant des effets indésirables graves et potentiellement mortels pour les enfants de moins de 18 ans. Cette étude, la première du genre au Canada, aidera à renseigner le nouveau Bureau des initiatives pédiatriques. Elle pourrait également éclairer l'établissement d'un réseau de personnes affectées à la surveillance dans les hôpitaux pour enfants du pays.</p> <p>http://www.cps.ca/francais/PCSP/Etudes/medicaments.htm</p>
<p>Effectuer une étude de faisabilité et mettre en place un programme informatique pour détecter les similarités de présentation et de consonance, avec possibilité de partager le programme avec la <i>U.S. Food and Drug Administration</i></p>	<p>Le Ministère continue de surveiller les noms de produits de santé à consonance et à présentation semblables. Les similarités de présentation et de consonance peuvent entraîner un risque pour la santé en prêtant à des erreurs médicales lors de la prescription, de la distribution ou de l'administration des produits.</p> <p>Des lignes directrices pré-commercialisation et post-commercialisation ont été publiées; toutefois, nous n'avons pas pu respecter le calendrier prévu pour l'achat et la mise en place d'un programme informatique permettant de détecter les noms des médicaments à présentation et à consonance semblables, car des préoccupations liées à la protection des renseignements personnels ont retardé indéfiniment la signature de l'accord entre le Canada et les États-Unis.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/fs-fi/lasa-pspcs_factsheet-faitsaillant_f.html</p>
<p>Continuer d'accroître la conformité de l'industrie à la réglementation au moyen d'inspections post-commercialisation. Mettre en œuvre le Programme d'inspection des établissements pour les matériels médicaux et intensifier les inspections de conformité pour la déclaration des effets indésirables des médicaments</p>	<p>Nous avons effectué 24 inspections, sur les 50 prévues, pour déterminer si les fabricants se conformaient aux exigences concernant la déclaration des effets indésirables des médicaments et mentionnaient les cas d'inefficacité inhabituelle dans les présentations de drogues nouvelles. Les résultats ont révélé que les établissements sont presque entièrement conformes au règlement. Après la publication du rapport de la vérificatrice générale sur les matériels médicaux en 2004, au cours de la première année de mise en œuvre du Programme d'inspection des établissements pour les matériels médicaux, soit 2004–2005, plus de 45 inspections ont été menées (objectif de 70). Ces inspections ont permis de cerner un certain nombre de secteurs où les établissements pourraient apporter des améliorations pour être entièrement conformes au règlement. Notre incapacité d'atteindre les objectifs est principalement attribuable à la complexité croissante de l'exécution d'inspections dans le cadre de nouveaux programmes de ce genre et au fait que les fabricants doivent comprendre ce qu'on attend d'eux. Avec le temps, nous appliquerons ces leçons pour améliorer les prévisions, comme on le fait pour d'autres programmes établis.</p> <p>http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20040302cf.html</p>
<p>Mettre en œuvre un programme d'inspection de la conformité des établissements dans le cadre de l'Examen national sur les cellules, les tissus et les organes</p>	<p>Après notification des provinces, des inspections de conformité aux fins de l'Examen national sur les cellules, les tissus et les organes ont commencé en mars 2005 — cinq sur 120 ont été achevées.</p>

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants

Les Canadiens s'attendent à obtenir des renseignements appropriés, à ce que leurs points de vue soient entendus et à ce que les gouvernements soient tenus responsables de la manière dont ils utilisent l'expertise et l'avis du public. Quatre-vingt pour cent (80 %) des Canadiens auraient une perception plus positive du processus décisionnel gouvernemental s'ils savaient que le public y contribue¹². Ceci est particulièrement vrai lorsque les mesures et les

décisions prises par les gouvernements ont des conséquences réelles sur la vie des Canadiens et sur leur capacité de gérer leur santé. Santé Canada reconnaît l'importance fondamentale de la participation du public et la nécessité de renforcer la capacité du gouvernement d'appuyer cette participation. En réaction à ces défis, nous avons élaboré et mis en œuvre de nombreuses initiatives en vue d'accroître l'engagement du public et de l'amener à mieux comprendre le processus décisionnel et à y participer davantage—y compris la façon de tenir compte des risques et des avantages et de la complexité des enjeux—et de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Améliorer la transparence, l'ouverture, la responsabilité commune et la responsabilisation	<p>Le Ministère a continué d'examiner les priorités législatives dans le secteur de la protection de la santé, afin d'améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation.</p> <p>Nous avons élaboré une politique sur la déclaration volontaire de renseignements dans le cadre d'activités de participation du public, afin de promouvoir la sensibilisation et la compréhension auprès des participants, dans le cadre d'activités de consultation. La politique fera l'objet d'un projet pilote et sera évaluée sur les plans du processus et des résultats avant sa mise en œuvre systématique.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/cons-pub/vsi_pvi_intro_f.html</p> <p>De plus, nous avons élaboré des fiches de renseignements afin d'informer plus efficacement les publics externes sur nos activités. Nous voulons ainsi permettre une meilleure compréhension du rôle et de l'approche de Santé Canada lorsqu'il s'agit de réduire les risques pour la santé et d'optimiser l'innocuité des produits de santé et la salubrité des aliments.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/3kit-fiche/index_f.html</p> <p>Nous nous apprêtons à établir un Bureau de l'ombudsman du public, qui entendra les préoccupations et réglera les plaintes du public et de l'industrie au sujet de l'administration de la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_24_f.html</p> <p>En 2004–2005, nous avons établi le Bureau des initiatives pédiatriques afin de coordonner les questions de sécurité touchant les enfants et nous avons fourni une base de données sur les médicaments accessibles au public.</p>

¹² Rapport à Santé Canada : enquête sur le rendement annuel de 2005, The Strategic Counsel, mars 2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>En février 2005, le Ministère a annoncé qu'il solliciterait le point de vue des patients, des médecins, des intervenants et du public au sujet des risques et des avantages des AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2. Nous avons également annoncé notre intention d'établir un conseil de sécurité permanent pour nous conseiller sur ces questions de manière continue.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_stmt-dec_cox2_f.html</p> <p>En 2004–2005, nous avons entrepris 163 activités de mobilisation du public, à un coût estimatif de 703 000 \$, principalement par le biais d'envois postaux et d'affichages sur Internet, en vue d'obtenir une rétroaction. La consultation portait sur les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • processus d'élaboration de politiques : 24 activités; • processus de réglementation : 21 activités; • autres questions dont des mesures liées à la transparence, aux bonnes pratiques de fabrication, au renforcement de la capacité des intervenants. <p>La consultation concernant l'Initiative sur l'impact environnemental est un bon exemple de ce type d'activité. Ces activités ont été menées en application de la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement 1999</i>, selon laquelle toutes les nouvelles substances doivent faire l'objet d'une évaluation relativement à leur incidence sur la santé humaine et sur l'environnement. En outre, les Canadiens ont été tenus au courant de nos progrès en ce qui concerne le sang et les composants du sang, de même que les cellules, les tissus et les organes.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_presentation_2_f.html</p> <p>Notre ministère a continué de respecter son délai d'exécution d'un jour pour la réponse aux demandes de renseignements par l'intermédiaire d'un compte de courriel générique. L'un des principaux objectifs consiste à sensibiliser et à informer les citoyens et les clients au sujet des diverses ressources offertes sur les sites Internet de Santé Canada. En 2004, nous avons répondu à environ 2 580 demandes, comparativement à 1 773 demandes en 2003. Près de la moitié des demandes (48 %) provenaient du public canadien, 38 %, de l'industrie et le reste, du milieu universitaire (6 %), des professionnels de la santé (4 %), des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (3 %) et des gouvernements étrangers (1 %).</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>Nous avons rédigé et diffusé une fiche d'information traitant de l'« élimination sûre des produits pharmaceutiques ». De concert avec Environnement Canada, nous avons affecté 230 000 \$ à une recherche conjointe sur les effets que peuvent avoir sur l'environnement, particulièrement sur l'eau, les substances présentes dans les produits visés par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>, comme les produits pharmaceutiques et de soins personnels. Les projets ont été financés par le Fonds d'intégrité de la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement</i>, qui fournit annuellement près de 2 millions de dollars pour appuyer les activités orientées vers l'élaboration d'un règlement approprié sur l'évaluation environnementale des substances présentes dans les produits visés par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>, de même que certaines évaluations. Une collaboration au sein de Santé Canada a également entraîné l'approbation d'un document intitulé Document sur l'analyse des options : Régime d'évaluation environnementale des substances nouvelles présentes dans les produits visés par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>. Ce document a été distribué aux intervenants au printemps 2005.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/person/impact/index_f.html</p> <p>En 2004–2005, nous avons élaboré un modèle logique complet en matière de biotechnologie, de même que des indicateurs de rendement et un formulaire de collecte de données. De plus, nous avons effectué des recherches en vue d'améliorer qualitativement et quantitativement l'information biotechnologique accessible au public par voie électronique. L'insuffisance des ressources humaines et la lenteur du processus d'approbation du nouveau matériel Web ont continué de poser des défis.</p> <p>De plus, nous avons renforcé nos capacités de vérification et d'évaluation afin de répondre aux attentes en matière de reddition de comptes et d'intendance énoncée dans le Cadre de responsabilisation de gestion du gouvernement. Les résultats des activités de vérification et d'évaluation sont désormais reliés plus étroitement à l'élaboration de politiques et de programmes, à la planification, ainsi qu'à la mesure et à la gestion du rendement.</p> <p>Dans le cadre de notre évaluation des activités de l'ACIA concernant la salubrité des aliments, nous avons mis au point un cadre d'évaluation pour le Programme de modernisation de l'inspection de la volaille de l'ACIA. Le rapport sur le Programme de gestion de la qualité du poisson a été établi dans les délais prévus — mai 2004 — et publié en juin 2005.</p>
<p>Élaborer et commencer à mettre en œuvre une Stratégie de participation du public qui optimisera la compréhension du processus décisionnel par le public et la participation du public à ce processus, renforcera les relations entre le Ministère et les intervenants et favorisera des activités de mobilisation du public plus efficaces et plus efficaces</p>	<p>Nous avons élaboré un Cadre de participation du public (CPP) pour faire en sorte que nos activités de mobilisation du public soient uniformes, valables et efficaces. Le Cadre s'appuie sur les résultats d'ateliers tenus dans 11 villes de septembre à novembre 2004, qui ont réuni 134 participants. Le CPP maintient un juste équilibre entre les obligations liées à la participation du public et les responsabilités réglementaires, tout en assurant un apport de la part des divers intervenants afin de permettre des décisions éclairées.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/cons-pub/piframework-cadrepp_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Rendre le processus de réglementation des produits thérapeutiques et des aliments plus accessible aux intervenants, y compris aux groupes de patients et de consommateurs</p>	<p>Afin d'accroître l'accessibilité, le Ministère a tenu un forum pour permettre au public, notamment aux patients, aux consommateurs et aux représentants des médias, d'entendre des exposés présentés par l'industrie, des experts influents et nos représentants dans le cadre des réunions régulières d'un comité consultatif d'experts. De plus, notre comité consultatif sur la gestion compte désormais des représentants des patients et des consommateurs.</p> <p>Nous avons également collaboré avec des organisations de patients et de consommateurs afin d'offrir à ces groupes une première séance d'information sur les sujets clés retenus au terme d'une évaluation officielle des besoins.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/info-prog_f.html</p>
<p>Mettre à jour les normes et les cadres de réglementation sur le sang et les composants sanguins, ainsi que sur les cellules, les tissus et les organes</p>	<p>Le Ministère a mis à jour les normes nationales touchant le sang, de même que les cellules, les tissus et les organes. Ces normes ont été publiées par l'Association canadienne de normalisation à la demande des intervenants et de la Commission Krever sur les normes nationales. La mise à jour portait sur l'information de sécurité et les nouvelles technologies concernant la transfusion et la transplantation. Nous avons élaboré un plan de discussion en vue de nos consultations auprès des intervenants. Ce plan résumait les options offertes pour faciliter la déclaration des événements indésirables, la conformité et l'exécution et pour favoriser une participation éclairée à la détermination des options à retenir. De plus, nous avons réalisé des progrès importants dans l'élaboration du cadre de réglementation relatif aux cellules, aux tissus et aux organes et nous les avons communiqués aux intervenants. Il y a eu toutefois des retards dans les travaux, pour tous les éléments essentiels du cadre, en raison de la complexité de la rédaction du règlement.</p> <p>Les normes de l'Association canadienne de normalisation sur la sûreté du sang ont été adoptées comme normes nationales pour le sang et les composants du sang.</p> <p>Nous avons réalisé des progrès substantiels dans la rédaction d'un cadre de réglementation révisé pour le sang et les composants du sang; nous avons également publié une directive destinée aux établissements relativement à la prévention de la transmission du virus du Nil occidental et du SRAS par le biais de la transplantation.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/blood-sang/blood_qa_sang_qr_f.html</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_let_stakeholders-intervenants_f.html</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/forums/wnv-vno/2004/wnv-vno_2004_cto_gui-dir_f.html</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/forums/wnv-vno/2004/wnv-vno_2004_min-pv_06-15_cto_telecon_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Évaluer des stratégies afin de permettre au public de fournir des commentaires lors de l'examen des présentations des aliments nouveaux	Nous avons mené un projet pilote, de concert avec l'ACIA et CropLife Canada, association industrielle représentant les concepteurs de végétaux issus de la biotechnologie. Le projet consiste à afficher sur Internet, à la réception d'une nouvelle présentation, un « avis » qui décrit le produit et résume les renseignements scientifiques fournis aux fins d'examen réglementaire. Pour la première fois, le public a 60 jours pour présenter des commentaires sur des questions scientifiques pertinentes pour l'évaluation de chaque produit nouveau. Nous continuons de renforcer les relations et la confiance dans le public et chez les intervenants.
Solliciter les commentaires des partenaires et des intervenants afin de mettre à jour des politiques et des directives comme le <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i> , au moyen d'un processus conçu pour engager les Canadiens à mieux comprendre l'importance d'une alimentation saine et leur part de responsabilité dans le maintien et l'amélioration de leur santé et de leur bien-être nutritionnels	<p>En février 2005, nous avons tenu un forum d'intervenants afin d'échanger l'information et d'amorcer un premier dialogue sur les initiatives clés. Les discussions ont porté sur les conséquences de l'Initiative de réglementation intelligente et du Renouveau législatif de Santé Canada pour la politique relative à la salubrité des aliments et à la qualité nutritionnelle.</p> <p>Nous avons consulté un large éventail d'intervenants relativement à la révision du <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i>. Ces consultations englobaient les consommateurs, les universitaires, l'industrie, des organismes non gouvernementaux et les autres administrations. Deux comités ont été établis pour fournir des avis et des conseils pour la révision du Guide alimentaire—un groupe de travail interministériel et le Comité consultatif sur le Guide alimentaire, qui réunit des experts des secteurs de la santé publique, de la politique de santé, de l'éducation nutritionnelle, de la prévention des maladies, de l'industrie et de la communication.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/revision/index_f.html</p>
Établir des objectifs de rendement clairs et internationalement comparables, pour toutes les étapes du processus d'examen de la réglementation des produits thérapeutiques et réviser les méthodes de mesure du rendement afin d'assurer l'harmonisation avec les autres organismes de réglementation influents	Le Ministère a participé à une étude comparative internationale du Centre for Medicines Research sur les objectifs de rendement pour l'examen des présentations de drogues nouvelles. L'étude a révélé que les objectifs du Canada étaient comparables à ceux des autres pays. Elle a également révélé qu'il était difficile de comparer les normes de rendement relatives à l'examen car les processus réglementaires, les types de présentation et les normes de service ne sont pas identiques d'un organisme de réglementation à l'autre. Afin de mieux comprendre les différences et les similarités, nous avons amorcé l'élaboration d'une méthode permettant de comparer les structures tarifaires, les normes de rendement et les processus de réglementation de différentes administrations, tout en respectant les exigences de la <i>Loi sur les frais d'utilisation</i> .
Améliorer la reddition de comptes au public en produisant des plans et des rapports de rendement annuels plus utiles et plus compréhensibles pour les activités liées aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition	<p>Nous avons publié le premier Rapport sur les priorités et les réalisations de la Direction des aliments. Ce rapport énonce les priorités stratégiques de la Direction, décrit ses domaines d'activité en 2003–2004 pour certaines priorités, présente les principales activités et réalisations et souligne certains défis et nouvelles priorités liés à la vision de la Direction—« être l'autorité la plus fiable en matière d'innocuité et de valeur nutritive des aliments, chargée d'établir des politiques et des normes, de fournir des avis et des renseignements ».</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/fd-da/rpt_priorities_achievements-priorites_realisations_dec_2003_01_f.html</p> <p>Le Ministère a également publié le deuxième rapport d'étape sur la SAPT.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	<p>Nous avons élaboré un nouveau rapport de rendement sur l'examen réglementaire des produits pharmaceutiques et biologiques et des instruments médicaux afin de rationaliser et d'améliorer ce type de rapport. Le rapport décrit également l'influence exercée par d'autres intervenants clés sur l'accès aux nouveaux médicaments au Canada (p. ex. le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés).</p>

Résultat stratégique :

Des milieux plus sains et
des produits plus sûrs pour
les Canadiens

**Résultat pertinent dans « Le rendement
du Canada » :** Des Canadiens en meilleure santé
ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Réduction des risques pour la santé et pour l'environnement associés aux produits et aux substances et milieux de vie et de travail plus sains.

Renseignements financiers

2004-2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	248,1	226,5	222,2
Revenus prévus	(12,7)	(13,6)	(10,5)
Dépenses nettes	235,4	212,9	211,7*
ETP	1 272	1 290	1 363

* Représente 48,4 % des dépenses réelles du secteur d'activités Promotion et protection de la santé (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- réduction de financement liée au nouveau processus de gestion de la publicité annoncé par le Cabinet en mars 2004
- financement interne fourni à la Direction générale de la santé des Inuits et des Premières nations aux fins de la contribution prévue au gouvernement de l'Ontario pour la construction du centre de santé Meno Ya Win

Résultats intermédiaires

- Réduction des risques pour la santé et l'environnement associés aux produits et aux substances et milieux de vie et de travail plus sains
- Meilleures décisions relatives à la santé prises par les Canadiens, les professionnels de la santé et l'industrie
- Confiance accrue du peuple canadien dans les programmes et stratégies relatifs à la santé

Résultats immédiats

- Meilleure observation des règlements, des normes et des lignes directrices
- Sensibilisation accrue aux questions clés touchant la santé et les produits réglementés en ce qui concerne les milieux de vie, de travail et de loisir sains et sécuritaires et meilleures connaissances en la matière
- Participation accrue des intervenants
- Connaissances et capacité scientifiques renforcées (recherche, données) pour soutenir la prise de décisions éclairées

Priorités

- Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les méfaits associés aux dangers présents dans le milieu de travail et l'environnement, aux produits de consommation (y compris aux cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie
- Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

Programmes	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Lien avec les résultats
Santé au travail et sécurité du public	29,2	<p>Contribution à la santé et à la sécurité des employés fédéraux et des autres travailleurs canadiens, des dignitaires en visite et du public en voyage au Canada, de diverses façons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au nom du Conseil du Trésor, administration du Programme de santé des fonctionnaires fédéraux et prestation des Services d'aide aux employés aux ministères et organismes fédéraux et aux employeurs de la fonction; • inspections de l'eau, des aliments et de la salubrité publique auprès des transporteurs généraux (air, chemins de fer, voies maritimes) et dans leurs services connexes; • stratégie pancanadienne pour la santé en milieu de travail; • planification d'urgence en santé pour les visites officielles, les sommets, ou les événements internationaux.
Sécurité des milieux	62,1	<p>Promotion des milieux de vie, de travail et de loisir sains :</p> <ul style="list-style-type: none"> • détermination et évaluation des risques pour la santé des Canadiens qui sont associés aux facteurs environnementaux; • élaboration de stratégies nationales de gestion des risques en vue de réduire les risques pour la santé humaine liés à l'environnement appuyées par la recherche scientifique et conformes à la Stratégie de développement durable de Santé Canada.
Sécurité des produits	23,9	<p>Contribution à la protection des Canadiens par la détermination, l'évaluation, l'exploration et la gestion des risques pour la santé et la sécurité associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux produits de consommation; • aux cosmétiques; • aux produits chimiques en milieu de travail; • aux substances chimiques nouvelles; • aux produits de biotechnologie; • aux bruits extérieurs; • aux dispositifs émettant des radiations.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Programmes	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Lien avec les résultats
Lutte contre le tabagisme	47,9	<p>Réduction des risques pour la santé et la sécurité liés à la consommation de tabac, par les moyens suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réglementation du tabac; élaboration et mise en œuvre d'initiatives visant à réduire ou à prévenir les méfaits liés à l'usage du tabac. La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme vise les objectifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> — réduire la prévalence du tabac à 20 % — réduire le nombre de cigarettes vendues annuellement de 30 % — porter le taux de conformité aux dispositions sur la vente de tabac aux jeunes à 80 % — réduire la fumée secondaire dans les lieux publics — examiner des moyens de réduire la toxicité du tabac
Stratégie antidrogue et substances contrôlées	48,6	<p>Réduction des risques pour la santé et la sécurité liés à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées, par les moyens suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • administrer la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> et son règlement d'application; • exercer un leadership national dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue; • réglementer l'accès aux substances contrôlées et prévenir le détournement de ces substances à des fins illégales; • gérer des programmes de prévention ou de réduction des méfaits liés aux substances contrôlées et à l'alcool; • fournir de l'information aux Canadiens pour faciliter la prise de décisions éclairées relativement à la santé et aux modes de vie; • collaborer avec les provinces et les territoires en vue de faciliter l'accès aux services de traitement et de réadaptation; • offrir des services d'analyse de drogues pour soutenir le système de justice pénale.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Résumé

Compte tenu de ce résultat stratégique, le mandat de Santé Canada consiste à aborder les nombreux aspects de la vie quotidienne qui influent sur la santé des Canadiens. Il s'agit entre autres de la qualité de l'eau potable, de la qualité de l'air, de la radioexposition, de la consommation et de l'abus de drogues (y compris d'alcool), du degré d'innocuité des produits de consommation, du tabac et de la fumée secondaire, de la santé en milieu de travail et des produits chimiques présents dans le milieu de travail et l'environnement. Le Ministère est également engagé dans d'autres activités liées à la santé et à la sécurité, comme les initiatives du gouvernement en matière de sécurité publique et d'antiterrorisme, l'inspection des aliments et de l'eau potable accessibles aux personnes qui voyagent au Canada et la planification d'urgence en santé pour les dignitaires en visite. Le vaste mandat national du Ministère découle des lois en vigueur, dont la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* et la *Loi sur le tabac*.

Notre travail est important pour la réduction de nombreuses menaces à la santé des Canadiens. Par exemple, chaque année au Canada, plus de 45 000 décès sont attribuables au tabagisme, 230 000 blessures évitables mettent en cause des produits de consommation, ce qui représente un coût économique estimatif supérieur à 7 milliards de dollars, plus de 9 milliards de dollars de coûts économiques, sociaux et de santé peuvent être attribués à l'abus d'alcool et de drogues, le tabagisme entraîne des coûts directs de soins de santé exorbitants—de l'ordre de 3,5 milliards de dollars—et des coûts indirects de 11,5 milliards de dollars. Enfin, on estime que les maladies attribuables aux facteurs environnementaux représentent un coût annuel de 50 milliards de dollars pour le système de soins de santé, l'économie et les particuliers.

Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons continué d'assumer toutes nos responsabilités en respectant ou en dépassant les engagements du Rapport sur les plans et les priorités pour l'exercice, conformément aux ressources prévues. À cette fin, nous avons entrepris

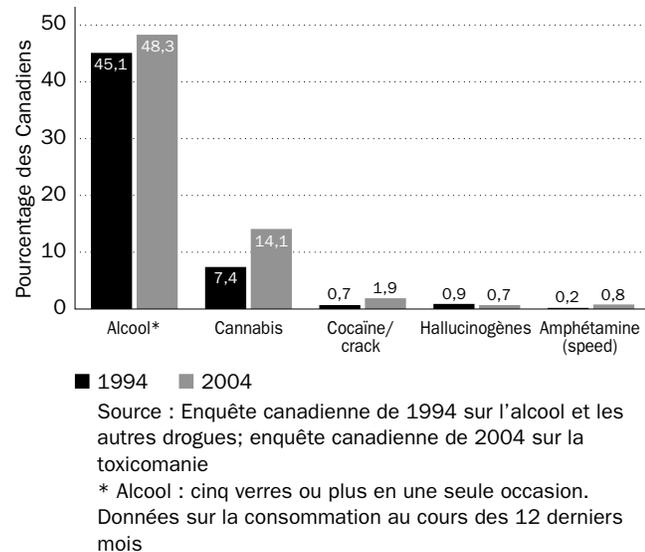
des initiatives en matière de sciences, de recherche, de politiques, de réglementation et de prévention. Nous avons collaboré étroitement avec nos partenaires et les intervenants, au pays et à l'étranger, et assuré une présence active dans chacune des régions. Nous avons assumé nos responsabilités selon les principes du développement durable afin de promouvoir nos objectifs économiques, sociaux, culturels et environnementaux.

La science et la recherche sous-tendent un grand nombre de nos réalisations. Les scientifiques de Santé Canada ont continué d'examiner les contaminants environnementaux présents dans l'atmosphère, les eaux et les sols canadiens, en effectuant des évaluations et en élaborant de nouvelles stratégies, lignes directrices et méthodes et de nouveaux outils. Nous avons notamment mis au point un indice de la qualité de l'air fondé sur la santé et une approche intégrée de la qualité de l'eau potable « de la source au robinet », de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants. De plus, nous avons effectué des recherches sur les effets du changement climatique sur la santé et réalisé des progrès à titre d'organisme responsable de la prochaine Évaluation canadienne du changement climatique et de la vulnérabilité de la santé (2007). Nous avons continué d'évaluer et de classer les substances en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* et prévoyons respecter l'échéance législative de 2006 pour la caractérisation de 23 000 substances existantes. Ces activités importantes nous permettent d'améliorer notre connaissance et notre gestion des risques pour la santé liés à l'exposition des humains aux substances toxiques présentes dans l'environnement. Santé Canada continue d'améliorer la structure d'intervention du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN) afin de renforcer la protection des Canadiens en cas d'urgence nucléaire.

Afin d'accroître l'innocuité des produits proposés aux consommateurs canadiens, Santé Canada a effectué des essais sur divers produits—des sièges de bain et jouets en peluche jusqu'aux produits chimiques—pour évaluer les dangers qu'ils présentent sur les plans de l'inflammabilité, de la toxicité et de la mécanique. Nous avons exécuté des enquêtes à la suite de plaintes, effectué des inspections et évalué des substances nouvelles, ce qui nous a permis de déterminer des produits dangereux et

de publier des mises en garde, des avis et des rappels de produits. Nos scientifiques ont effectué des recherches et mis au point des outils, des méthodes et des normes afin de gérer les risques pour la santé liés à diverses sources de danger potentielles—de l'usage des téléphones cellulaires au rayonnement ionisant. Nous avons terminé un important travail de réglementation visant à imposer la mention des ingrédients sur les étiquettes des produits cosmétiques et à limiter la quantité de plomb dans les bijoux pour enfants. De plus, nous avons pris des mesures pour mettre en place le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH), conformément à l'engagement pris par le gouvernement du Canada lors du Sommet mondial sur le développement durable.

Indicateurs sélectionnés de la consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada, 1994 et 2004

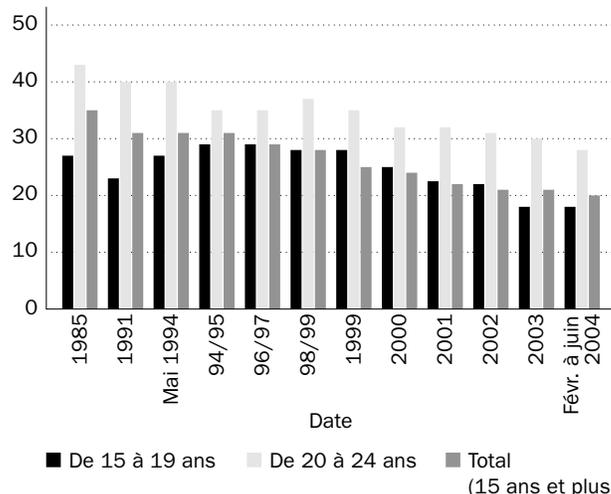


L'analyse de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada mise en œuvre en 2004 révèle que la consommation illicite de cannabis et d'autres drogues a sensiblement augmenté au cours de la dernière décennie, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes : près de 30 % des adolescents de 15 à 17 ans et plus de 47 % des jeunes de 18 et 19 ans ont consommé du cannabis au cours de la dernière année. Dans le cadre du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, nous avons effectué des recherches et mis en œuvre des mesures de prévention et de promotion de la santé en ciblant particulièrement les adolescents et les jeunes

adultes, afin de réduire l'abus de drogues et d'alcool et les méfaits qui en découlent. En plus de poursuivre l'important travail d'analyse de drogues qui appuie les activités d'exécution de la loi, nous avons mis en œuvre le Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue qui aide à prendre des mesures touchant l'usage de substances problématiques au moyen d'initiatives de prévention, de promotion et de réduction des méfaits et qui permet de financer un large éventail d'organismes non gouvernementaux.

L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada révèle que le taux de tabagisme chez les Canadiens de plus de 15 ans est tombé de 25 % à 20 % depuis 1999. Bien que cette diminution témoigne de la réussite globale de la Stratégie canadienne de lutte contre le tabagisme, nous avons poursuivi nos efforts en prenant des mesures ciblées afin de maintenir et d'accroître les gains obtenus à ce jour, particulièrement dans certains segments de la population, comme les jeunes adultes (en particulier les hommes) et les populations rurales et à faible revenu pour lesquels le taux de tabagisme et d'exposition au tabac demeure nettement supérieur à la moyenne.

Tendances relatives à la prévalence du tabagisme (%)



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à décembre 2004

Cette année, nous avons travaillé à l'élaboration d'une approche coordonnée et fondée sur des données probantes du renoncement au tabac. Nous avons pris des mesures pour réduire les méfaits causés par le tabac, comme la présentation du Règlement sur le

potentiel incendiaire des cigarettes, qui contribuera à réduire le nombre d'incendies causés par la cigarette au Canada. Nos mesures de lutte contre le tabagisme sont considérées comme un modèle à l'échelle internationale, le Canada a grandement contribué à l'élaboration de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé mise en application en février 2005 et il a été l'un des premiers pays à la ratifier. Cette première convention mondiale en matière de santé publique renforcera les initiatives de lutte contre le tabagisme dans le monde entier.

Le Ministère a continué de prendre des mesures à l'égard de la santé et de la sécurité des fonctionnaires fédéraux, des dignitaires en visite et des personnes qui voyagent au Canada en offrant des services supérieurs aux normes et aux attentes. Nous avons envisagé des façons de présenter la santé en milieu de travail comme un moyen stratégique d'améliorer la santé, de réduire les coûts de santé et d'accroître la productivité. Afin d'améliorer la santé au travail, nous avons effectué des recherches et élaboré des lignes directrices, des pratiques exemplaires et des outils qui ont été très demandés sur notre site Internet par les employeurs des secteurs public et privé du pays. En outre, nous avons accru notre capacité d'intervention en cas d'urgence en tenant compte des besoins psychosociaux des fonctionnaires fédéraux confrontés à des attentats terroristes. Lors des ravages sans précédent causés par le tsunami dans le Sud-Est asiatique, les employés de Santé Canada ont fourni des vaccins et d'autres services de santé aux travailleurs fédéraux qui participaient à la mission de secours.

Santé Canada a collaboré étroitement avec ses partenaires et les intervenants de tous les secteurs, à l'échelle nationale et à l'échelle internationale, afin d'améliorer la salubrité des milieux et la sécurité des consommateurs. Nos activités horizontales ont produit d'importantes réalisations dont l'élaboration d'un Cadre d'action national sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues aux fins de la Stratégie canadienne antidrogue, le maintien des partenariats intersectoriels pour la poursuite et l'amélioration de la lutte contre le tabagisme, l'engagement national à mettre en place le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques, la gestion coordonnée des questions

transfrontalières canado-américaines touchant la qualité de l'air et la collaboration généralisée entre tous les ordres de gouvernement dans le cadre de l'initiative en matière de sécurité publique et d'antiterrorisme.

En dernier lieu, nous avons continué de moderniser les pratiques de gestion selon les principes du Cadre de responsabilisation de gestion du Conseil du Trésor. En particulier, nous avons accompli des progrès importants dans l'élaboration et la mise en œuvre, à l'égard de nos programmes, de cadres de mesure du rendement axés sur les résultats afin d'améliorer l'intendance des ressources et la responsabilisation à l'égard des résultats.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les méfaits associés aux dangers présents dans le milieu de travail et l'environnement, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie

Le travail relatif à cette priorité visait la vaste gamme des activités de réglementation continues entreprises par Santé Canada pour déterminer, évaluer et gérer les risques pour la santé des Canadiens associés aux dangers présents dans l'environnement, les foyers et le milieu de travail. Beaucoup de ces activités donnaient suite aux engagements pris dans le cadre de la Stratégie de développement durable du Ministère.

La gestion des risques environnementaux pour la santé est une tâche permanente. Cette année, nous avons analysé plus de 470 000 dosimètres pour mesurer l'exposition de 95 000 travailleurs canadiens aux rayonnements. En vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, nous avons déterminé les risques pour la santé humaine liés à quelque 1 900 substances chimiques figurant sur la Liste nationale. Afin de soutenir le nettoyage des sites fédéraux contaminés, nous avons soumis 70 évaluations de risques pour la santé à un examen par les pairs et fourni des avis liés à la santé dans le cadre de neuf évaluations environnementales. Nous avons également donné notre avis sur les conséquences pour la santé humaine de

437 projets à grande échelle, y compris des projets de routes et d'exploitation minière. Dans le cadre de nos activités permanentes sur le changement climatique et la santé, nous avons enquêté sur les activités internationales connexes en matière de programmes, de recherche et de politiques.

Nous avons effectué des recherches et collaboré avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires au sujet des questions liées à la qualité de l'air et de l'eau, en mettant l'accent sur la protection des groupes vulnérables, par exemple les enfants. Nous avons effectué 11 évaluations de la qualité de l'air touchant par exemple les pluies acides et le dioxyde de carbone, complété l'Indice national de la qualité de l'air et, dans le cadre de la Stratégie canado-américaine sur la qualité de l'air transfrontalier, poursuivi les projets pilotes sur deux bassins atmosphériques—bassin de Géorgie-Puget Sound et bassin des Grands Lacs—afin d'examiner les effets de la pollution atmosphérique sur la santé humaine. Nos scientifiques ont collaboré avec l'Université Johns Hopkins et élaboré avec succès de nouvelles méthodes pour déterminer les effets de la pollution de l'air sur la santé humaine. Nous avons élaboré une approche intégrée de la qualité de l'eau potable de la source au robinet, rédigé quatre nouvelles lignes directrices pour les contaminants présents dans l'eau (p. ex. l'arsenic) et produit un document d'orientation général à l'intention des fonctionnaires fédéraux afin d'assurer la salubrité de l'eau potable sur le territoire domaniale et les terres des Premières nations et dans les installations fédérales. Nous avons participé à la planification de la prochaine génération d'exercices d'urgence internationaux et continué de collaborer avec les gouvernements provinciaux pour améliorer les mesures de protection de la santé des Canadiens en cas d'urgence nucléaire.

Santé Canada a continué d'améliorer l'innocuité des produits destinés aux consommateurs en examinant entre autres les sièges de bain, les poussettes, les tentes, les jouets en peluche et divers produits chimiques. Dans nos laboratoires, nous avons mis à l'essai 329 produits de consommation et exécuté 29 projets de recherche concernant des enquêtes faisant suite à des plaintes de consommateurs et l'élaboration de méthodes de laboratoire. Nous avons émis 10 mises en garde ou avis

ayant trait à des produits dangereux. Nous avons effectué 7 534 inspections, rappelé 183 gammes de produits uniques et effectué 157 saisies. Nous avons répondu à 233 demandes de renseignements provenant des médias imprimés et radiodiffusés. Nous avons évalué les risques pour la santé humaine de 900 substances nouvelles et les risques pour l'environnement et le public canadiens de 25 ingrédients de produits pharmaceutiques et produits de soins personnels. Nous avons imposé des interdictions de deux ans pour quatre nouveaux polymères jugés très dangereux pour la santé humaine afin de permettre à l'industrie de développer des versions plus sûres de ces substances largement utilisées. En ce qui a trait à la protection des consommateurs contre les risques cliniques et liés aux rayonnements, nous avons inspecté plus de 400 dispositifs émetteurs de rayonnements utilisés à des fins médicales, dentaires, industrielles, commerciales, de recherche et de sécurité.

Nos scientifiques ont mis au point des méthodes et des outils fiables et peu coûteux pour déterminer les émissions d'ondes des stations de base cellulaires et ainsi favoriser l'utilisation sûre de ces appareils de communication populaires. Ils ont également travaillé à l'établissement d'une approche internationale normalisée de l'évaluation de l'exposition au rayonnement ionisant en cas d'urgence nucléaire. Nous avons modifié le règlement de manière à exiger la mention de tous les ingrédients sur les étiquettes de produits cosmétiques, conformément à la nomenclature internationale des ingrédients de produits cosmétiques. On s'attend par ailleurs à ce que l'étiquetage harmonisé réduise les barrières commerciales et accroisse les possibilités d'échange pour les fabricants canadiens. Un nouveau Règlement sur les bijoux d'enfants a été établi pour limiter la teneur en plomb et réduire le risque d'exposition des enfants au plomb.

Cette année, Santé Canada, par l'entremise de son centre de crise et d'aiguillage vers les Services d'aide aux employés (SAE), ouvert 24 heures, sept jours par semaine, a répondu à 37 000 appels, provenant d'employés de 122 organismes du secteur public, y compris des ministères et organismes fédéraux. Plus de 95 % des ministères fédéraux utilisent les SAE et le taux de satisfaction dépasse 98 %, pour les

employés clients comme pour les ministères clients. Nous avons fourni des services de santé et sécurité au travail aux ministères et organismes fédéraux et aux missions canadiennes à l'étranger et effectué quelque 15 500 évaluations de la santé, 2 400 vaccinations, 1 100 enquêtes en milieu de travail et 3 650 interventions ergonomiques. En outre, nous étions également prêts à répondre à une demande de services de santé en cas de catastrophe. Nos employés des mesures d'urgence physique et psychosociale étaient prêts à intervenir en cas d'attentat terroriste majeur et les volets d'essai du matériel, de formation du personnel et d'élaboration des procédures et des lignes directrices ont été mis au point.

Nous avons enregistré 200 000 visites et 90 000 téléchargements de documents dans le site Web de Santé Canada qui est consacré à la santé au travail et qui fournit une vaste gamme de renseignements allant des lignes directrices aux pratiques exemplaires et aux outils aidant les employés à améliorer la santé au travail et la productivité. Afin de protéger la santé des millions de voyageurs qui se rendent au Canada, nous avons mené quelque 1 200 inspections concernant les aliments, l'eau et les dispositifs généraux d'assainissement à bord des moyens de transport ferroviaire et maritime.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Programme de la sécurité des milieux Le mandat de Santé Canada consiste à se pencher sur les nombreux aspects de la vie quotidienne qui ont une incidence sur la santé des Canadiens, en produisant et en obtenant des connaissances scientifiques de haute qualité</p>	<p><i>Recherche scientifique sur la santé environnementale</i> Nous avons élaboré des outils novateurs d'évaluation des risques pour la santé humaine, afin d'étudier les risques d'exposition relatifs aux substances toxiques et de déterminer les dangers liés à ces substances.</p> <p><i>Protection contre les rayonnements dans l'environnement</i> Santé Canada a collaboré avec le personnel de l'Université d'Ottawa afin d'examiner l'évaluation des risques de cancer du poumon découlant de l'exposition au radon à domicile. http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/environ/radon_f.html</p> <p><i>Contaminants environnementaux</i> Santé Canada a collaboré étroitement avec divers partenaires, particulièrement Environnement Canada, à des outils permettant de mesurer les avantages pour la santé d'interventions visant à améliorer la qualité de l'air. Nous avons renforcé notre capacité de mesurer les effets sanitaires et socio-économiques de la pollution atmosphérique et d'améliorer l'évaluation de la mortalité connexe.</p>
<p>Le Ministère contribuera à l'assainissement des milieux et à l'accroissement de la salubrité des produits proposés aux Canadiens, par l'intermédiaire d'initiatives nouvelles et continues qui intégreront les principes du développement durable. Nous produirons de nouvelles recherches, établirons d'autres partenariats et assurerons un leadership fédéral plus solide afin d'améliorer les résultats en matière de santé, particulièrement pour les groupes vulnérables comme les enfants</p>	<p><i>Recherche scientifique sur la santé environnementale</i> Cette étude critique constitue le fondement de l'élaboration de lignes directrices clés sur l'air ambiant, de la mesure du rendement des évaluations liées à la LCPE, ainsi que de la révision et de l'élaboration de lignes directrices relatives à la qualité de l'eau. (11,2 millions de dollars)</p> <p><i>Incidences de l'environnement sur la santé</i> Des programmes conjoints ont été élaborés et entrepris entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en vue de réduire les risques pour la santé humaine liés aux facteurs environnementaux ayant trait à la qualité de l'eau, à la qualité de l'air et à la santé environnementale des enfants. Ces programmes englobent l'élaboration d'indicateurs de la santé environnementale des enfants. L'élaboration d'une stratégie fédérale sur la santé et l'environnement constitue une priorité ministérielle. (0,9 million de dollars)</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	<p><i>Qualité et salubrité de l'eau</i> Nous avons atteint l'objectif de quatre recommandations sur la qualité de l'eau potable au Canada (tel qu'approuvé par le Comité FPT sur l'eau potable à des fins de consultation). (3,5 millions de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/water-eau/index_f.html</p>
<p>Santé Canada continuera de déterminer et de réduire les risques pour la santé humaine associés aux facteurs environnementaux, notamment en ce qui concerne la qualité de l'eau, la qualité de l'air, les rayonnements et les contaminants environnementaux. Nos activités englobent l'évaluation des risques pour la santé et l'élaboration de normes et de lignes directrices</p> <p>Nous intensifierons notre travail concernant les effets du changement climatique et de la pollution atmosphérique sur la santé humaine</p>	<p><i>Incidences de l'environnement sur la santé</i> Examen des évaluations en vertu de la <i>Loi canadienne sur l'évaluation environnementale</i> (LCEE) et des évaluations des sites contaminés fédéraux (SC) :</p> <p>2003-2004— 180 LCEE 150 SC 2004-2005— 437 LCEE (1,0 million de dollars) 70 SC (3,1 millions de dollars)</p> <p>Le personnel affecté au dossier des SC a également collaboré à neuf évaluations environnementales touchant des sites. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/eval/index_f.html</p> <p><i>Protection contre les rayonnements dans l'environnement</i> Analyse de dosimètres pour mesurer l'exposition aux rayonnements :</p> <p>2003-2004— 460 000 dosimètres 2004-2005— 470 000 dosimètres (4,7 millions de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/radiation/regist/index_f.html</p> <p><i>Incidences de l'environnement sur la santé</i> Publication d'un rapport de recherche sur le changement climatique et la santé, compte rendu d'une enquête sur les activités internationales de recherche et d'élaboration de politiques dans le domaine.</p> <p>Le Bureau du changement climatique et de la santé a réalisé des progrès dans la planification de la prochaine Évaluation du changement climatique et de la vulnérabilité de la santé au Canada (2007) dont il est responsable. (0,8 million de dollars) http://www.c-ciarn.ca/health/index_f.asp</p> <p><i>Contaminants environnementaux</i> Évaluations de la qualité de l'air extérieur :</p> <p>2003-2004— 10 évaluations 2004-2005— 11 évaluations (0,2 million de dollars)</p> <p>(particules, ozone, pluies acides, éthanol, biodiésel, mortalité, formaldéhyde, dioxyde d'azote et oxyde de carbone; progrès relativement au manganèse et au MMT)</p> <p>Nous avons réalisé des progrès relativement à l'indicateur air-santé pour la mesure de l'allègement à long terme du fardeau des maladies par suite de la réduction de la pollution atmosphérique. Nous avons établi un lien entre le nombre quotidien de décès et le niveau de pollution. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>Santé Canada a relevé 5 900 +/- 2 100 décès attribuables à la pollution atmosphérique dans huit villes canadiennes.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_32_f.html</p> <p><i>Recherche scientifique sur la santé environnementale</i> Conception d'une étude épidémiologique sur les risques associés aux nouveaux produits chimiques et enquête sur l'efficacité des stratégies d'atténuation des risques.</p>
<p>Dans le cadre de la Stratégie canado-américaine sur la qualité de l'air transfrontalier, nous élaborerons un indice de la qualité de l'air (IQA) fondé sur la santé</p>	<p><i>Contaminants environnementaux</i> Les travaux relatifs à l'IQA se déroulent comme prévu. Sous réserve de l'acceptation des gouvernements provinciaux, l'IQA remanié fera l'objet d'un projet pilote au cours de l'été 2005–2006, en vue de sa mise en œuvre en 2007–2008. (0,35 million de dollars)</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/index_f.html</p>
<p>Le Ministère réalisera d'autres progrès dans l'application de la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement</i> (LCPE) de 1999 en évaluant et en catégorisant d'autres substances afin de mieux gérer et éliminer l'exposition des humains aux substances toxiques</p> <p>Tenir une consultation sur le processus de sélection et demander des renseignements additionnels sur les 849 substances nécessitant une étude approfondie qui figurent sur la Liste nationale des substances</p>	<p><i>Contaminants environnementaux</i> (0,8 million de dollars) Caractérisation de substances existantes visées par la LCPE :</p> <p>2003–2004—2 000 substances 2004–2005—catégorisation d'environ 1 900 substances existantes visées par la LCPE</p> <p>Nous prévoyons respecter l'échéance de 2006 pour la caractérisation des 23 000 substances existantes visées par la LCPE.</p> <p>Nous avons retenu 1 900 substances de la Liste nationale pour examen approfondi aux fins de catégorisation et d'évaluation préalable.</p>
<p>Nous prévoyons effectuer environ 20 évaluations d'impact en 2004–2005</p>	<p><i>Contaminants environnementaux</i> Évaluations de substances existantes visées par la LCPE :</p> <p>2003–2004—aucune évaluation 2004–2005—10 évaluations (0,4 million de dollars)</p> <p>De plus, nous avons publié des projets d'évaluation préalable pour la santé pour 50 composés perfluoroalkyliques (PFO) et sept esters de diphenyle polybrominés (PBDE), aux fins de consultation du public. (1,2 million de dollars)</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/existsub/index_f.html</p>
<p>Participer à la planification de la prochaine génération d'exercices d'urgence nucléaire internationale</p>	<p><i>Protection contre les rayonnements dans l'environnement</i> Santé Canada a collaboré avec ses partenaires internationaux à l'élaboration de l'exercice INEX-3. (3,2 millions de dollars)</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ed-ud/prepar/nuclea/index_f.html</p>
<p>Nous collaborerons avec les gouvernements provinciaux pour améliorer les mesures de protection de la santé des Canadiens au cas d'urgence nucléaire</p>	<p>Santé Canada a comblé trois lacunes de la structure d'intervention du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN) pour améliorer la protection des Canadiens en cas d'urgence nucléaire, plus précisément en élaborant un logiciel d'aide aux décisions pour la surveillance en temps réel, une méthode normalisée de dosimétrie biologique et un exercice annuel d'intervention fédérale sur le terrain en cas d'incident lié aux rayonnements.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Programme de la sécurité des produits</p> <p>Nous continuerons d'obtenir les données scientifiques nécessaires pour déterminer, évaluer et gérer les risques pour la santé et la sécurité des Canadiens associés aux produits de consommation, aux matières dangereuses en milieu de travail, aux cosmétiques, aux substances chimiques nouvelles, aux produits de la biotechnologie, aux dispositifs émettant des radiations, aux bruits extérieurs et aux rayons solaires ultraviolets</p>	<p>Nous avons imposé des interdictions de deux ans pour quatre nouveaux polymères ayant fait l'objet d'un avis et des mesures de contrôle à long terme sont en cours d'élaboration. Nous avons déterminé des risques importants pour la santé humaine liés aux produits de fractionnement. L'industrie s'emploie activement à élaborer des versions moins nuisibles de ces substances largement utilisées.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/lead-plomb/leadrisk_f.html</p> <p>http://www.ec.gc.ca/substances/nsb/fra/index_f.htm</p> <p>Nous avons continué d'accroître l'innocuité des produits proposés aux consommateurs canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nous avons effectué 7 534 inspections • nous avons rappelé 183 gammes de produits (p. ex., sacs de plastique, berceaux, tentes et briquets) • nous avons effectué 157 saisies <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/person/impact/index_f.html</p> <p>Activités dans nos laboratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nous avons évalué 329 produits de consommation (p. ex., inflammabilité des futons et teneur en plomb des bouilloires) • nous avons conclu 29 projets de recherche <p>Nous avons émis 10 mises en garde ou avis relativement à des produits dangereux. Nous avons inspecté plus de 400 dispositifs émettant des rayonnements utilisés à des fins médicales, dentaires, industrielles, commerciales, de recherche et de sécurité.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/tan-bronzage/index_f.html http://www.bccdc.org/content.php?item=196 (version anglaise seulement)</p> <p>Compte tenu des préoccupations des Canadiens à l'égard des risques et des problèmes liés à l'utilisation des téléphones cellulaires, Santé Canada a conçu, élaboré et soumis à des essais approfondis un dispositif qui offre un moyen fiable et peu coûteux de vérifier les émissions. Pour voir le type de tableaux de correspondance qui peuvent être établis à l'aide des renseignements fournis par ce dispositif, consulter le site suivant :</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/cell_base_stations/index_f.html</p> <p>Les collaborations, comme celle qui vient de prendre fin avec le gouvernement de la Colombie-Britannique et en vertu de laquelle ce dernier a emprunté un appareil et effectué des relevés dans la région de Vancouver, sont activement recherchées avec d'autres organismes FPT.</p> <p>De concert avec Environnement Canada, nous avons publié un projet de modification au Règlement sur les renseignements concernant les substances nouvelles (RSN) (produits chimiques et polymères) dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i>, le 30 octobre 2004, et nous avons commencé à préparer des consultations multipartites sur la modification de la partie du règlement visant les organismes vivants.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	<p>Nous avons négocié et signé avec le ministère des Pêches et des Océans (MPO) et Environnement Canada un protocole d'entente qui définit les rôles et responsabilités de chaque ministère relativement aux organismes aquatiques ayant des caractères nouveaux, en vue de l'élaboration, par le MPO, d'un règlement visant ces organismes, en vertu de la <i>Loi sur les pêches</i>.</p> <p>En cas d'urgence nucléaire, en ce qui concerne les personnes exposées à de fortes doses de rayonnements ionisants, l'évaluation constitue un point de départ important pour déterminer la méthode de traitement appropriée. Afin d'assurer une approche uniforme, nous travaillons à l'établissement d'une méthode internationale normalisée pour la dosimétrie biologique, comme méthode privilégiée. Pour une description de la norme utilisée, consulter le site suivant :</p> <p>http://www.iso.org/iso/fr/CatalogueDetailPage.CatalogueDetail?CSNUMBER=33759&ICS1=17&ICS2=240&ICS3=&scopelist</p>
<p>Nous augmenterons notre soutien à la Stratégie de réduction des risques liés au plomb en prenant d'importantes mesures réglementaires pour limiter la teneur en plomb des bijoux pour enfants et interdire l'importation, la promotion ou la vente de bougies munies de mèche à tige métallique contenant du plomb. Ces mesures aideront à protéger la santé des Canadiens en réduisant les risques pour la santé liés à l'exposition au plomb. Le rendement portera sur le retrait des bijoux à teneur en plomb destinés aux enfants et des bougies munies de mèche métallique contenant du plomb sur le marché canadien</p>	<p>Nous avons procédé à la publication finale du Règlement sur les bijoux pour enfants. (46,6 millions de dollars)</p> <p>http://canadagazette.gc.ca/partII/2005/20050601/html/sor132-f.html</p>
<p>Nous chercherons également à faire modifier le Règlement sur les cosmétiques afin d'exiger que les fabricants et les distributeurs de produits cosmétiques divulguent les ingrédients sur les étiquettes de leurs produits</p>	<p>Santé Canada a modifié son règlement (publié dans la Partie II de la <i>Gazette du Canada</i> le 1^{er} décembre 2004) de manière à exiger la mention de tous les ingrédients sur les étiquettes de produits cosmétiques, conformément à la Nomenclature internationale pour le Règlement sur les ingrédients des produits cosmétiques (INCI). Grâce à l'étiquetage obligatoire des ingrédients, les Canadiens obtiendront des renseignements pertinents sur la composition des produits cosmétiques vendus au Canada. Le but est d'assurer que les Canadiens soient mieux renseignés sur les cosmétiques qui contiennent des ingrédients auxquels ils peuvent être sensibles. On s'attend par ailleurs à ce que l'étiquetage harmonisé réduise les barrières commerciales et accroisse les possibilités d'échange pour les fabricants canadiens.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/person/cosmet/cosmetics-reg-cosmetiques_f.html</p> <p>Nous avons procédé à la publication finale de la modification exigeant la divulgation des ingrédients; l'entrée en vigueur est prévue pour novembre 2006.</p> <p>http://www.santecanada.ca/sg</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Nous continuerons de soutenir la mise en place du système de communication des risques, connu sous le nom de Système général harmonisé (SGH) de classification et d'étiquetage des produits chimiques, afin d'obtenir un système pleinement opérationnel en 2008</p>	<p>Nous menons des consultations auprès des intervenants sur la manière de mettre en place le SGH; les consultations englobent les organisations syndicales et professionnelles, les associations de consommateurs, les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres ministères fédéraux. (0,4 million de dollars)</p>
<p>Programme de santé au travail et de sécurité publique (PSTSP) Nous élargissons les cadres qui guident l'intervention en cas d'urgence physique et psychosociale, initialement élaborés en vertu de l'Initiative du gouvernement du Canada sur la sécurité publique et l'antiterrorisme, afin d'y inclure les urgences de santé publique comme le SRAS</p>	<p>Le volet « mesures et interventions d'urgence » (MIU) du PSTSP pour les urgences physiques met l'accent sur la planification d'urgence visant à assurer la continuité des activités gouvernementales. On a mis en place un volet MIU pour les urgences psychosociales afin d'aider à accroître la résilience des fonctionnaires fédéraux confrontés à un attentat terroriste réel ou à une menace d'attentat et pour prévenir ou atténuer les conséquences de ce type d'événement.</p>
<p>Nous intensifierons nos efforts pour créer une capacité de soutien aux personnes chargées d'intervenir en cas d'urgence et aux fonctionnaires fédéraux qui fournissent des services durant et immédiatement après de graves incidents ou des urgences de santé publique</p>	<p>Le programme MIU pour les urgences psychosociales a publié un guide intitulé <i>Se préparer et intervenir face à un incident traumatique au travail : un livret pour gestionnaires</i>, qui est distribué actuellement aux gestionnaires du Ministère. On peut consulter cette publication ainsi qu'un guide électronique plus détaillé sur les sites Internet de Santé Canada et Publiservice. Nous achevons un guide intitulé <i>Comment composer avec le traumatisme au travail : un guide électronique d'autogestion pour les employés</i>, qui sera accessible sur support électronique d'ici l'hiver 2005-2006. (0,8 million de dollars)</p>
<p>Nous continuerons à fournir des services d'inspection de l'eau et des aliments et des services d'hygiène publique à plus de 10 millions de voyageurs qui se rendent au Canada annuellement par avion, par train ou par bateau</p>	<p>Nous avons effectué environ 1 200 inspections et vérifications, fondées sur l'estimation des risques pour la santé, dans l'ensemble du Canada.</p> <p>Inspections :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 95 % des paquebots de croisière qui se rendent au Canada ont fait l'objet d'une inspection une fois par saison • 95 % des cuisines de l'air et des cuisines de train de passagers ont été inspectées une fois, selon un calendrier préétabli <p>Pourcentage d'inspections avec obtention de la note de passage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • paquebots de croisière : 97 % • cuisines à bord des trains : 97 % • cuisines hors des trains : 100 % • cuisines de l'air : 99 % <p>Nous avons délivré plus de 700 certificats de dératisation et n'avons trouvé aucune trace de présence de rats à bord de bateaux au Canada.</p> <p>Les coûts du programme sont entièrement recouverts auprès des exploitants de moyens de transport (1,55 millions de dollars en 2004-2005). Les exploitants participent chaque année à une réunion des intervenants, au cours de laquelle on discute des coûts des services. Les exploitants mentionnent qu'ils sont satisfaits et jugent qu'ils obtiennent une juste valeur du programme.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/travel-voyage/general/inspection/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Continuer d'offrir le Programme de santé des fonctionnaires fédéraux (PSFF) à plus de 20 ministères fédéraux comptant environ 250 000 personnes	<p>Durant l'année, le PSFF a effectué à l'intention des ministères fédéraux (pour 17,2 millions de dollars) environ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 500 évaluations de la santé • 2 400 vaccinations • 1 100 enquêtes en milieu de travail • 3 650 interventions ergonomiques <p>Le PSTSP a négocié avec succès des PE nationaux avec l'Agence du revenu du Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments et Parcs Canada pour la prestation continue de services de santé en milieu de travail, selon le principe du recouvrement des coûts. Ces négociations ont coïncidé avec le transfert par le Conseil du Trésor de 3,932 millions de dollars provenant de Santé Canada, dans le cadre de la MJANR du Ministère, qui a pris effet le 1^{er} avril 2004.</p>
Exploiter un centre de crise et d'aiguillage ouvert 24 heures, sept jours par semaine, qui répond annuellement à 37 000 appels d'employés travaillant dans 122 organismes du secteur public, y compris les ministères et organismes fédéraux	<p>Plus de 95 % des ministères utilisent les SAE. Le taux de satisfaction des utilisateurs du service est de 98,5 % et celui des ministères clients, de 98,7 %; 100 % des clients de l'année précédente sont revenus. Cinq ministères importants disposent toujours de leur propre programme d'aide aux employés; on discute avec quelques-uns d'entre eux pour faire du SAE leur fournisseur de choix. (4,5 millions de dollars)</p>
Établir des partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les groupes d'intervenants et d'autres ministères fédéraux pour appuyer la recherche afin d'obtenir de meilleures données scientifiques sur les risques pour la santé liés directement et indirectement au milieu de travail et de mieux comprendre la question	<p>Santé Canada continue d'examiner des approches globales à l'égard de la santé au travail, afin d'accroître les connaissances, de relever des pratiques exemplaires et de définir un programme de santé en milieu de travail. (0,29 million de dollars)</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/index_f.html</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/index_f.html</p>
Mettre l'accent sur la diffusion de l'information concernant la santé en milieu de travail et promouvoir les pratiques efficaces	<p>Le Système de santé au travail, qui représente une approche globale à l'égard des programmes de promotion de la santé, fournit aux employeurs un ensemble de principes directeurs et un processus en sept étapes pour la mise en œuvre de politiques et de pratiques de santé au travail. La demande du public a été confirmée par plus de 200 000 visites du site Internet et plus de 90 000 téléchargements de documents de mai 2004 à janvier 2005.</p>

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Les engagements découlant de cette priorité ont orienté les mesures que nous avons prises afin d'assurer la prestation de programmes intégrés d'éducation, de promotion de la santé, de réglementation, de recherche et de surveillance visant à réduire l'exposition des Canadiens aux risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées.

Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, le taux de tabagisme des Canadiens âgés de 15 ans ou plus était de 20 % dans la première moitié de 2004, soit sensiblement le même depuis 2003. Toutefois, au cours des cinq dernières années, le taux de tabagisme chez les Canadiens a diminué de façon significative puisqu'il atteignait 25 % en 1999. Cette baisse est encore plus spectaculaire chez les jeunes (de 15 à 19 ans), dont le taux de tabagisme est passé de 28 % en 1999 à 20 % au premier semestre de 2004. Le pourcentage d'enfants de moins de 12 ans régulièrement exposés à la fumée du tabac à domicile a également diminué au cours de la même période, passant de 26 % à 12 %. En 2004–2005, notre travail visait à favoriser le maintien de ces tendances générales positives. Les progrès ultérieurs dépendront de la poursuite des efforts déployés pour réduire les taux de tabagisme relativement élevés dans certains segments de la population, comme les jeunes hommes, les Autochtones, les résidents des régions rurales et de certaines régions et les personnes dont la situation socio-économique est précaire.

Nous avons maintenu l'accent sur l'élaboration et l'application dans les collectivités de toutes les régions du pays d'une approche nationale coordonnée de la promotion du renoncement au tabac. Une initiative pilote a été mise en œuvre en partenariat avec les gouvernements provinciaux de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique et avec l'Université de Waterloo. Les participants ont été recrutés et l'étude en cours doit prendre fin en 2006.

Des mesures réglementaires ont également été prises pour modifier les produits du tabac afin de réduire leurs dangers pour la santé. Le Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes a été examiné et approuvé par le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé et sa publication finale est prévue pour 2005. Cette mesure réduira le nombre de décès et les dommages découlant d'incendies attribuables à l'usage de la cigarette.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLA), ratifiée par le Canada, est entrée en vigueur en février 2005. Notre approche en matière de lutte antitabac est généralement conforme à la CCLA. Nous avons proposé un nouveau règlement sur les mises en garde dans la publicité sur le tabac afin que le Canada se conforme à l'article 13 de la CCLA et nous avons tenu des consultations auprès des intéressés sur ce nouveau projet de règlement.

En 2004–2005, nous avons effectué environ 35 000 vérifications de conformité et d'exécution dans quelque 65 000 points de vente au détail dans toutes les régions du Canada, conformément à la *Loi sur le tabac* et aux lois provinciales visant à lutter contre le tabagisme. Nous avons fourni plus de 12 millions de dollars pour l'examen, la recherche et la surveillance de l'observation des lois antitabac. En 2004, la recherche a révélé que, pour la première fois depuis le début de la surveillance en 1995, les taux de conformité des détaillants en ce qui a trait à la possibilité pour les jeunes de se procurer du tabac ont dépassé l'objectif de la Stratégie fédérale de contrôle du tabac, soit 80 % et plus d'ici dix ans. Le taux actuel est de 82,3 %.

Pour renforcer le rôle de leader de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, nous avons entrepris l'élaboration d'un Cadre national d'action sur la consommation et l'abus de drogues au Canada, au moyen de séances formelles de consultation ou d'échange d'information avec les intervenants et d'ateliers thématiques. Nous avons élaboré un programme national de recherche et déterminé la structure de gouvernance globale de la stratégie. Avec les trois millions de dollars obtenus du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue, nous avons financé 51 projets communautaires. Les priorités ont également été fixées

et un appel de propositions a été lancé en vue du financement de projets en 2005–2006.

Dans le contexte de l'application continue de la *Loi réglementant certaines drogues et d'autres substances*, nous avons travaillé avec les organismes d'exécution de la loi afin de cerner plus de 91 000 échantillons de substances contrôlées qui avaient été saisies et fourni des conseils et une aide spécialisées pour le démantèlement de 50 laboratoires clandestins. Afin d'assurer l'accès à certaines substances contrôlées à des fins approuvées et légitimes, nous avons accordé 2 759 exemptions pour l'utilisation de méthadone et 821 autorisations ou exemptions pour l'utilisation de marijuana à des fins médicales. Nous avons mis au point des modifications au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales dans le cadre de la deuxième phase et avons poursuivi notre collaboration à des projets connexes.

Nous avons publié un rapport complet sur les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) et un rapport sur les points saillants, qui renferment des

données clés sur les taux de prévalence au Canada. Comme le révèle l'ETC, la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues est particulièrement courante chez les jeunes et les jeunes adultes du Canada. Nous avons entrepris des activités de promotion de la santé et de réduction de la demande axées sur les jeunes, y compris une campagne de messages sur la marijuana et mis au point des mécanismes de diffusion par l'intermédiaire de médias reconnus. Pour continuer d'assurer l'accès aux traitements pour les jeunes et les femmes ayant de graves problèmes de toxicomanie, nous avons versé des fonds aux gouvernements provinciaux au titre du Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, programme à frais partagés à égalité et nous avons fourni des services de collecte de données, d'analyse de données et de diffusion des connaissances. Un plan a été mis au point pour réorienter le programme afin que les populations cibles, soit les jeunes et les femmes ayant des problèmes de toxicomanie, continuent d'avoir accès à des traitements novateurs.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées Diriger la Stratégie canadienne antidrogue et travailler en partenariat avec les provinces et les territoires, les municipalités, les organismes non gouvernementaux et les groupes d'intervenants</p>	<p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_f.html</p>
<p>Continuer d'appliquer la <i>Loi réglementant certaines drogues et d'autres substances</i> et le règlement y afférent, de concevoir des stratégies de réduction des méfaits et de promotion afin de lutter contre la consommation excessive d'alcool et de drogues, de fournir des conseils scientifiques spécialisés et des services d'analyse de drogues aux organismes d'exécution de la loi et de gérer le Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales de Santé Canada</p>	<p>Nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élaboré des modifications (phase 2) au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMFM) et continué à collaborer à des projets connexes, par exemple le projet pilote de distribution par l'entremise des pharmacies; <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index_f.html</p> <ul style="list-style-type: none"> • amorcé la mise en annexe d'un certain nombre de substances contrôlées et l'élaboration d'autres modifications au Règlement sur les précurseurs; <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	<ul style="list-style-type: none"> • effectué des analyses aux fins de mise en annexe de nouvelles substances, comme la kétamine et le phosphore rouge ou blanc; • surveillé la production et la distribution de marijuana à des fins médicales (<i>Prairie Plant System</i>); <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/supply-approvis/index_f.html</p> <ul style="list-style-type: none"> • collaboré avec les organismes d'exécution des lois pour identifier plus de 91 000 échantillons de substances contrôlées qui avaient été saisies et fournir des conseils et de l'aide spécialisés pour le démantèlement de 50 laboratoires clandestins; • accordé 2 759 exemptions pour l'utilisation de méthadone et 821 autorisations ou exemptions pour l'utilisation de marijuana à des fins médicales. <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/analys-drugs-drogues/index_f.html</p>
<p>Les activités de la Stratégie canadienne antidrogue continueront de viser la réduction de l'offre et de la demande de drogues, par l'entremise de programmes de prévention, de réduction des méfaits, de traitement et d'exécution</p>	<p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_f.html</p>
<p>En mai 2003, le gouvernement a annoncé qu'il investissait 245 millions de dollars sur cinq ans dans la Stratégie canadienne antidrogue. Santé Canada utilisera ces nouveaux fonds pour renforcer le rôle de leader du gouvernement fédéral dans le cadre de cette stratégie, élaborer un plan d'action national au moyen de séances de consultation ou de partage de l'information avec les intervenants et rendre compte des progrès au Parlement</p>	<p>Nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • amorcé l'élaboration d'un Cadre national d'action sur la consommation et l'abus de drogues au Canada, y compris l'organisation de dix séances formelles de consultation des intervenants et neuf ateliers thématiques; <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/nfa-can/index_f.html</p> <ul style="list-style-type: none"> • amorcé l'élaboration d'un programme national de recherche, dont quatre documents de travail et la tenue d'un atelier national; <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/nat-res-rech/index_f.html</p> <ul style="list-style-type: none"> • établi la structure de gouvernance globale de la Stratégie canadienne antidrogue.
<p>En outre, nous intensifierons la recherche effectuée au Canada sur l'abus de drogues et d'alcool, financerons le volet « traitement » du programme des tribunaux pour le traitement des toxicomanies, élaborerons un nouveau programme de subventions et de contributions pour les programmes communautaires novateurs et étendrons les activités de promotion de la santé et de prévention</p>	<p>Nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • effectué des recherches sur un certain nombre de questions clés, dont les suivantes : fumée principale et fumée secondaire du cannabis; coûts évitables (p. ex., ceux concernant les initiatives de politique publique et les modifications du comportement); • amorcé des projets de recherche et des enquêtes sur les sujets suivants : <ul style="list-style-type: none"> — abus des médicaments psychotropes au Canada; — caractérisation de l'abus d'oxycodone; — taux de prévalence dans le Nord-Ouest; — toxicomanie chez les jeunes de la rue.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>En 2004–2005, Santé Canada établira une base solide pour la nouvelle stratégie et commencera à financer les projets novateurs par l'intermédiaire du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA)</p>	<p>Nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • versé quelque trois millions de dollars pour financer 51 projets; • établi les priorités et lancer l'appel de propositions du FICSA pour 2005–2006. <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/fond-comm-fund/index_f.html</p>
<p>En outre, nous terminerons l'élaboration d'un cadre d'évaluation intégré, établirons des activités de promotion de la santé ciblant les jeunes, analyserons les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) et en rendrons compte et examinerons et modifierons le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMFM)</p>	<p>Nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fait approuver par le Conseil du Trésor le cadre horizontal de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) de la SCA; • lancé une campagne de messages sur la marijuana, une brochure sur la marijuana destinée aux parents et aux jeunes et un site Web pour les jeunes et élaboré des mécanismes de diffusion par l'entremise de médias reconnus, comme Actualité Canada; <p>http://www.drugwise-droguesoifsute.hc-sc.gc.ca/index_f.asp http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/index_f.html</p> <ul style="list-style-type: none"> • analysé les données de l'ETC et diffusé un rapport complet sur les principaux résultats concernant les taux de prévalence au Canada, de même qu'un rapport sur les points saillants. <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/alc-can/overview-apercu/index_f.html</p>
<p>Le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT) continuera d'améliorer les traitements offerts aux femmes et aux jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie</p>	<p>Nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • négocié des ententes de financement sous régime de coûts partagés avec les provinces pour les programmes et services du PTRAT et surveillé leur mise en œuvre; • élaboré un plan pour réorienter le PTRAT, conformément à une entente conclue avec le Conseil du Trésor. <p>http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/treat-trait/index_f.html</p>
<p>Programme de lutte contre le tabagisme Prendre des mesures pour encourager les fumeurs à renoncer au tabac. Nous collaborerons avec l'Université de Waterloo et les gouvernements provinciaux de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique pour évaluer une approche coordonnée en la matière. Cette initiative s'inscrira dans le travail que nous effectuerons en 2004–2005 pour soutenir la mise en œuvre d'une telle approche dans l'ensemble des collectivités du Canada</p>	<p>Devrait être terminé en mars 2006.</p> <p>C.-B. : Recrutement terminé : un peu moins de 1 200 participants. (180 milles de dollars)</p> <p>Î.-P.-É. : Au total, 1 211 participants à l'étude ont été recrutés. Tous ont reçu un certain type de counseling en matière de renoncement au tabac. (128 milles de dollars)</p> <p>Dans ces deux provinces, on a constaté que la population générale était plus consciente des options offertes en matière de renoncement au tabac.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Les données continues de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada constitueront la meilleure preuve de la réussite de ces initiatives et d'autres</p>	<p>Selon les derniers résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) fondés sur les données recueillies entre février et juin 2004, un peu plus de cinq millions de personnes, représentant 20 % de la population âgée de 15 ans ou plus, sont des fumeurs; de ce nombre, 15 % ont déclaré qu'elles fumaient quotidiennement. Ce pourcentage est comparable aux taux enregistrés pour la première moitié de 2003 (20 % pour les fumeurs actuels et 16 % pour les fumeurs quotidiens). Environ 23 % des hommes de 15 ans ou plus fument actuellement, ce pourcentage étant légèrement supérieur à la proportion de femmes (17 %). (1,37 millions de dollars)</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/index_f.html</p>
<p>Travailler à l'élaboration d'un règlement qui imposeraient des changements aux cigarettes afin de réduire le nombre d'incendies provoqués par l'usage de la cigarette de même que les dommages et les décès qui en découlent</p>	<p>La publication définitive est prévue pour juin 2005. En 2004–2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes et le Règlement modifiant le Règlement sur les rapports relatifs au tabac ont été préalablement publiés dans la partie 1 de la <i>Gazette du Canada</i>; • ils ont été examinés et approuvés par le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé. <p>http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/legislation/reg/ignition-allumage/index_f.html</p>
<p>Ratification de la <i>Convention-cadre pour la lutte antitabac</i></p>	<p>Canada a été l'un des 40 premiers pays à ratifier et à mettre en application la <i>Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac</i> (CCLA), le premier traité mondial sur la santé publique. La CCLA, qui est entrée en vigueur le 27 février 2005, vise à protéger les générations actuelle et futures des répercussions sanitaires, sociales, environnementales et économiques de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, en renforçant les initiatives de lutte contre le tabagisme partout dans le monde.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_07bk1_f.html http://www.who.int/tobacco/framework/en/ (version anglaise seulement)</p>

Résultat stratégique :

Des produits et des programmes antiparasitaires durables pour les Canadiens

Résultat pertinent dans « Le rendement du Canada » : Des Canadiens en meilleure santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Prévenir les risques inacceptables pour les humains et l'environnement découlant de l'utilisation de pesticides.

Renseignements financiers

2004-2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	45,3	48,7	47,5
Revenus prévus	(7,0)	(7,0)	(6,1)
Dépenses nettes	38,3	41,7	41,4*
ETP	541	546	475

* Représente 9,5 % des dépenses réelles au titre de la promotion et de la protection de la santé (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables au :

- financement des activités liées au virus du Nil occidental grâce à la présentation au Conseil du Trésor sur le système de santé publique pancanadien.

Résultats intermédiaires

- Protection de la santé et de l'environnement
- Confiance accrue du public et des intervenants dans la réglementation des pesticides
- Utilisation accrue de pratiques et de produits antiparasitaires à risque réduit

Résultats immédiats

- Accès à des pesticides plus sûrs
- Population et intervenants informés
- Transparence de la réglementation des pesticides
- Renforcement de la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) et à son règlement
- Utilisateurs informés au sujet des pratiques à risque réduit
- Efficacité et efficience accrues en matière de réglementation

Priorités

- Assurer l'innocuité et l'efficacité des produits antiparasitaires
- Assurer la conformité à la LPA
- Assurer le recours à des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides

Programme, ressources et liens avec le résultat

Programme	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Liens avec le résultat
Homologation des nouveaux produits antiparasitaires et prise d'une décision à leur sujet	20,0	Procéder à des évaluations de risque pour la santé humaine, la sécurité et l'environnement et à des évaluations d'efficacité et d'intérêt, fixer des limites maximales de résidu (LMR) et prendre des décisions de réglementation conformément aux normes de rendement applicables relativement aux demandes d'homologation de nouveaux produits antiparasitaires.
Évaluation des produits antiparasitaires homologués et prise de décision à leur sujet	8,2	Réévaluer les anciens pesticides en fonction des données et des renseignements courants afin de déterminer si le maintien de leur homologation est acceptable (s'ils satisfont aux normes de sécurité modernes) et le cas échéant, à quelles conditions.
Conformité	6,8	Promouvoir, maintenir et assurer la conformité à la LPA au moyen d'enquêtes et d'inspections coordonnées avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres ministères fédéraux.
Réduction des risques associés aux pesticides	2,7	Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices pour une lutte antiparasitaire durable et mettre au point des approches novatrices dans le cadre de partenariats.
Améliorations à la réglementation	3,7	Concevoir des initiatives stratégiques pour le recours à la technologie de l'information, l'élaboration des politiques, les modifications aux lois et règlements et la communication, afin de donner suite aux engagements à améliorer le rendement et la transparence et à réduire les coûts, tout en maintenant à un degré élevé la protection de la santé et de l'environnement.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Résumé

Afin de prévenir les risques inacceptables pour les humains et l'environnement, Santé Canada réglemente l'importation, la vente et l'utilisation de pesticides en vertu de l'autorité fédérale de la LPA et du règlement y afférent. Les responsabilités réglementaires permanentes constituent la majeure partie du travail, entièrement axé sur la réalisation de notre résultat stratégique. En nous fondant sur des approches et des protocoles internationalement reconnus, nous avons effectué des évaluations scientifiques de la santé, de l'environnement et de l'intérêt. Les pesticides ne sont homologués que si les risques qu'ils présentent pour la santé et l'environnement sont jugés acceptables et si le produit est efficace. Pour ce qui est des produits alimentaires, nous fixons des LMR pour les pesticides en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Nous réévaluons les anciens pesticides afin de voir si leur utilisation continue d'être acceptable compte tenu des approches scientifiques courantes. En outre, nous facilitons, encourageons et optimisons la conformité à la LPA et aux conditions d'homologation.

Santé Canada dirige les efforts fructueux déployés en collaboration avec les autres ministères fédéraux à vocation scientifique en vue d'améliorer la coordination de la recherche et des activités de réglementation ayant trait aux pesticides¹³. Nous travaillons en étroite collaboration avec le Mexique, les États-Unis et les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) afin d'harmoniser

les approches réglementaires pour l'évaluation des pesticides. Nos mesures de vérification de la conformité nous amènent fréquemment à collaborer avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et les gouvernements provinciaux. Notre ministère continuera à travailler avec Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC) pour élaborer des stratégies de réduction des risques pour le secteur agricole et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires spécialisés qui sont essentiels aux agriculteurs canadiens.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Assurer l'innocuité et l'efficacité des produits antiparasitaires

En procédant à l'évaluation des nouveaux pesticides et à la réévaluation des anciens, Santé Canada a aidé à faire en sorte que les risques associés aux pesticides ne menacent pas la santé des Canadiens et la salubrité de leur environnement. Nous avons continué à améliorer les délais pour l'homologation des nouveaux pesticides et nous avons fait des progrès dans la poursuite de nos objectifs de réévaluation. L'amélioration de l'accès à des produits à risque réduit comme solutions de rechange aux pesticides traditionnels demeure une priorité. Santé Canada a contribué à renforcer la compétitivité du secteur agroalimentaire canadien en améliorant l'accès aux pesticides « pour usages limités » qui autrement ne seraient pas commercialisés au Canada en raison des faibles ventes prévues.

¹³ Tableau des activités horizontales (http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/bpcpr-rcprp/description_f.asp).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Publier un nouveau règlement afin que la nouvelle LPA¹⁴ entre en vigueur. Aux termes de ce règlement, les fabricants de pesticides devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • créer une base de données afin de saisir et de surveiller les données sur les ventes de pesticides • déclarer les effets secondaires potentiels • fournir aux travailleurs des renseignements sur l'innocuité des produits au moyen du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) 	<p>La mise en œuvre de la nouvelle LPA continue d'être hautement prioritaire. La nouvelle loi permettra de renforcer la protection sanitaire et environnementale, d'améliorer la transparence du système de réglementation et de renforcer le contrôle des pesticides après leur homologation.</p> <p>Dans les secteurs relevant de notre compétence, l'esprit de la nouvelle LPA est déjà mis en œuvre sous forme de politiques. Par exemple, nous effectuons des évaluations cumulatives des risques, réévaluons les anciens pesticides et diffusons les projets de décisions réglementaires à des fins de consultation publique.</p> <p>Durant l'exercice, nous avons publié trois projets de règlement dans la partie 1 de la <i>Gazette du Canada</i>, afin que la population puisse les consulter (le Règlement sur les déclarations des effets néfastes; le Règlement concernant les rapports sur les renseignements relatifs aux ventes; et le Règlement sur les renseignements relatifs à la sécurité). Au nombre des activités permanentes, mentionnons la rédaction de la version finale des règlements et la révision des règlements existants à la lumière de la nouvelle LPA. Nous en sommes en train d'établir l'infrastructure opérationnelle interne, y compris l'environnement électronique, en vue de la mise en œuvre de la loi en 2005–2006.</p>
<p>Améliorer la coordination de la recherche et des activités de réglementation sur les pesticides</p>	<p>Santé Canada a facilité l'échange de renseignements avec les autres ministères responsables d'activités de recherche et de surveillance concernant les pesticides.</p> <p>Parmi les projets permanents visant une meilleure évaluation des risques liés aux pesticides et des méthodes d'atténuation, mentionnons : de nouveaux scénarios d'exposition pour les organismes aquatiques; des modèles de détermination de la dérive pour l'agriculture; une politique sur les espèces à risque; des évaluations de l'exposition pour l'eau potable.</p> <p>Pour obtenir des précisions sur les plans, les dépenses et les résultats relatifs à cette initiative, visiter le site Web du SCT : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/bpcpr-rcprp/description_f.asp</p>
<p>Examiner les demandes d'homologation de nouveaux pesticides dans les plus courts délais possibles. En outre, continuer de partager le travail et d'harmoniser les exigences en matière de données avec les organismes de réglementation internationaux</p>	<p>Santé Canada a procédé à l'homologation de neuf nouveaux ingrédients actifs, dont sept conformément aux normes de rendement (78 %). La charge de travail est demeurée lourde : plus de 3 250 décisions réglementaires ont été prises en ce qui concerne l'homologation de nouveaux pesticides ou l'apport de modifications,</p> <p>Par suite de nos efforts d'harmonisation soutenus, 16 demandes d'homologation ont fait l'objet d'un examen conjoint ou partagé. Environ 50 % des nouvelles demandes d'homologation d'ingrédient actif font l'objet d'un examen conjoint. Cette façon de procéder se traduit par des économies additionnelles, l'accès plus rapide aux nouveaux pesticides et la réduction des irritants commerciaux entre les pays.</p> <p>Les principales décisions réglementaires prises sont accessibles à l'adresse suivante : http://www.ppra-arla.gc.ca/francais/pubs/newpesticides-f.html</p> <p>Dépenses au chapitre de l'homologation de nouveaux produits antiparasitaires et des décisions connexes : 20,1 millions de dollars</p>

¹⁴ Loi sur les produits antiparasitaires <http://lois.justice.gc.ca/fr/P-9.01/index.html>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Réévaluer 401 ingrédients actifs homologués avant 1995, en ayant recours à des méthodes modernes d'évaluation des risques et à des données scientifiques courantes (2006 pour les pesticides utilisés pour les aliments et 2008 pour les autres). Rendre compte des progrès au Parlement et publier le document décisionnel</p>	<p>Ce programme aidera à faire en sorte que seuls les produits antiparasitaires sûrs et durables continuent d'être utilisés au Canada.</p> <p>D'importants progrès ont été enregistrés dans la réalisation de cet objectif. Pour ce seul exercice, nous avons mis au point 33 décisions et proposé 35 autres. Jusqu'à présent, nous avons réévalué 182 (45 %) des 401 ingrédients actifs.</p> <p>En date du 31 mars 2005, des décisions de réévaluation avaient été prises ou proposées pour 182 ingrédients actifs.</p> <p>Un rapport d'étape a été présenté au Comité permanent de l'agriculture et de l'agroalimentaire et aux comités d'intervenants. Le plan de travail de réévaluation et toutes les décisions de réévaluation sont accessibles à l'adresse suivante : http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pubs/newpesticides-f.html</p> <p>Dépenses au chapitre de l'évaluation des produits antiparasitaires homologués et des décisions connexes : 8,2 millions de dollars.</p>
<p>Assurer un accès rapide aux pesticides à risque réduit et rendre compte des résultats de l'homologation</p>	<p>L'accès des Canadiens à des pesticides plus sûrs, y compris à des pesticides à risque réduit, est une priorité. Les pesticides à risque réduit offrent de meilleures possibilités en ce qui concerne le risque sanitaire ou environnemental, comparativement aux autres produits utilisés pour les mêmes fins.</p> <p>Plus de 69 % des ingrédients actifs à risque réduit qui ont été homologués ou qui sont en cours d'homologation aux États-Unis sont homologués ou en voie de l'être au Canada.</p> <p>Huit des neuf ingrédients actifs homologués en 2004–2005 étaient à risque réduit; l'un d'entre eux a été homologué à l'issue d'un examen conjoint.</p> <p>La liste complète des ingrédients actifs, produits et usages à risque réduit disponibles au Canada est accessible à : http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pdf/rr/rr2005-01-f.pdf</p>
<p>Santé Canada et AAC faciliteront l'accès aux produits à risque réduit à des fins agricoles, y compris aux pesticides pour usages limités</p>	<p>Santé Canada a examiné 117 projets de consultation préalable à la demande d'homologation présentés par AAC, les provinces ou le secteur de la foresterie et 43 demandes d'homologation présentées par AAC ou les provinces pour des produits pour usages limités. Au total, 65 nouveaux produits pour usages agricoles limités ont été homologués, y compris 42 à risque réduit.</p> <p>Grâce à ce programme, les agriculteurs canadiens ont plus facilement accès aux pesticides nouveaux et rentables nécessaires à une agriculture durable.</p>

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Assurer la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires*

Nous nous acquittons de notre responsabilité permanente de protéger la santé des Canadiens et la salubrité de leur environnement en facilitant, en encourageant et en optimisant la conformité à la LPA et

aux conditions d'homologation. Axé sur les inspections et les enquêtes auprès des fabricants, des vendeurs, des distributeurs et des utilisateurs de pesticides, le programme de conformité est mis en œuvre par l'entremise d'un réseau d'agents régionaux de Santé Canada et d'inspecteurs de l'ACIA présents dans toutes les régions du Canada.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Rendre compte du nombre d'enquêtes et d'inspections effectuées et de mesures d'exécution prises	Santé Canada a procédé à 574 enquêtes et à 1 110 inspections dans le pays pour s'assurer que les pesticides sont fabriqués, vendus et utilisés de manière sécuritaire. Dans le cadre de ces activités, nous avons retenu 125 produits, refusé l'entrée au Canada de quatre produits non homologués, mis en œuvre 381 mesures de sensibilisation et émis 19 avis de violation entraînant des sanctions pécuniaires administratives (SPA). Dépenses au chapitre de la conformité : 6,8 millions de dollars.
Étudier de quelle manière les organismes canadiens et internationaux comparables ciblent, mesurent et déclarent leurs activités de conformité et rajuster en conséquence nos procédures opérationnelles d'ici la fin de 2007	À partir des cadres intégrés de gestion des risques de l'administration fédérale et du Ministère, nous avons mis à jour la politique de conformité et d'exécution afin de cibler les programmes et activités de conformité en visant les secteurs à risque élevé. La politique mise à jour sera publiée en 2005-2006. Le Ministère envisage également diverses options pour améliorer la collaboration fédérale-provinciale en matière de conformité. Santé Canada organise actuellement un atelier de l'OCDE sur la conformité, qui se tiendra en juin 2006 et qui aura pour but de promouvoir le ciblage en fonction du risque, la mesure des résultats et l'établissement de rapports sur les activités de conformité et d'exécution.

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Assurer le recours à des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides

Compte tenu de l'intérêt croissant des Canadiens pour la réduction des risques associés aux pesticides, nous avons à cœur d'intégrer les principes du développement durable à la lutte antiparasitaire. L'objectif est de renseigner les Canadiens sur les pratiques à risque réduit

afin de réduire la dépendance à l'égard des pesticides traditionnels et d'accroître le recours à des solutions de rechange. Nous avons continué d'élaborer et de promouvoir des produits et des pratiques antiparasitaires durables en collaboration avec les autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, les agriculteurs, l'industrie des pesticides et les organismes non gouvernementaux.
<http://www.pmr-arla.gc.ca/francais/spm/spm-f.html>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>En collaboration avec AAC, poursuivre l'élaboration de fiches techniques sur les cultures et mettre en œuvre des stratégies de réduction des risques pour les produits agricoles</p> <p>En collaboration avec ses partenaires fédéraux et provinciaux, Santé Canada élaborera un indicateur de risque pour les pesticides permettant d'évaluer la réduction du risque. Santé Canada et AAC mettront au point un indicateur pour évaluer l'adoption de la lutte intégrée en agriculture</p>	<p>En collaboration avec AAC, Santé Canada a établi 20 fiches techniques sur les cultures, lancé deux nouvelles stratégies de réduction des risques et poursuivi le travail sur six autres stratégies. Au nombre des activités permanentes, mentionnons l'élaboration d'un indicateur de risques pour les pesticides, aux fins d'évaluation de la réduction du risque et des activités de collaboration avec les provinces pour l'adoption de l'indicateur.</p> <p>Les stratégies de réduction des risques permettront de mettre à la disposition des agriculteurs canadiens des produits, pratiques et outils de réduction des risques plus efficaces, favorisant ainsi une agriculture durable.</p> <p>En 2004–2005, Santé Canada a investi environ 4 millions de dollars dans cette initiative.</p>
<p>Promouvoir auprès des propriétaires l'adoption de la lutte intégrée pour l'entretien des pelouses et fournir de meilleurs renseignements sur la réduction des risques sur les étiquettes des pesticides. En outre, travailler à l'élaboration d'un système harmonisé de classification des pesticides pour le Canada</p>	<p>Entre autres efforts permanents, signalons la négociation d'un système de classification national pour les pesticides ménagers, ainsi que les progrès enregistrés en ce qui a trait aux projets de communication de l'information et d'amélioration des étiquettes. Des rapports d'étape semestriels ont été remis aux intervenants.</p> <p>Depuis 2001, trois des sept stratégies pour des pelouses saines ont été menées à terme. L'objectif du programme est de réduire la dépendance vis-à-vis des pesticides pour l'entretien des pelouses et de promouvoir l'utilisation sécuritaire des pesticides.</p> <p>http://www.healthylawns.net/</p>
<p>La nouvelle LPA soutient l'objectif de la réduction des risques, de diverses manières. Santé Canada élaborera de nouvelles politiques et procédera à des consultations à ce sujet, afin de faciliter le recours aux stratégies et aux produits axés sur la réduction des risques. En outre, nous consulterons les intervenants sur le règlement relatif aux pesticides pour usages limités</p>	<p>Même si ces activités de réduction des risques sont autorisées par la nouvelle LPA, elles ne sont pas essentielles à une mise en œuvre efficace de la nouvelle loi. Il n'y a pas de résultat attendu de ces activités étant donné que les efforts sont concentrés sur les dispositions essentielles de la loi.</p>

Page d'accueil de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) <http://www.pmr-arla.gc.ca>
Plan stratégique de l'ARLA 2003–2008 : http://www.pmr-arla.gc.ca/francais/pdf/plansandreports/pmr-arla_strategicplan2003-2008-f.pdf

Résultat stratégique :

Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé

Résultat pertinent au titre du « rendement du Canada » : Des Canadiens en santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Un système de santé qui donne de meilleurs résultats sur le plan sanitaire grâce à une utilisation plus efficace des technologies de l'information; recherche accrue et améliorée dans le domaine de la santé; utilisation efficace d'une base de renseignements en santé à jour, accessibles et fiables; analyse en vue d'une prise de décisions axée sur des données probantes et d'une reddition de comptes améliorée à la population.

Renseignements financiers

2004-2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	98,7	107,9	107,3
Revenus prévus	0	0	0
Dépenses nettes	98,7	107,9	107,3*
ETP	608	614	629

* Représente 3,8 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement accru pour le résultat stratégique Accès à des soins de santé de qualité en ce qui concerne le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Programme d'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire
- réduction en vertu des autorisations découlant du financement direct lié à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et consigné dans le Rapport sur le rendement de l'Agence

Les dépenses réelles sont inférieures de 0,6 million de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- rajustements de fin d'année des dépenses du ministère de la Justice.

Résultats intermédiaires

- Amélioration des politiques et des programmes de santé
- Amélioration du processus décisionnel en santé et des services de santé
- Exécution plus efficace des programmes de Santé Canada

Résultats Immédiats

- Meilleure compréhension des questions de santé et du rendement du système de santé
- Utilisation accrue de la cybertechnologie dans le secteur de la santé
- Fiabilité accrue des services de gestion de l'information, de technologie de l'information et de gestion du savoir (GI/TI/GS)

Priorités

- Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé
- Élaborer un cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé
- Accroître l'accès à l'information et aux données sur la santé et leur utilisation dans les processus décisionnel et redditionnel
- Mettre en œuvre une stratégie de gestion de l'information et de technologie de l'information

Programme, ressources et liens avec le résultat

Programme	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Liens avec le résultat
Les activités entreprises conformément à ce résultat stratégique sont liées généralement aux services de soutien ministériels permanents, plutôt qu'à des programmes définis	Sans objet	Sans objet

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Résumé

Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le processus décisionnel en matière de santé

Deux secteurs d'activité du Ministère sont concernés par ce résultat stratégique. Le premier est la prestation continue de services de technologie de l'information (TI), de gestion de l'information et de gestion du savoir à Santé Canada, secteur auquel nous consacrons la majeure partie des ressources mentionnées dans le tableau ci-dessus. En 2004–2005, en plus d'exécuter nos activités quotidiennes normales, nous avons élaboré ou mis en œuvre des stratégies pour nous permettre de répondre aux besoins, de la manière la plus rentable possible, dans des secteurs comme l'amélioration des capacités en télécommunications et la sécurité de la TI.

En outre, nous représentons le centre de référence de Santé Canada pour le règlement, avec l'aide de nos partenaires, de questions stratégiques clés comme l'élaboration de normes et la télésanté; ce centre est essentiel à la mise en place de la cybersanté et à l'utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le système de soins de santé. De plus, nous améliorons l'accès aux données nécessaires aux décideurs du domaine de la santé pour prendre des décisions éclairées. Nous travaillons aussi avec d'autres collaborateurs pour élaborer des indicateurs de rendement qui permettent aux gouvernements et au système de santé de prouver qu'ils s'acquittent de leurs responsabilités envers les Canadiens.

En 2004–2005, dans l'ensemble, nous avons atteint ou dépassé nos objectifs dans tous ces secteurs. Par exemple, étant donné que les Canadiens s'attendent à ce que les questions de protection et de confidentialité des renseignements personnels soient prises en compte

dans le contexte de l'utilisation des technologies de l'information en santé, nous avons travaillé avec de nombreux partenaires pour trouver des solutions aux questions stratégiques pertinentes. Nous avons en outre effectué et financé une recherche sur la politique et l'administration de la santé qui appuie la prise de meilleures décisions dans le système de santé. Enfin, nous avons dirigé la contribution fédérale aux efforts visant à donner suite à l'engagement des gouvernements fédéral et provinciaux de rendre compte aux Canadiens du mode de fonctionnement du système de santé.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé

Une utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé est essentielle à la création d'un système de santé viable qui offre aux Canadiens un meilleur accès aux services, dès maintenant et dans l'avenir. Depuis 2001, le gouvernement fédéral a alloué 1,2 milliards de dollars à *Inforoute Santé du Canada Inc.* pour travailler avec les provinces et les territoires à l'élaboration de solutions de cybersanté pancanadiennes pour le dossier électronique de santé (DES), la télésanté et la surveillance de la santé. Par exemple, en collaboration avec les provinces et les territoires, *Inforoute* s'est fixé comme objectif la mise en place d'ici 2009, dans 50 % des régions canadiennes (selon la population), des éléments de base d'un DES interopérable. Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, Santé Canada a continué de concentrer ses efforts sur les principales questions stratégiques à régler avant qu'une approche pancanadienne efficace en matière de cybersanté puisse être mise en œuvre.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Soutenir <i>Inforoute Santé du Canada Inc.</i> : Santé Canada continuera de soutenir les efforts d'<i>Inforoute</i> par des activités d'élaboration de politiques, entre autres la collaboration intergouvernementale par l'entremise du Comité consultatif FPT sur l'information et les nouvelles technologies</p> <p>Régler les questions stratégiques de cybersanté : En sa qualité de leader et de partenaire pour les questions de santé, Santé Canada continuera à travailler, au cours des trois prochaines années, avec les provinces, les territoires, <i>Inforoute</i> et d'autres intervenants du domaine de la santé pour élaborer des options stratégiques qui permettront de donner suite aux préoccupations stratégiques de ses partenaires et des Canadiens quant à la cybersanté</p>	<p>Santé Canada a continué de soutenir <i>Inforoute</i> par des activités d'élaboration de politiques, dans des secteurs comme l'élaboration de normes et la télésanté, en travaillant en partenariat avec les provinces et les territoires pour appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un système pancanadien de cybersanté.</p> <p>Une réunion des personnes-ressources clés sur la cybersanté et le renouvellement des soins de santé primaires a permis de recueillir des renseignements pour les activités d'élaboration de politiques de Santé Canada et les travaux d'<i>Inforoute</i>.</p>

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Élaborer un cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé

Il est essentiel que nous assurions la protection de la confidentialité des renseignements personnels si nous voulons que la population soutienne le DES et les autres

éléments d'une approche pancanadienne en matière de cybersanté. En 2004–2005, nous avons mis l'accent sur la collaboration avec nos partenaires en vue de déterminer la meilleure façon de répondre à ces attentes légitimes dans le contexte de l'utilisation des nouvelles technologies.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Élaborer une approche harmonisée pour la protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé :</p> <p>Santé Canada collaborera avec ses partenaires à l'élaboration, d'ici l'automne 2004, d'un cadre pancanadien de protection de la confidentialité, qui définira des méthodes harmonisées et uniformes de manipulation des renseignements personnels en matière de santé</p>	<p>Conscients de l'importance qu'accordent les Canadiens à la protection des renseignements personnels, nous avons terminé l'élaboration du <i>Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé</i> à la fin de 2004. Ce dernier a été sanctionné par les sous-ministres FPT de la Santé en janvier 2005 (le Québec et la Saskatchewan ne se sont pas prononcés). Le cadre a un rôle titre indicatif plutôt que normatif étant donné que les législateurs ont le pouvoir ultime de déterminer le type de loi sur la protection des renseignements personnels qu'ils souhaitent adopter. Il expose un ensemble de règles harmonisées pour la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels en matière de santé, tout en permettant la transmission de renseignements au besoin pour faciliter la prestation des soins de santé, la gestion du système de santé et l'interopérabilité des dossiers de santé.</p>

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Accroître l'accès à l'information et aux données sur la santé et leur utilisation dans les processus décisionnel et redditionnel

Compte tenu de l'importance que les Canadiens accordent à la santé et de la nécessité d'utiliser à bon escient les ressources publiques, les premiers ministres se sont mis d'accord sur des mécanismes de reddition de comptes, par exemple l'utilisation d'indicateurs comparables. Les gouvernements et les responsables du système de santé tentent également de recueillir des statistiques sanitaires beaucoup plus vastes afin de faire des choix plus éclairés en matière de politiques et de programmes et également aux fins de la gestion du rendement. En 2004–2005, le Ministère a assuré la

coordination de cette tâche au sein du gouvernement du Canada et a dirigé le travail effectué en collaboration avec les autres gouvernements afin de donner suite à ces attentes. Cette orientation a été confirmée par l'engagement des premiers ministres, en septembre 2004, à mettre en œuvre le Plan décennal pour consolider les soins de santé, lequel prévoit notamment l'amélioration de la reddition de comptes aux Canadiens dans des secteurs prioritaires comme les temps d'attente, les soins à domicile, les ressources humaines en santé, la réforme des soins de santé primaires et l'innovation dans le domaine de la santé. Le rôle central de notre ministère a également été confirmé par le travail que nous avons effectué pour élaborer un nouveau cadre de mesure du rendement et améliorer les évaluations de programmes.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Rendre compte d'indicateurs de santé comparables : Santé Canada continuera de collaborer avec les provinces et les territoires pour définir d'autres indicateurs de santé comparables et soumettre un rapport à ce sujet en novembre 2004	S'étant engagés à mieux rendre compte aux Canadiens du rendement du système de santé et à leur présenter des rapports plus détaillés à ce sujet, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de fournir à la population des rapports exhaustifs et périodiques sur les progrès réalisés par rapport aux réformes mentionnées dans le Communiqué de 2000 sur la santé et l'Accord des premiers ministres de 2003 sur le renouvellement des soins de santé. Le Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé a été diffusé le 30 novembre 2004, après avoir été vérifié par la vérificatrice générale, qui s'est déclarée satisfaite de la qualité des données.
Améliorer les statistiques sur la santé En 2004–2005, les priorités étaient les suivantes : Analyser et comprendre les résultats les plus récents de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de Statistique Canada, qui dressera le premier portrait détaillé de la nutrition au Canada	L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été publiée en juin 2004 et mise à la disposition de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) à des fins d'analyse et de partage des données.
Poursuivre la collaboration soutenue avec Statistique Canada en planifiant la première Enquête canadienne sur l'examen de santé, qui permettra d'obtenir les premières mesures physiques détaillées de la santé des Canadiens, comme la pression artérielle	Nous avons collaboré avec l'ASPC et transmis périodiquement des commentaires à Statistique Canada en ce qui concerne les priorités de l'Enquête canadienne sur l'examen de santé, y compris les mesures physiques à recueillir, le libellé de l'enquête, sa logistique et son financement général. L'enquête se terminera en 2007–2008.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Comblent les lacunes de la recherche sur les politiques :</p> <p>Cerner les principales lacunes de la recherche en matière de politiques, sur lesquelles porteront les futurs travaux et définir les conditions et les projets précis pour la recherche subséquente</p>	<p>Au moyen d'un mécanisme de collaboration mobilisant toutes les directions générales hiérarchiques, quatre secteurs prioritaires pour la recherche sur les politiques ont été circonscrits et approuvés par la direction du Ministère : l'innovation dans le domaine de la santé; la santé des collectivités; la viabilité du système de santé des Premières nations et des Inuits; la recherche sur la réglementation. Ces programmes de recherche pluriannuels, qui comportent des volets interne et externe, sont en cours d'exécution.</p> <p>Nous avons publié deux Bulletins de recherche sur les politiques de santé : <i>Les ressources humaines en santé : l'offre et la demande en équilibre</i> et <i>Les enfants victimes de maltraitance : un enjeu de santé publique</i>.</p> <p>http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/index_f.html - 3</p>
<p>Améliorer le Cadre de gestion du rendement de Santé Canada :</p> <p>Obtenir des renseignements sur la mesure du rendement dans les secteurs où ils font défaut à l'heure actuelle et améliorer, dans la mesure du possible, les premières données sur le rendement</p>	<p>Notre première série de données sur le rendement a été produite en 2004-2005, marquant le début d'un processus qui allait durer au moins deux autres années, afin de fournir suffisamment de données pour permettre une interprétation valable.</p> <p>Nous avons utilisé notre Cadre de gestion du rendement pour faciliter l'élaboration de l'Architecture d'activités de programme du Ministère.</p>
<p>Renforcer les évaluations :</p> <p>Faire en sorte que les évaluations soient plus utiles pour les prises de décisions du Ministère et des organismes centraux et renforcer le rendement et le processus redditionnel du Ministère</p>	<p>Nous avons continué d'élaborer et de mettre en œuvre de nouveaux outils, normes et lignes directrices afin de renforcer notre rôle d'intendance en matière d'évaluation de programme. Entre autres, nous avons mis au point un processus axé sur les risques pour faciliter la planification et la détermination des principales évaluations, de même que des outils pour évaluer la qualité des plans de travail de projet d'évaluation, des rapports d'évaluation et des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats et pour effectuer des évaluations de l'évaluabilité.</p>
<p>Élargir le Portail canadien sur la santé (PCS) :</p> <p>Le Ministère cherchera à étendre ses partenariats au-delà des 17 ministères et organismes fédéraux qui fournissent déjà des ressources pour le PCS dans le cadre de l'initiative <i>Gouvernement en direct</i>, ce portail étant accessible sur le site du gouvernement du Canada et offrant des renseignements sur la santé</p>	<p>Depuis l'an dernier, les visites au Portail canadien sur la santé ont augmenté de 38 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les frais d'exploitation s'élèvent actuellement à 635 100 \$. • Durant l'année, nous avons négocié avec la ville de Toronto et les gouvernements du Manitoba et de l'Ontario au sujet de leur participation au Portail canadien sur la santé.

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Mettre en œuvre une stratégie ministérielle de gestion de l'information et de technologie de l'information

Étant donné l'importance des technologies de l'information et des communications et également nos ressources financières limitées, nous avons mis l'accent sur l'élaboration de processus pour l'établissement de

priorités claires. Par exemple, nous avons mis au point l'ébauche finale d'une stratégie ministérielle de gestion de l'information et de technologie de l'information, afin de guider les dépenses et les choix en matière de technologies, en particulier à la lumière de nos besoins croissants en gestion de l'information et en télécommunications.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Améliorer les pratiques de GI et détailler le cadre de GI : Le Ministère déterminera la meilleure façon d'améliorer les pratiques de GI et de détailler le cadre de GI ministériel	Nous avons défini les priorités de la gestion de l'information et un modèle ministériel de gestion des documents. Nous avons étudié la faisabilité technique de la mise en place à Santé Canada du Système (fédéral) de gestion des dossiers, des documents et de l'information (SGGDI) à compter de 2006–2007. Un processus de vérification de la capacité de gestion de l'information et un plan de viabilité de la gestion de l'information ont été élaborés.
Maintenir et améliorer l'infrastructure technologique : Prendre des mesures à l'égard des secteurs prioritaires au cours des prochaines années, y compris en ce qui concerne la capacité en matière de télécommunications, afin de répondre aux besoins en services de télésanté, en réseaux de stockage pour l'échange de l'information venant des provinces ou des intervenants et en sécurité pour ce qui est de la protection des renseignements personnels et de l'atténuation des menaces	<p>Capacité en matière de télécommunications :</p> <p>En collaboration avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, nous avons doté un plus grand nombre de collectivités canadiennes d'une capacité d'accès à la télésanté en leur fournissant une connectivité de réseau par l'intermédiaire des Services de réseaux convergents.</p> <p>Réseaux de stockage :</p> <p>En 2004–2005, les efforts ont surtout porté sur les télécommunications, comme il est mentionné plus haut. Parmi les orientations futures pour les réseaux de stockage de Santé Canada, signalons une meilleure intégration de l'environnement grâce à l'élargissement de notre infrastructure existante. Ceci permettra d'obtenir une redondance complète et l'accès à des sources d'alimentation de secours, le stockage étant déplacé hors site, dans le cadre des efforts de regroupement des installations et des mesures antisismiques.</p> <p>Sécurité de la TI :</p> <p>Le projet Prochaines étapes, une approche centralisée pour la gestion de la TI à Santé Canada, a été approuvé en février 2005. Entre autres activités prévues, mentionnons l'établissement d'un programme permanent de sécurité de la TI, axé sur les risques, qui assurera la conformité à la norme du Secrétariat du Conseil du Trésor sur la Gestion de la sécurité des technologies de l'information (GSTI) d'ici décembre 2006. La mise en œuvre de la norme nous permettra de cerner les risques de sécurité associés à la TI et d'y faire face.</p>

Résultat stratégique :

Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada

Résultats pertinents au titre du « rendement du Canada » : Des Canadiens en santé ayant accès à des services de santé de qualité; Une société inclusive qui favorise la diversité



Objectif

Améliorer les pratiques de gestion et les fonctions de soutien de base; offrir un soutien efficace pour l'exécution des programmes de Santé Canada et l'adoption de pratiques de gestion judicieuses dans l'ensemble du Ministère.

Renseignements financiers

2004-2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	199,3	251,0	231,7
Revenus prévus	(0,7)	(0,7)	(0,5)
Dépenses nettes	198,6	250,3	231,2*
ETP	1 378	1 149	1 341

* Représente 8,2 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement de soutien à la construction et à la rénovation d'installations dans les réserves des Premières nations
- financement de la mise en œuvre de certaines initiatives de publicité
- financement direct lié à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et consigné dans le rapport sur le rendement de l'Agence

Les dépenses réelles sont inférieures de 19,1 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- retards dans la mise en œuvre de certaines initiatives de publicité et en ce qui a trait aux litiges et aux règlements relatifs au sang contaminé
- mise en réserve de fonds pour couvrir les frais supplémentaires lié au régime d'avantages sociaux des employés
- rajustements de fin d'année des dépenses et dépenses moins élevées que prévu dans divers programmes

Résultats intermédiaires :

s/o

Résultats immédiats :

s/o

Priorités

- Meilleure reddition de comptes aux Canadiens grâce à l'amélioration continue des pratiques de gestion et à la gérance rigoureuse des ressources
- Prestation régionale efficace des programmes de Santé Canada, en fonction des besoins locaux
- Meilleure capacité ministérielle de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser des connaissances scientifiques objectives afin de permettre la prise de décisions éclairées et, ce faisant, d'optimiser les résultats en matière de santé et de réduire les risques pour la santé chez les Canadiens
- Mise en œuvre du volet « Santé Canada » du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles, qui vise à améliorer l'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire.

Programme, ressources et liens avec les résultats

Programme	Dépenses réelles (en M \$) ¹	Liens avec les résultats
Les activités entreprises conformément à ce résultat stratégique sont liées généralement aux services de soutien ministériels permanents, plutôt qu'à des programmes définis	Sans objet.	Sans objet.

¹ Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.

Résumé

Ce résultat stratégique s'applique à la gamme complète des activités liées aux services ministériels, sauf celles se rapportant aux technologies de l'information et à la gestion de l'information, qui relèvent du résultat stratégique « Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé ».

En 2004–2005, en plus d'exécuter nos activités permanentes, nous avons pris de nombreuses mesures pour améliorer la reddition de comptes relative à l'utilisation et à la gestion des ressources et complété ces mesures par de nouvelles initiatives de gestion des risques et une vérification interne renforcée. Nous avons également étendu les activités qui améliorent notre gestion des ressources humaines. Le Ministère étant très présent dans toutes les régions du Canada, notre personnel régional a collaboré avec les collectivités, les administrations provinciales et territoriales et de nombreux autres partenaires pour faire en sorte que les programmes et les services de Santé Canada tiennent compte des besoins et des possibilités propres aux régions.

Ce résultat stratégique vise également l'engagement ministériel à produire et à utiliser des connaissances scientifiques de haute qualité dans l'ensemble de nos stratégies et activités. Le Bureau de l'expert scientifique en chef a continué d'exercer le leadership scientifique à Santé Canada et il a assumé la responsabilité d'un large éventail d'activités visant à faire en sorte que le Ministère possède la capacité scientifique dont il a besoin pour élaborer des politiques et des programmes judicieux. Le Bureau a travaillé d'arrache-pied pour établir des liens entre les scientifiques de Santé Canada et la collectivité scientifique externe.

Les activités de soutien aux programmes de santé des collectivités de langue officielle en situation minoritaire relèvent de ce résultat stratégique. Notre ministère a continué à appuyer diverses mesures ayant pour objet d'améliorer l'accès de ces collectivités aux services de santé dans leur propre langue et d'atteindre d'autres objectifs du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Meilleure reddition des comptes aux Canadiens grâce à l'amélioration continue des pratiques de gestion et à la gérance rigoureuse des ressources

En 2004–2005, le groupe des services ministériels a fait de cette priorité l'un de ses thèmes soutenus afin de devenir une organisation responsable et efficace. Parmi les efforts déployés pour atteindre les objectifs du Plan d'action de la Stratégie de gestion moderne, signalons des activités visant à renforcer la reddition de comptes et l'intendance partout à Santé Canada. Afin d'aider à promouvoir de bonnes pratiques de gestion, le Ministère a adopté le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) proposé par le SCT en 2003. Nous nous servons du GRG pour évaluer les pratiques de gestion et cerner les secteurs où d'autres améliorations pourraient être apportées. Le Ministère est déterminé à promouvoir une culture de gestion moderne en encourageant l'excellence en gestion au sein de son environnement opérationnel complexe.

Le Ministère a travaillé activement à l'établissement de sa nouvelle Architecture d'activités de programme (AAP), à laquelle sont associées des mesures du rendement et un mécanisme de saisie de l'information dans le Système d'information sur la gestion des dépenses (SIGD) du SCT.

De plus, le Ministère fait des progrès réguliers dans la mise en œuvre du Cadre de gestion intégrée du risque (CGIR), comme le confirment l'élaboration du profil de risque organisationnel et l'achèvement récent de l'exercice d'analyse de l'environnement interne. Le risque influe sur la prise de décisions à Santé Canada et des progrès satisfaisants ont été réalisés dans l'intégration de la gestion du risque à la planification opérationnelle et stratégique.

Les stratégies relatives aux ressources humaines et au lieu de travail ont surtout porté sur l'établissement d'un milieu de travail qui illustre « l'éthique en action » et qui soit un modèle de gestion efficace des ressources humaines. En portant une attention accrue aux fonctions de vérification interne et d'enquête spéciale, nous avons renforcé notre capacité de cerner les risques et les problèmes éventuels et de prendre les mesures qui

s'imposent; comme c'est le cas lorsque nous travaillons à l'amélioration de la sécurité des biens.

La volonté du Ministère d'intégrer le développement durable aux opérations s'inscrivait dans une reconnaissance continue, de la part du gouvernement, du

rôle de leader que peuvent jouer les ministères fédéraux dans l'application des principes du développement durable aux opérations, de même qu'aux politiques et aux activités de programme.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
<p>Donner suite au Plan d'action de la Stratégie de gestion moderne</p> <p>Poursuivre la mise en œuvre du Plan d'action de la Stratégie de gestion moderne et celle du CRG</p>	<p>Dans la mise en œuvre du programme d'amélioration de la gestion, l'évaluation des capacités et des pratiques de gestion du Ministère dans le contexte du CRG a été effectuée.</p> <p>D'importants progrès ont été réalisés dans l'amélioration des pratiques de gestion et le renforcement de la gérance et de la reddition de comptes dans l'ensemble de l'environnement opérationnel complexe du Ministère.</p> <p>Santé Canada continue de déployer des efforts pour établir une culture où les gestionnaires de tous les échelons mettent l'accent sur l'amélioration de la transparence et de l'ouverture et le renforcement de la gérance et de la reddition de comptes.</p>
<p>Renforcer la reddition de comptes et la gérance</p> <p>Concevoir un régime efficace pour surveiller et évaluer activement les méthodes de gestion financière</p>	<p>Santé Canada a commencé à mettre en place un nouveau Cadre de contrôle de la gestion financière. Ce cadre vise de nombreuses priorités connexes pour l'ensemble du Ministère et il est fondé sur une vision claire de la gestion financière, que nous avons relancée en 2004-2005. Un bureau permanent a été créé. Il surveille et circonscrit les améliorations continues à la gestion financière au Ministère et il oblige tous les gestionnaires à suivre une formation à cet égard. Le Ministère continue de former les gestionnaires afin qu'ils puissent assumer leurs responsabilités respectives en matière de gestion financière et utiliser les outils dont ils ont besoin à cet égard, entre autres des instruments de délégation des pouvoirs financiers régulièrement mis à jour. Ce sont ces mécanismes qui nous permettent de clarifier et de mettre en évidence les responsabilités de gérance financière de nos gestionnaires.</p> <p>Nous avons renforcé ces mesures en apportant d'autres améliorations, notamment en rationalisant et actualisant les modalités et conditions qui régissent nos programmes de subventions et de contributions et en renforçant la gestion des contrats au Ministère.</p> <p>Nous avons continué à améliorer nos systèmes de mesure du rendement afin de pouvoir mieux définir les résultats que nous voulons obtenir et de tirer le meilleur parti possible de nos ressources, tout en étendant le recours aux analyses et aux outils de gestion des risques dans tous les secteurs de la planification et des opérations du Ministère.</p> <p>En date du 31 mars 2005, le Conseil du Trésor avait approuvé les ensembles mis à jour de modalités des programmes de notre ministère. Ce processus de renouvellement nous a permis de renforcer la gestion de 47 programmes, répartis entre huit grands ensembles de modalités, seulement six autres ensembles de modalités visant des programmes uniques. Cette modification rationalisera la gestion de ces programmes pour le Ministère comme pour les organismes partenaires. Elle complète notre nouveau cadre ministériel de gestion des subventions et contributions, lancé en 2002. Les systèmes de surveillance, de contrôle et d'examen et les processus liés aux contrats et aux subventions et contributions renforcent la reddition de comptes et l'intendance pour Santé Canada, pour les organismes qui reçoivent des subventions et des contributions et pour ceux qui obtiennent des contrats.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	<p>Santé Canada a réalisé des progrès réguliers dans la mise en œuvre de la gestion intégrée du risque, comme en témoignent l'élaboration du profil de risque ministériel et l'achèvement récent du premier exercice d'analyse de l'environnement financier interne, complément de l'analyse de l'environnement externe. Les données issues de ces deux analyses serviront à établir les priorités stratégiques.</p>
	<p>Nous avons poursuivi la mise en œuvre du Cadre de contrôle de la gestion des contrats et du plan d'action connexe qui permettront d'améliorer les pratiques de gestion des contrats de Santé Canada. Au cours de la troisième année de mise en œuvre du cadre et du plan d'action, 98 % des recommandations contenues dans ces documents ont été appliquées. Nous prévoyons que l'objectif de 100 % sera atteint d'ici novembre 2005. Le plan d'action est axé sur un certain nombre d'éléments, dont la participation de la haute direction, l'amélioration des systèmes, pratiques et contrôles de gestion, la structure de gouvernance visant à clarifier les rôles et responsabilités et les obligations redditionnelles des personnes et des comités qui prennent part à la gestion des processus contractuels, la formation obligatoire de quatre jours pour les membres du Comité de contrôle des contrats et des demandes et les employés affectés à l'assurance de la qualité de même que l'instrument de délégation révisé et renforcé qui expose les conditions se rattachant à la délégation des pouvoirs, entre autres une formation obligatoire d'une journée pour tous les gestionnaires et administrateurs de centre de coûts.</p>
<p>Gestion des personnes Offrir aux employés des occasions de discuter de valeurs et de questions d'éthique, ainsi que des conseils, un soutien et des outils, par l'intermédiaire du Centre d'éthique en milieu de travail</p>	<p>Nous avons offert une formation générale en éthique (Éthique 101, Éthique au quotidien et Leadership éthique) aux directions générales, aux organismes et aux régions.</p> <p>Nous avons mis au point des produits d'apprentissage personnalisés pour des collectivités de pratique particulières (soins infirmiers, gestion financière, organismes de réglementation, gestionnaires scientifiques etc.).</p> <p>Nous avons mis au point des compétences générales en éthique à l'intention du personnel et des exigences relatives au rendement pour les cadres.</p> <p>Nous avons poursuivi la recherche en vue de la mise au point d'un modèle ministériel de mesure du rendement en ce qui a trait aux valeurs et à l'éthique.</p>
<p>Promouvoir un environnement de travail sain pour les employés en créant le Service d'ombudsman, qui offre aux employés une ressource confidentielle, impartiale et informelle pour faciliter la résolution des problèmes liés au travail</p>	<p>Nous avons continué de promouvoir le Service d'ombudsman en offrant aux employés un service sur place et des présentations lors des réunions des cadres et des employés dans toutes les régions du pays.</p> <p>Dans le contexte du plan global de mesure de l'efficacité du Service d'ombudsman, nous avons réalisé un sondage afin de déterminer si les employés connaissaient ce service et nous avons diffusé le rapport annuel de 2004 sur le Service d'ombudsman qui fait état des tendances et des observations concernant les questions soulevées par les employés.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Mettre en œuvre les initiatives prévues dans le Plan d'action pour améliorer la santé en milieu de travail et la gestion des ressources humaines (SMTMRH)</p>	<p>Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan d'action général, Santé Canada a mis en œuvre d'importantes améliorations dans certains secteurs prioritaires, dont les suivants :</p> <p>Leadership et reddition de comptes : Intégration des objectifs de la gestion des personnes au processus de discussion sur le rendement et atteinte de l'objectif ministériel de 100 %; élaboration d'un cadre de développement du leadership (gestion) et mise en place d'une politique d'apprentissage continu; distribution aux employés d'un rapport d'étape et de mises à jour trimestrielles au comité de surveillance de la SMTMRH.</p> <p>Charge de travail : Le groupe responsable de la SMTMRH a procédé à des études sur les heures de travail supplémentaires et l'équilibre entre vie personnelle et travail chez les cadres. Les populaires publications <i>Soyez futés</i> et <i>Pratiques novatrices</i> ont également été diffusées par l'Association professionnelle des cadres supérieurs de la fonction publique du Canada (APEX) afin de permettre aux cadres de la fonction publique de résoudre les problèmes liés à la charge de travail.</p> <p>Le programme des cafétérias santé a continué de s'étendre à d'autres immeubles et des campagnes de sensibilisation sur le tabagisme, la nutrition, la santé mentale et l'activité physique ont été organisées. La politique sur l'obligation d'accommodement a été renforcée et rediffusée à grande échelle.</p>
	<p>Le Parlement a adopté la <i>Loi sur la modernisation de la fonction publique</i>, qui réforme la gestion des ressources humaines au sein du gouvernement fédéral. Pour que les programmes répondent mieux aux besoins de la population et que le processus de dotation soit plus efficace, nous avons sollicité et obtenu l'autorisation d'utiliser certains outils de dotation, comme les répertoires de préqualification, le recrutement hors concours à l'extérieur de la fonction publique et un répertoire de personnes possédant des compétences scientifiques et techniques.</p> <p>Grâce à ces mesures, le personnel de Santé Canada sera plus représentatif de la population que nous servons et le Ministère satisfera aux exigences en matière de ressources humaines dans les secteurs cruciaux de la gestion, des sciences et de la technologie.</p> <p>Plusieurs vérifications et évaluations de la gestion des ressources humaines ont été effectuées en 2004–2005. Ces vérifications et évaluations ont débouché sur des recommandations d'améliorations et des plans d'action pour 2005–2006. (Pour de plus amples renseignements, visiter le site http://www.hc-sc.gc.ca)</p>
<p>Renforcer les fonctions de vérification interne et d'enquête spéciale</p> <p>Mettre en œuvre le plan de vérification interne pluriannuel axé sur les risques</p>	<p>Notre travail de vérification interne se fondait sur le principe du risque et portait surtout sur les trois ensembles de résultats clés mentionnés dans la Politique de vérification interne du Conseil du Trésor (stratégie et pratiques de gestion du risque, cadres et pratiques de contrôle de gestion et information pour la prise de décisions et l'établissement de rapports).</p> <p>Le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR) a mis au point et déposé un plan de vérification axé sur le risque pour 2004–2005. Pour voir des résumés des rapports de vérification présentés au Comité de vérification et d'évaluation de Santé Canada en 2004–2005, visiter le site Web http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/index_f.html</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	<p>Pour renforcer la fonction d'enquête spéciale (ES) du Bureau, le BVR a établi une division distincte responsable des ES. Celle-ci a mis en place un protocole d'entente (PE) avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Santé Canada et la Gendarmerie royale du Canada. Ce PE encourage et facilite la coopération entre les ministères quant aux allégations d'écart de conduite déposées. Aux yeux des employés, des partenaires, des intervenants et des Canadiens en général, cela montre que le Ministère gère en fonction des résultats et fait preuve de rigueur dans la gestion des ressources.</p>
<p>Améliorer la sécurité des biens en matière de santé</p> <p>Mettre en œuvre un plan d'activités de trois ans afin de mieux protéger les employés ainsi que les biens et les renseignements ministériels de nature délicate</p>	<p>Le programme ministériel visant à assurer la sécurité des employés et des biens a été maintenu au niveau II—sécurité accrue—conformément aux exigences de la Norme sur l'état de préparation en matière de sécurité du Secrétariat du Conseil du Trésor.</p>
<p>Adopter un programme de sécurité intégré</p>	<p>La mise en œuvre des recommandations de la deuxième année du projet ministériel d'examen de la sécurité conduit toujours à un programme de sécurité ministériel pleinement intégré pour les installations de Santé Canada dans le pays. Ce programme produit un cadre de gestion ministériel intégrant les questions relatives à la sécurité et aux situations d'urgence à la planification et la prise de décisions touchant les programmes et les employés et contribue à assurer le maintien des services essentiels aux employés et la protection des biens.</p>
<p>Programme de continuité des opérations (PCO)</p> <p>Améliorer la structure de gestion de la planification de la continuité des opérations</p>	<p>Des consultations ont entraîné la mise à niveau de la base de données ministérielle du PCO. On a préparé un formulaire de rapport d'étape du PCO comme outil de vérification pour la surveillance du rendement de ce programme. Les employés peuvent composer un numéro ministériel 1-877 en cas d'urgence majeure mettant en danger la continuité des opérations pour savoir ce qu'il en est des ruptures de service.</p>
<p>Intégration du développement durable aux opérations</p> <p>Intégrer le développement durable aux processus de prise de décision et de gestion</p> <p>Adopter une approche en matière de prévention de la pollution et cerner, prioriser et proposer des mesures d'atténuation ou de correction en vue de régler les problèmes propres au Ministère</p>	<p>La stratégie adoptée par Santé Canada en matière de développement durable figure au tableau 14 du présent rapport et est diffusée sur le site Web du Bureau du développement durable. Pour obtenir un complément d'information, visiter le site Web http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_f.html</p>

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Prestation régionale efficace des programmes de Santé Canada, en fonction des besoins locaux

Les politiques, les programmes et les services de Santé Canada demeurent sensibles aux divers besoins des nombreuses collectivités que le Ministère dessert dans tout le pays. Grâce à des partenariats et des accords de collaboration et à l'engagement des intervenants clés et des citoyens, les bureaux régionaux de Santé Canada sont dûment informés des priorités locales et possèdent les connaissances spécialisées et la souplesse voulues pour répondre aux besoins uniques de nos collectivités. Le leadership dont Santé Canada fait preuve dans les régions pour renforcer les rapports horizontaux, faciliter les initiatives à partenaires multiples et encourager

l'innovation continuent d'être un atout important pour le Ministère au fil de l'évolution des approches provinciales et territoriales concernant la gestion du programme des soins de santé.

De plus, les régions rehaussent le profil de Santé Canada et renforcent sa présence grâce à l'utilisation stratégique du Fonds d'innovation de Santé Canada. Ce fonds permet aux régions de tirer le meilleur parti des occasions de partenariat en élaborant des projets qui répondent directement aux besoins locaux. Les résultats d'un certain nombre d'initiatives régionales financées par le Fonds d'innovation sont présentés ci-après.

NOTA : Étant donné le caractère multisectoriel et concerté des initiatives régionales décrites ici, aucun détail n'est donné sur les ressources.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Amélioration des relations avec les autres gouvernements	<p>Québec : Comité d'harmonisation des suivis des programmes en périnatalité pour familles vulnérables dans les centres locaux de services communautaires. Nous avons collaboré à la modification des fiches techniques sur la grossesse et l'accouchement qu'utilisent les CLSC pour recueillir des données sur la clientèle des programmes destinés aux enfants. Ces données nous fourniront des renseignements probants et illustreront les résultats des mesures que nous avons prises.</p> <p>Ontario et Nunavut : Cercle virtuel de représentants officiels</p> <p>Le Cercle virtuel de représentants officiels a été formé en 2003-2004 en tant que partenariat unique entre Santé Canada, le gouvernement du Nunavut et l'organisation des revendications territoriales inuites, Nunavut Tunngavik Incorporated (NTI), afin de tirer parti des technologies de l'information et des communications pour améliorer la collaboration. Les résultats de la première année comprennent une meilleure communication entre les partenaires, une approche communautaire et la sensibilisation aux programmes offerts par Santé Canada, de même qu'une analyse environnementale de la santé de la famille au Nunavut.</p>
Recherche ciblée	<p>Colombie-Britannique et Yukon : <i>Urban Design and Health</i> (aménagement urbain et santé)</p> <p>La région de la C.-B. et du Yukon a fourni à un organisme communautaire local un financement de démarrage pour mettre sur pied un projet de recherche multisectoriel intitulé : <i>Healthy Livable Communities; the Population and Urban Form Connection</i>. Le projet prévoyait la consultation des intervenants clés et l'inventaire des données disponibles. Parmi les résultats, il faut mentionner une analyse documentaire qui a mis en évidence une corrélation marquée entre la vie urbaine et la santé de la population ainsi que l'élaboration d'un modèle conceptuel pour la recherche et l'analyse.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Renforcement des réseaux d'intervenants	<p>Ontario et Nunavut : <i>Great Lakes Public Health Network</i> (réseau de santé publique du bassin des Grands Lacs)</p> <p>En 2004, la région de l'Ontario et du Nunavut a travaillé en partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en vue de concevoir la structure d'un réseau de santé publique dans le bassin des Grands Lacs. Ce réseau a pour but de faciliter la diffusion de l'information sur les questions de santé liées à l'environnement entre les gouvernements fédéral et provinciaux responsables de la protection de la santé publique dans le bassin des Grands Lacs. On se prépare à lancer une campagne de recrutement au cours de l'été 2005.</p> <p>Atlantique : <i>Atlantic Wellness Strategy</i> (stratégie du mieux-être pour l'Atlantique)</p> <p>Les ministères de la Santé des quatre provinces de l'Atlantique ainsi que la région de l'Atlantique de Santé Canada collaborent à l'élaboration d'une stratégie du mieux-être pour l'Atlantique, visant, dans un premier temps, à améliorer la nutrition et les niveaux d'activité dans le Canada atlantique en ciblant les enfants et les jeunes. En raison d'un certain nombre de facteurs, notamment de modifications structurales au sein du Ministère et de mutations de personnel chez les partenaires, les progrès sont plus lents que prévu. Toutefois, les quatre provinces, l'Agence de santé publique du Canada et Santé Canada poursuivent individuellement le travail. L'initiative continue d'être appuyée et une stratégie de mise en œuvre actualisée sera élaborée en 2005–2006.</p>
Amélioration du service aux clients et de l'accès	<p>Alberta et Territoires du Nord-Ouest : <i>SuperNet Pilot Project</i> (projet pilote SuperNet)</p> <p>En collaboration avec la Première nation de Big Stone, la région de l'Alberta et des T.N.-O. reliera bientôt le centre de santé de la réserve au SuperNet provincial, un réseau à haute vitesse, à large bande et à fibre optique. Ce branchement à un réseau à large bande fournira un accès Internet plus fiable et moins coûteux que les liens actuels par satellite et facilitera l'accès futur aux services et à l'information sur la santé disponibles par voie électronique ainsi qu'à d'autres services auparavant non disponibles dans la réserve.</p> <p>Manitoba et Saskatchewan : Évaluation complète</p> <p>L'initiative de la région du Manitoba et de la Saskatchewan qui consiste à rationaliser l'administration des rapports financiers et des rapports d'évaluation pour les groupes œuvrant dans le domaine du développement des jeunes enfants et recevant des fonds de plusieurs sources, a été lancée par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, aujourd'hui l'Agence de santé publique du Canada. Pour obtenir un complément d'information sur les initiatives de l'Agence de santé publique du Canada, visitez son site Web à http://www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html</p>

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Meilleure capacité ministérielle de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser des connaissances scientifiques objectives afin de permettre la prise de décisions éclairées et, ce faisant, d'optimiser les résultats en matière de santé et de réduire les risques pour la santé chez les Canadiens

L'expert scientifique en chef offre au sous-ministre des conseils de nature scientifique et met à contribution son leadership, sa logique et son expertise pour définir l'orientation stratégique globale des responsabilités scientifiques de Santé Canada. Il cherche à renforcer la capacité du Ministère d'effectuer des recherches scientifiques de qualité et de donner des conseils scientifiques et à garantir que les connaissances scientifiques éclairent les politiques, les programmes et les services qui améliorent la santé des Canadiens.

En 2004–2005, l'expert scientifique en chef a concentré ses efforts sur les activités suivantes.

Promouvoir l'utilisation efficace des connaissances scientifiques dans l'élaboration des politiques en offrant des conseils scientifiques de qualité pour prendre des décisions en matière de politique et de réglementation.

Améliorer la capacité et la qualité scientifiques afin que Santé Canada puisse relever les défis actuels et nouveaux auxquels les Canadiens sont confrontés.

Mieux faire connaître et comprendre les travaux scientifiques exécutés à Santé Canada.

Officialiser la politique et la gestion scientifiques à Santé Canada et ainsi accroître la crédibilité du Ministère en tant qu'organisation scientifique et lui permettre de jouer un rôle influent auprès de ses partenaires dans l'avancement du programme fédéral des sciences et de la technologie.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Promouvoir l'utilisation efficace des connaissances scientifiques aux fins de la prise de décisions</p> <p>Élaborer un cadre pour les sciences qui permettra d'améliorer la qualité et l'utilisation des connaissances scientifiques en vue d'éclairer les décisions relatives aux politiques, aux règlements et aux programmes ayant une incidence sur la santé des Canadiens</p>	<p>Le Bureau de l'expert scientifique en chef (BESC) a organisé une table ronde interministérielle afin de discuter de l'interface entre les sciences et les politiques. Un groupe composite d'experts et de décideurs a discuté des lacunes des politiques relatives aux sciences et de la constitution d'un capital social. Les participants ont cerné les points forts, les obstacles et les lacunes. Des discussions sont nécessaires pour comprendre les défis et améliorer la politique relative aux sciences.</p> <p>Les programmes et activités scientifiques de Santé Canada ont été inventoriés. L'exercice d'établissement de correspondances et la consultation approfondie de la collectivité scientifique ont mis en évidence les secteurs où des améliorations pourraient être apportées au rendement et à la gestion en ce qui concerne les sciences. Le cadre fournira également une base pour la planification scientifique, l'établissement des priorités scientifiques et la constitution de partenariats scientifiques intégrés.</p> <p>Le cadre pour les sciences définira les principes applicables aux rôles des sciences, les responsabilités liées à la gestion des activités scientifiques et à l'utilisation des ressources scientifiques et les conditions de fonctionnement essentielles à l'excellence scientifique et technologique.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	<p>Le BESC a commencé à explorer les méthodes et les bases de données pouvant aider le Ministère à trouver des experts externes pertinents et à faciliter la présentation en temps opportun de conseils scientifiques d'expert sur les questions d'importance cruciale. Le BESC a coordonné deux études de cas modèles effectuées par des experts externes (sur la salubrité et l'innocuité de la citronnelle et l'innocuité de médicaments) et il les analysera afin de mieux définir les méthodes d'identification des experts et de vérification des titres de compétence, de cerner les conflits d'intérêts, d'élaborer des procédures opérationnelles normalisées et d'établir une base de données sur les experts reconnus.</p>
Présenter des conseils à titre d'expert scientifique	<p>Le Conseil consultatif des sciences constitue pour le ministre de la Santé une source précieuse d'avis impartiaux et éclairés sur les activités scientifiques tenues à Santé Canada ou utilisées par Santé Canada. Les avis du Conseil portent surtout sur l'orientation des programmes scientifiques, les nouvelles données scientifiques et tendances scientifiques en matière de santé et les partenariats et collaborations scientifiques. Les travaux exécutés par le Conseil en 2004–2005 avaient pour thème principal la gestion des sciences en période de changement, comme il ressort des conseils donnés sur les questions de santé publique liées à la nouvelle Agence de santé publique du Canada. Le Conseil a présenté des avis sur les besoins et les capacités ministériels en matière de sciences, les stratégies de gestion du risque et le besoin d'ouverture et de transparence dans le processus décisionnel.</p> <p>Les activités scientifiques du Ministère doivent satisfaire aux normes éthiques pour la recherche mettant en cause des humains. Le Comité d'éthique de la recherche (CER), qui a pour mandat de s'assurer que toute recherche effectuée par Santé Canada et mettant en cause des humains répond aux normes d'éthique scientifique les plus rigoureuses, appuie l'expert scientifique en chef et le sous-ministre lorsqu'ils proposent des modifications ou recommandent l'approbation ou le rejet, provisoire ou définitif, d'une recherche proposée ou en cours portant sur des humains. Le CER est actif et son secrétariat, qui a ses locaux dans les bureaux du BESC, a élaboré un processus d'examen hautement respecté par les chercheurs du Ministère. En 2004–2005, le CER a examiné 75 protocoles.</p>
Améliorer la capacité scientifique et la qualité des activités scientifiques	<p>L'expert scientifique en chef s'est attaché à assurer la qualité des activités scientifiques en créant le Programme de bourses de recherche postdoctorale, qui offre des possibilités de recherche aux jeunes professionnels dûment formés et qualifiés. Le programme expose les boursiers à des possibilités de carrière à Santé Canada, mettant ainsi à la disposition du Ministère un bassin de nouveaux scientifiques. À l'heure actuelle, le programme compte dix boursiers, dont trois se sont joints au programme l'an dernier.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
<p>Mieux faire connaître et comprendre les activités scientifiques tenues à Santé Canada grâce à des partenariats avec les intervenants</p>	<p>L'expert scientifique en chef est résolu à travailler en partenariat. Le BESC s'occupe activement d'établir des partenariats afin de stimuler les progrès scientifiques qui se traduisent par une amélioration de la santé. Le plus connu de ces partenariats est celui réunissant Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'expert scientifique en chef favorise et facilite ce partenariat en catalysant les initiatives de recherche concertée dans des secteurs d'importance stratégique. Ainsi, en 2004–2005, Santé Canada était un partenaire actif sur les plans scientifique et financier dans divers projets visant à réduire les écarts de santé entre les Canadiens. De plus, le BESC a coparrainé le Forum national d'orientation sur la réduction des inégalités en matière de santé, qui a réuni des chercheurs et des représentants fédéraux et provinciaux pour amorcer la rédaction de politiques.</p> <p>Les autres partenariats en place en 2004-2005 comprennent l'Initiative sur la salubrité des aliments et de l'eau mise en œuvre en collaboration avec les IRSC, le consortium sur le syndrome respiratoire aigu sévère formé avec l'Agence de santé publique du Canada et les IRSC et des programmes d'échange novateurs offerts en collaboration avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Le Canada est un expert de la coordination de la recherche mondiale en santé, comme en témoignent les activités de la nouvelle Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM). L'IRSM est un partenariat unique entre quatre organismes fédéraux (l'Agence canadienne de développement international, les IRSC, Santé Canada et le Centre de recherches pour le développement international), qui exploitent leurs atouts particuliers pour accroître la contribution du Canada à la recherche mondiale en santé et à son utilisation.</p> <p>Sur le plan international, l'expert scientifique en chef a collaboré à l'établissement de partenariats avec l'Afrique, le Royaume-Uni, la France et l'Espagne. À titre d'exemple, l'expert scientifique en chef a assisté à un colloque Afrique-Canada-Royaume-Uni tenu à Londres. Le but de ce colloque était d'étudier comment le Canada et le Royaume-Uni pourraient collaborer efficacement afin de mettre en valeur leur potentiel scientifique et technologique avec des partenaires africains. L'expert scientifique en chef a également pris part à une réunion bilatérale avec le National Science Advisor et des experts scientifiques britanniques influents afin de discuter des relations bilatérales Canada-Royaume-Uni. Ces activités permettent à l'expert scientifique en chef de nouer des liens internationaux qui donnent lieu à des approches novatrices pour les scientifiques du Ministère et ceux des pays développés ou en voie de développement.</p>
	<p>Le Forum scientifique est devenu une vitrine nationale pour les activités scientifiques novatrices de Santé Canada. Ont notamment pris part au Forum de 2004, qui était axé sur les défis auxquels sont confrontés actuellement les Canadiens, des experts en droit, en santé environnementale, en biotechnologie, en pharmacologie et en médecine. Les discussions ont porté sur les solutions scientifiques aux grandes questions du domaine de la santé. La diversité des disciplines présentes a élargi les perspectives et enrichi la base de données probantes pour la prise de décisions éclairées sur la santé des Canadiens. Une équipe de scientifiques russes était présente, ce qui a ajouté une dimension internationale et permis l'échange de résultats de recherche et de pratiques exemplaires à l'échelon international.</p>

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	Les sciences jouent un rôle clé lorsqu'il s'agit d'aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur santé. Le BESC est déterminé à relever les défis du XXI ^e siècle en s'appuyant sur des connaissances scientifiques solides, efficaces et de qualité.

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Mise en œuvre du volet « Santé Canada » du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles, qui vise à améliorer l'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire

les langues officielles et du Plan d'action sur les langues officielles en répondant aux préoccupations en matière de santé des collectivités de langue officielle en situation minoritaire et en s'assurant qu'il est en mesure de tenir des consultations efficaces auprès de ces collectivités.

En 2004-2005, notre ministère a continué d'assumer les responsabilités qui lui incombent en vertu de la *Loi sur*

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Répondre aux préoccupations des groupes minoritaires francophones ou anglophones en ce qui concerne l'accès aux services de santé	À ce jour, grâce à une combinaison de financement et d'efforts de collaboration, 27 réseaux communautaires ont été établis au Canada, 140 étudiants du postsecondaire ayant suivi une formation en santé donnée en français dans des universités ou des collèges ont obtenu leur diplôme et des procédures ont été mises en place pour qu'une formation linguistique soit donnée aux professionnels de la santé à l'automne 2005 au Québec.
Élaborer une nouvelle politique sur les langues officielles	Le 1 ^{er} décembre 2004, Santé Canada a mis en œuvre une nouvelle politique d'appui aux collectivités de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Cette politique reflète la priorité qu'accorde le gouvernement fédéral à l'accès aux services de santé pour tous les Canadiens énoncée dans la réponse du premier ministre au discours du Trône de 2004. Aux termes de cette politique, les directions générales et les bureaux régionaux rendront compte, dans le rapport annuel de Santé Canada, de leurs activités et de leurs progrès relatifs à l'application de l'article 41 de la <i>Loi sur les langues officielles</i> . Les mécanismes mis en place pour favoriser les consultations, comprennent la mise à jour des listes de personnes-ressources et des bases de données régionales sur les CLOSM, une invitation aux CLOSM à participer à la présentation de propositions de projets dans le cadre de divers programmes et activités, la participation de représentants de Santé Canada aux travaux de comités, de sous-comités et de groupes de travail sur les CLOSM et à des ateliers communautaires et la participation des employés de Santé Canada à des séances d'information internes sur la <i>Loi sur les langues officielles</i> .

Section III

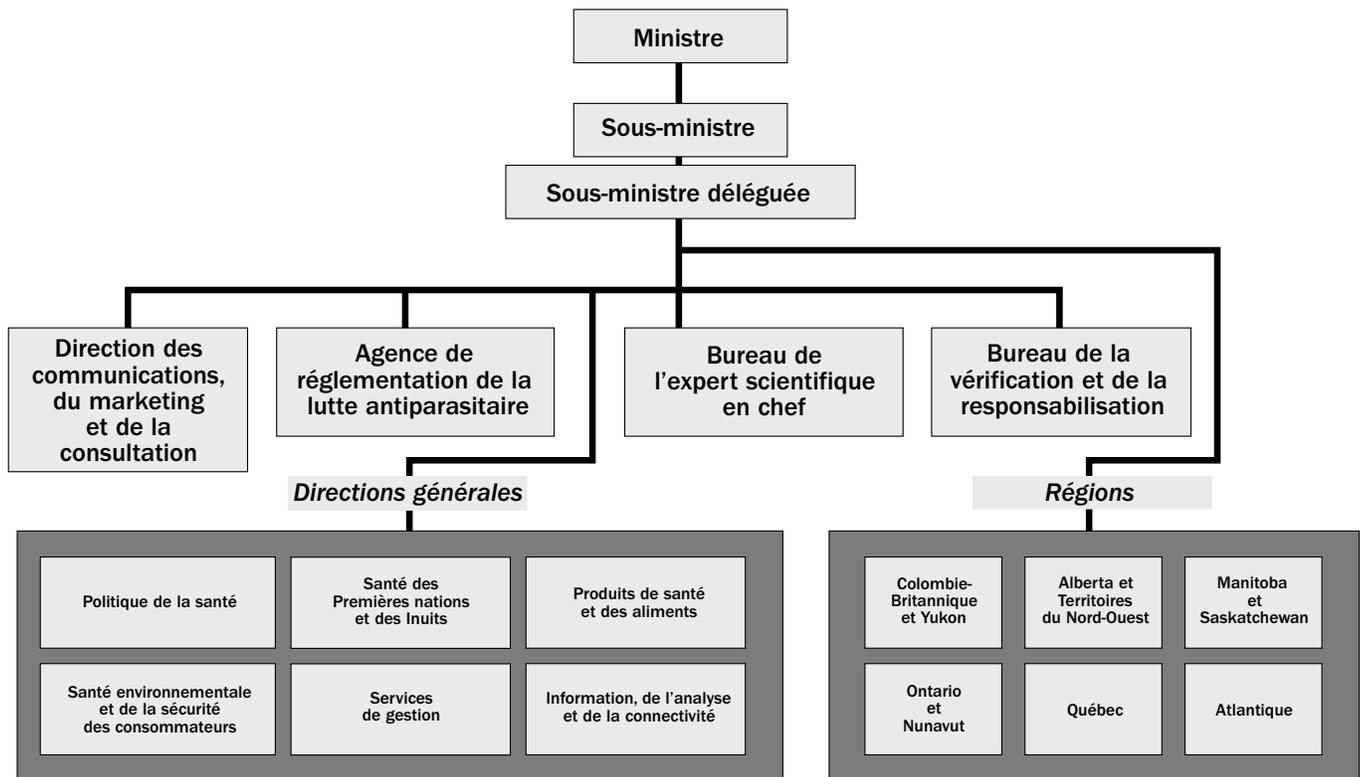
Renseignements supplémentaires

Organigramme

Le présent organigramme indique le partage principal des responsabilités et correspond à la structure par secteur d'activité au sein de Santé Canada au 31 mars 2005.

Un seul changement important est survenu au cours de 2004–2005. L'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique a servi

de fondement à la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada (ASPC), laquelle est entrée en vigueur le 24 septembre 2004. Ce changement est décrit en détail dans la Section I du présent rapport, soit dans le sommaire du rendement.



Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/index_f.html

Tableau de concordance entre le Budget principal des dépenses de 2005–2006 de la structure par secteurs d'activités et par activités de programme

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Secteurs d'activités	Activités de programme					Total
	Politique, planification et information en matière de santé (PPIS)	Produits de santé et aliments (PSA)	Santé environnementale et sécurité des consommateurs (SESC)	Réglementation des produits antiparasitaires (RPA)	Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI)	
Politique en matière de soins de santé (PSS)	356,4					356,4
Promotion et protection de la santé (PPS)		184,0	211,7	41,4		437,1
Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI)					1 684,6	1 684,6
Gestion de l'information et du savoir (GIS)	50,3	14,3	14,4	3,3	25,0	107,3
Gestion et administration ministérielles (GAM)	15,3	41,2	41,6	9,3	123,8	231,2
Budget principal des dépenses— Dépenses de programmes nettes	422,0	239,5	267,7	54,0	1 833,4	2 816,6

Tableau financier 1 : Comparaison des dépenses prévues aux dépenses réelles (équivalents temps plein compris)

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau compare les données du Budget principal des dépenses, des dépenses prévues, du total des autorisations et des dépenses réelles du plus récent exercice terminé, de même que les dépenses réelles des deux exercices précédents.

L'augmentation de 141,2 millions de dollars du Budget principal par rapport aux Dépenses prévues est attribuable au financement prévu pour des initiatives comme le Système de santé publique pancanadien, la Stratégie canadienne sur le diabète, la Stratégie de guérison des Innus du Labrador et l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée.

La baisse de 424,2 millions de dollars des Dépenses prévues par rapport au Total des autorisations est principalement attribuable à la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) le 24 septembre 2004 et au transfert subséquent de fonds. La réduction du financement relié au nouveau processus de gestion de la publicité annoncé par le Cabinet en mars 2004 constitue aussi un facteur important.

La différence de 66,7 millions de dollars entre le Total des autorisations et les Dépenses réelles tient surtout aux éléments suivants :

- le financement de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT) à reporter pour les besoins des exercices subséquents;
- la baisse des dépenses prévues au chapitre des services de santé non assurés;
- les délais enregistrés par le Programme des pensionnats indiens;
- les délais enregistrés dans la mise en œuvre de certaines initiatives de publicité;
- les rajustements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice.

L'augmentation de 1 375,8 millions de dollars des dépenses de 2002–2003 à 2003–2004 tient principalement au financement des activités sur le SRAS, le VNO et l'EBS et au versement de quatre importantes subventions (à la province de l'Ontario pour le SRAS, à Inforoute Santé du Canada inc., à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et à l'Institut canadien d'information sur la santé).

Tableau financier 1 : Comparaison des dépenses prévues aux dépenses réelles (équivalents temps plein compris) (suite)

Secteurs d'activités	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Dépenses réelles	2004-2005			
			Budget principal	Dépenses prévues (1)	Total des autorisations (2)	Dépenses réelles (2)
Politique en matière de soins de santé	133,1	324,4	369,7	378,4	363,3	356,4
Promotion et protection de la santé	802,2	1 173,9	825,3	929,9	452,7	437,1
Santé des Premières nations et des Inuits	1 465,4	1 553,9	1 677,3	1 701,9	1 709,1	1 684,6
Gestion de l'information et du savoir	111,1	767,1	98,4	98,7	107,9	107,3
Gestion et administration ministérielles	206,1	274,4	195,6	198,6	250,3	231,2
Total	2 717,9	4 093,7	3 166,3	3 307,5	2 883,3	2 816,6
Moins : Revenus non disponibles	-35,2	-56,0	0,0	-8,6	-8,6	-51,3
Plus : Coût des services reçus à titre gracieux*	78,5	89,5	0,0	86,8	86,8	58,9
Coût net pour le Ministère	2 761,2	4 127,2	3 166,3	3 385,7	2 961,5	2 824,2
Équivalents temps plein	8 833	9 572	9 020	9 133	7 778	8 026

1) tirés du Rapport sur les plans et les priorités de 2004-2005

2) tirés des Comptes publics de 2004-2005

* Les services reçus à titre gracieux comprennent habituellement les locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC), la part des primes d'assurance des employés payée par l'employeur, l'indemnisation des victimes d'accidents du travail assurée par Développement social Canada et les services reçus de Justice Canada.

Tableau financier 2 : Utilisation des ressources par secteur d'activités

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau montre comment les ressources sont utilisées au sein de Santé Canada par poste voté et par secteur d'activités.

Secteurs d'activités	Fonctionnement	Immobilisations	Subventions et contributions	Totale : dépenses brutes	Moins : revenus disponibles	Totale : dépenses nettes
Politique en matière de soins de santé						
(Budget principal des dépenses)	75,7		294,0	369,7		369,7
(Dépenses prévues)	84,4		294,0	378,4		378,4
(Total des autorisations)	85,8		277,5	363,3		363,3
(Dépenses réelles)	82,9		273,5	356,4		356,4
Promotion et protection de la santé						
(Budget principal des dépenses)	618,4		267,3	885,7	-60,4	825,3
(Dépenses prévues)	712,8		277,5	990,3	-60,4	929,9
(Total des autorisations)	470,8		43,2	514,0	-61,3	452,7
(Dépenses réelles)	445,5		42,9	488,4	-51,3	437,1
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Budget principal des dépenses)	943,1		739,7	1 682,8	-5,5	1 677,3
(Dépenses prévues)	950,4		757,0	1 707,4	-5,5	1 701,9
(Total des autorisations)	932,6	0,3	781,7	1 714,6	-5,5	1 709,1
(Dépenses réelles)	908,9	0,3	779,4	1 688,6	-4,0	1 684,6
Gestion de l'information et du savoir						
(Budget principal des dépenses)	76,4		22,0	98,4		98,4
(Dépenses prévues)	76,7		22,0	98,7		98,7
(Total des autorisations)	80,1		27,8	107,9		107,9
(Dépenses réelles)	79,8		27,5	107,3		107,3
Gestion et administration ministérielles						
(Budget principal des dépenses)	171,6	3,9	20,8	196,3	-0,7	195,6
(Dépenses prévues)	174,7	3,9	20,7	199,3	-0,7	198,6
(Total des autorisations)	195,7	3,0	52,3	251,0	-0,7	250,3
(Dépenses réelles)	176,4	3,0	52,3	231,7	-0,5	231,2
Total						
(Budget principal des dépenses)	1 885,2	3,9	1 343,8	3 232,9	-66,6	3 166,3
(Dépenses prévues)	1 999,0	3,9	1 371,2	3 374,1	-66,6	3 307,5
(Total des autorisations)	1 765,0	3,3	1 182,5	2 950,8	-67,5	2 883,3
(Dépenses réelles)	1 693,5	3,3	1 175,6	2 872,4	-55,8	2 816,6

L'écart enregistré entre les Dépenses prévues et le Total des autorisations pour le secteur d'activités Promotion et protection de la santé est principalement attribuable à la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) le 24 septembre 2004 et au transfert subséquent des fonds (Fonctionnement, Subventions et contributions), ainsi qu'à une réduction du financement relié au nouveau processus de publicité annoncé par le Cabinet en mars 2004.

L'écart enregistré entre les Dépenses prévues et le Total des autorisations pour le secteur d'activités Gestion et administration ministérielles est principalement relié au financement (contributions) prévu pour appuyer la construction et la restauration d'installations sur les réserves des Premières nations et au financement de la mise en œuvre d'initiatives bien précises sur la publicité.

Des explications plus détaillées sur l'ensemble des secteurs d'activités sont présentées dans la Section II : Analyse du rendement par résultat stratégique.

Tableau financier 3 : Postes votés et législatifs

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau reprend essentiellement le tableau sommaire du Budget principal des dépenses. Cette présentation des ressources est celle que reçoit le Parlement. Ce dernier approuve les postes votés; les postes législatifs sont indiqués à titre d'information.

Poste voté		2004-2005			
		Budget principal des dépenses	Dépenses prévues (1)	Total des autorisations (2)	Dépenses réelles (2)
Santé Canada					
1	Dépenses de fonctionnement	1 702,4	1 814,9	1 602,3	1 542,7
5	Subventions et contributions	1 343,8	1 371,2	1 182,6	1 175,7
(L)	Traitement et allocation d'automobile du Ministre	0,1	0,1	0,1	0,1
(L)	Paiements pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé	—	—	-0,1	-0,1
(L)	Inforoute Santé du Canada Inc.	—	—	0,0	0,0
(L)	Dépenses des revenus tirés de la disposition des biens excédentaires de l'État	—	—	0,3	0,1
(L)	Remboursement des revenus de l'exercice précédent	—	—	0,1	0,1
(L)	Droits des agences de recouvrement	—	—	0,0	0,0
(L)	Contributions aux avantages sociaux des employés	120,0	121,3	98,0	98,0
Total du Ministère		3 166,3	3 307,5	2 883,3	2 816,6
1) tirés du Rapport sur les plans et priorités de 2004-2005					
2) tirés des Comptes publics de 2004-2005					
(L) Indique les dépenses que le Ministère est tenu de faire et qui n'exigent pas de loi sur les crédits.					

Tableau financier 4 : Coût net pour le Ministère (EN MILLIONS DE DOLLARS)

	2004-2005
Dépenses réelles totales	2 816,6
<i>Plus : Services reçus à titre gracieux</i>	
Locaux fournis par TPSGC	10,3
Contributions de l'employeur aux primes du régime d'assurance des employés et dépenses payées par le SCT	44,5
Indemnisation des victimes d'accidents du travail assurée par Développement social Canada	0,8
Dépenses et traitements connexes liés aux services juridiques fournis par Justice Canada	3,3
<i>Moins : Revenus non disponibles</i>	
	-51,3
Coût net pour le Ministère en 2004-2005	2 824,2

Tableau financier 5 : Passif éventuel

Le Ministère est nommé dans un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement, surtout pour des allégations de négligence concernant la réglementation des instruments médicaux ainsi que du sang et des produits pharmaceutiques. Comme les litiges en question en sont aux premiers stades et que les questions en jeu sont complexes, il n'est pas possible en ce moment de donner une estimation fiable des passifs éventuels qui pourraient s'ensuivre.

Tableau financier 6 : Sources des revenus disponibles et des revenus non disponibles (EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau reflète l'ensemble des revenus disponibles par secteur d'activités ou secteur de services et des revenus non disponibles par classement et par source.

Les revenus disponibles proviennent des droits d'utilisation ou du recouvrement du coût des services ministériels. Ces revenus, internes et externes au gouvernement, lui sont pour la plupart externes.

Les revenus disponibles proviennent de différentes sources, dont les instruments médicaux, la dosimétrie, l'évaluation des présentations de drogues, les médicaments vétérinaires, la réglementation de la lutte antiparasitaire, la sécurité des produits, les revenus hospitaliers provenant du paiement des services rendus dans les hôpitaux des Premières nations et des Inuits, que couvrent les régimes provinciaux et territoriaux, et la vente de médicaments et de services de santé aux communautés des Premières nations.

Les revenus non disponibles sont montrés par source afin d'exprimer les données dans un format utile. Le Ministère n'est pas autorisé à dépenser ces revenus.

	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Revenus réels	2004-2005			
			Budget principal des dépenses	Revenus prévus	Total des autorisations	Revenus réels
REVENUS DISPONIBLES						
Secteurs d'activités ou secteurs de services						
Promotion et protection de la santé						
Santé de la population et santé publique	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Produits de santé et aliments	32,2	34,2	40,7	40,7	40,7	34,7
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	7,5	8,6	12,7	12,7	13,6	10,5
Réglementation en matière de lutte antiparasitaire	6,8	6,6	7,0	7,0	7,0	6,1
Santé des Premières nations et des Inuits						
Santé des Premières nations et des Inuits	5,9	3,5	5,5	5,5	5,5	4,0
Gestion et administration ministérielles						
Services de gestion	0,4	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5
Total des revenus disponibles	52,9	53,5	66,6	66,6	67,5	55,8
REVENUS NON DISPONIBLES						
Principal classement et principale source						
Revenus non fiscaux						
Remboursement de dépenses	27,0	43,9				41,8
Vente de biens et de services	0,7	6,1				2,5
Autres droits et frais	7,2	5,8		8,6	8,6	6,8
Produits de l'aliénation de biens excédentaires de l'État	0,3	0,2				0,2
Divers revenus non fiscaux	0,0	0,0				
Revenus non disponibles totaux	35,2	56,0	0,0	8,6	8,6	51,3
Revenus totaux	88,1	109,5	66,6	75,2	76,1	107,1
<i>L'écart entre les revenus disponibles réels en santé des Premières nations et des Inuits de 2002-2003 et ceux de 2003-2004 est attribuable au transfert à la compétence provinciale de 3,6 millions de dollars d'autorisations de revenus liés à l'hôpital de Sioux Lookout.</i>						
<i>L'écart entre les revenus disponibles réels de 2003-2004 et ceux de 2004-2005 au titre de la Santé environnementale et sécurité des consommateurs est attribuable à l'autorité des revenus disponibles pour les matériels médicaux.</i>						

Tableau financier 7 : Besoins en ressources par direction générale

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales du Budget principal des dépenses pour 2004–2005 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activités.

Organisation	Secteurs d'activités					Total
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	
Politique de la santé						
(Budget principal des dépenses)	369,7					369,7
(Dépenses prévues)	378,4					378,4
(Total des autorisations)	363,3					363,3
(Dépenses réelles)	356,4					356,4
Santé de la population et santé publique						
(Budget principal des dépenses)		375,2				375,2
(Dépenses prévues)		472,8				472,8
(Total des autorisations)						0,0
(Dépenses réelles)						0,0
Produits de santé et aliments						
(Budget principal des dépenses)		179,9				179,9
(Dépenses prévues)		183,4				183,4
(Total des autorisations)		198,1				198,1
(Dépenses réelles)		184,0				184,0
Santé environnementale et et sécurité des consommateurs						
(Budget principal des dépenses)		232,0				232,0
(Dépenses prévues)		235,4				235,4
(Total des autorisations)		212,9				212,9
(Dépenses réelles)		211,7				211,7
Agence de réglementation et de la lutte antiparasitaire						
(Budget principal des dépenses)		38,2				38,2
(Dépenses prévues)		38,3				38,3
(Total des autorisations)		41,7				41,7
(Dépenses réelles)		41,4				41,4

Tableau financier 7 : Besoins en ressources par direction générale (suite)

Organisation	Secteurs d'activités					Total
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	
Santé des Premières Nations et des Inuits						
(Budget principal des dépenses)			1 677,3			1 677,3
(Dépenses prévues)			1 701,9			1 701,9
(Total des autorisations)			1 709,1			1 709,1
(Dépenses réelles)			1 684,6			1 684,6
Information, analyse et connectivité						
(Budget principal des dépenses)				98,4		98,4
(Dépenses prévues)				98,7		98,7
(Total des autorisations)				107,9		107,9
(Dépenses réelles)				107,3		107,3
Services de gestion						
(Budget principal des dépenses)					92,7	92,7
(Dépenses prévues)					93,6	93,6
(Total des autorisations)					107,9	107,9
(Dépenses réelles)					94,5	94,5
Exécutif du Ministère						
(Budget principal des dépenses)					102,9	102,9
(Dépenses prévues)					105,0	105,0
(Total des autorisations)					142,4	142,4
(Dépenses réelles)					136,7	136,7
Total						
(Budget principal des dépenses)	369,7	825,3	1 677,3	98,4	195,6	3 166,3
(Dépenses prévues)	378,4	929,9	1 701,9	98,7	198,6	3 307,5
(Total des autorisations)	363,3	452,7	1 709,1	107,9	250,3	2 883,3
(Dépenses réelles)	356,4	437,1	1 684,6	107,3	231,2	2 816,6
% du total	12,7%	15,5%	59,8%	3,8%	8,2%	100,0%
<p>Nota : La création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) le 24 septembre 2004 et le transfert subséquent des fonds de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'ASPC, ainsi que des services de soutien ministériels connexes, ont entraîné le report du total des autorisations et des dépenses réelles dans le RRM de l'ASPC de 2004-2005.</p>						

Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation (suite)

A.	Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	2004-05				Exercices de planification				
					Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Revenus réels ¹ (en milliers de dollars)	Coût total ² (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Coût total prévu ² (en milliers de dollars)	
								SPDN : Comp/C et F = 180	222				
								SPDN : Clin seulement = 300	311				
								SPDN : C et F/Étiquetage = 180	191				
								SPDN : Reclassé (pas de nouvelle indication) = 180	317				
								SPDN : Étiquetage seulement = 60	49				
								SPADN : Clin seulement = 300	297				
								SPADN : Comp/C et F = 180	227				
								SPADN : C et F/Étiquetage = 180	164				
								SPADN : Étiquetage seulement	115				
								DIN et données = 210	289				
								DIN et formule = 180	183				
								Produits biologiques^{3,6}					
								PDN : Priorité = 180	743				
								PDN : SAN = 300	888				
								PDN : Clin/C et F = 300	908				
								SPDN : Clin/C et F = 300	669				
								SPDN : Comp/C et F = 180	101				
								SPDN : Clin seulement = 300	763				
								SPDN : C et F/Étiquetage = 180	403				
								DIN et données = 210	185				
								DIN et formule = 180	103				

Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation (suite)

A.	2004-05						Exercices de planification				
	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Revenus réels ¹ (en milliers de dollars)	Coût total ² (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Coût total prévu ² (en milliers de dollars)
Frais d'utilisation	Demande d'homologation de matériels médicaux	Loi sur la gestion des finances publiques (LGFP)	Août 1998	2 688	3 482	8 562	Matériels médicaux⁴	Résultats liés au rendement	2005-06	3 244	Non disponible.
							Catégorie II = 15	17	2006-07	3 352	
							Catégorie III = 75	67	2007-08	3 460	
							Catégorie III Modifications importantes = 75	69			
Autorisation de vendre un matériel médical	Loi sur la gestion des finances publiques (LGFP)	Août 1998	2 150	2 367	7 249	Catégorie IV Demande prioritaire = 45	16	Ne s'applique pas.	2005-06	1 622	Non disponible.
						Catégorie IV Modifications importantes = 90	78	2006-07	1 730		
Licence d'établissement de matériels médicaux	Loi sur la gestion des finances publiques (LGFP)	Janvier 2000	1 935	2 131	5 995	Norme à élaborer		Ne s'applique pas.	2007-08	1 784	
						Norme à élaborer			2005-06	2 055	Non disponible.
Évaluation des drogues vétérinaires	Loi sur la gestion des finances publiques (LGFP)	Mars 1996	802	665	7 252	Drogues vétérinaires^{5,6}		La Direction des médicaments vétérinaires s'était fixée pour objectif de rendre une décision sur 90 % des ensembles de données reçus plus de 24 mois avant le 1 ^{er} avril 2003 et de rendre une décision sur 90 % des ensembles de données reçus plus de 18 mois avant le 1 ^{er} avril 2004; ces objectifs ont été réalisés.	2005-06	716	Non disponible.
						PDN, PADN = 300			2006-07	776	
						SPDN, SPADN = 240			2007-08	806	
						Administrative = 90					
						DDIN = 120					
						CDO = 90					
						PDNR/CEE = 60					
						Étiquetage = 45					
						Distribution d'une drogue pour traitement d'urgence = 2					

Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation (suite)

		2004-05						Exercices de planification			
Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Revenus réels ¹ (en milliers de dollars)	Coût total ² (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Coût total prévu ² (en milliers de dollars)
DGPSA Total partiel	Réglementaire (R)			38 846	37 669	121 366			2005-06 2006-07 2007-08	39 237 39 894 40 412	
DGPSA Total partiel	Autre (A)			200	221	591			2005-06 2006-07 2007-08	218 218 218	
DGPSA TOTAL				39 046	37 890	121 957			2005-06 2006-07 2007-08	39 455 40 112 40 630	
AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE (ARLA)											
		2004-05						Exercices de planification			
Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Revenus réels ¹ (en milliers de dollars)	Coût total ² (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Coût total prévu ² (en milliers de dollars)
Frais à payer pour les services d'examen des demandes d'homologation de produits antiparasitaires	Réglementaire (R)	Loi sur les produits antiparasitaires (LPA)	avril 1997	2 657	2 285	20 380	L'objectif est que 90 % des présentations, toutes catégories confondues, soient traitées selon les échéances mentionnées. La catégorie A* comprend : norme (550 jours); homologation des usages limités à la demande des utilisateurs (HULDU) (365 jours); examens conjoints (variable); risque réduit (variable).	Category A = 70 %	2005-06 2006-07 2007-08	8 000 8 000 8 000	46 554 46 157 46 820
							La catégorie B* comprend : norme/priorité (365 jours); risque réduit (variable).	Category B = 93 %			

Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation (suite)

A.	2004-05						Exercices de planification				
	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Revenus réels ¹ (en milliers de dollars)	Coût total ² (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Coût total prévu ² (en milliers de dollars)
Frais d'utilisation											
Frais à payer pour le droit ou le privilège de fabriquer ou de vendre des produits antiparasitaires au Canada, et d'établir des limites maximales de résidus relativement à un produit antiparasitaire	Réglementaire (R)	Loi sur la gestion des finances publiques (LGFP)	avril 1997	5 343	4 594	27 120	La catégorie C* comprend : norme (180 ou 225 jours); priorité (98 jours). *Comprend les dérogations à la Politique concernant la gestion des présentations.	Catégorie C = 94 %			
ARLA	Total partiel (R) 8 000 Total partiel (A) 0 Total 8 000	Total partiel (R) 6 879 Total partiel (A) 0 Total 6 879					Ne s'applique pas.	Ne s'applique pas.	Total partiel 2005-2006 8 000 Total partiel 2006-2007 8 000 Total partiel 2007-2008 24 000	8 000 8 000 8 000 Total 24 000	

Remarque : le coût complet est fondé sur les coûts réels rapportés par l'ARLA en 2004-2005 et sur le budget principal des dépenses pour les exercices suivants.

Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation (suite)

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE GESTION (DGSG)												
A.	2004-05					Exercices de planification						
	Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Revenus réels ¹ (en milliers de dollars)	Coût total ² (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus ¹ (en milliers de dollars)	Coût total prévu ² (en milliers de dollars)
	Frais exigés pour le traitement des demandes d'accès en vertu de la Loi sur l'accès à l'information	Autre (A)	Loi sur l'accès à l'information	1992	Sans objet (Voir la note 8)	20,3	1 700 (Voir la note 9)	Cadre en cours d'élaboration par le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). Renseignements supplémentaires : http://lois.justice.gc.ca/fr/A-1/index.html	Les échéances prévues par la loi sont respectées 73 % du temps.	2005-06 2006-07 2007-08	Sans objet (Voir la note 8)	1 700 1 700 1 700 (Voir la note 9)
B. DATE DE LA DERNIÈRE MODIFICATION												
Sans objet												
C. AUTRES RENSEIGNEMENTS												
Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA)												
¹ Les revenus prévus et réels sont déclarés comme revenus bruts, basés sur une comptabilité de caisse.												
² L'initiative de la DGPSA sur les frais d'utilisation externe est en train de mettre en place un cadre de frais d'utilisation externe qui comprend un modèle d'établissement des coûts qui a été développé en consultation avec ses intervenants. Le nouveau modèle d'établissement des coûts ainsi que sa méthodologie pourront avoir un impact sur la prévision de coûts de l'année financière 2005-2006 et les cycles de déclaration à venir.												
³ L'évaluation des présentations de drogues : les normes et résultats de rendement correspondent en moyenne aux jours de calendrier pour les évaluations complétées (que le résultat soit positif ou négatif); les résultats de rendements sont pour l'année de calendrier 2004. Les objectifs détaillés de rendement pour l'évaluation des présentations de drogues se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/ait_formats/hpfb-dgpsa/pdf/prodpharma/mands_gespd_f.pdf . L'information complète relative aux résultats de rendement pour l'évaluation de drogues se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/docs/perform-rendement/ar-ra/index_f.html#2004												
⁴ L'évaluation des demandes d'homologation d'instruments médicaux : les normes et résultats de rendement correspondent en moyenne aux jours de calendrier pour les décisions de première révision; les résultats de rendements sont pour la période du 1 juillet 2004 au 31 mars 2005. Les objectifs détaillés de rendement pour l'évaluation des demandes d'homologation d'instruments médicaux se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/ait_formats/hpfb-dgpsa/pdf/md-im/mdlapp_demhim_pol_f.pdf .												
⁵ L'évaluation des présentations de médicaments vétérinaires : les normes de rendement correspondent en moyenne aux jours de calendrier pour les évaluations complétées (que le résultat soit positif ou négatif) pour 2008-09. Les objectifs détaillés de rendement pour l'évaluation des présentations de médicaments vétérinaires se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/ait_formats/hpfb-dgpsa/pdf/legislation/mors-gspr_pol_f.pdf . La Direction des médicaments vétérinaires est engagée à rendre une décision sur 90 % des ensembles de données reçus plus de 12 mois avant le 1 ^{er} avril 2005.												

Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation (suite)

⁶ Acronymes

PDN : Présentation de drogue nouvelle
SPDN : Supplément à une présentation de drogue nouvelle
PADN : Présentation abrégée de drogue nouvelle
SPADN : Supplément à une présentation abrégée de drogue nouvelle
DDIN : Demande d'identification numérique de drogue
PDNR : Présentation de drogue nouvelle de recherche
CEE : Certificats d'études expérimentales
CDO : Changement à déclaration obligatoire

SAN : Substance active nouvelle
OTC : En vente libre
Rx : Ordonnance
Clin : Clinique
Comp : Bio. Comparative, clinique ou pharmacodynamique
C et F : Chimie et fabrication
BIO : Étude de biodisponibilité
AC-C : Avis de conformité conditionnel

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA)

⁷ Le coût complet comprend le Régime d'avantages sociaux des employés plus 13 % pour les services d'autres ministères (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada).

Direction générale des services de gestion (DGSJG)

⁸ En raison de la nature et de la complexité variable des demandes relatives à la LAI, les frais applicables sont inconnus tant que la demande n'a pas été traitée. Dans certaines circonstances, les frais peuvent être supprimés.

⁹ Coût complet pour la Division de l'AIPRP de Santé Canada. Des dépenses supplémentaires sont engagées dans les secteurs de programme pour rassembler les documents additionnels associés aux demandes d'AI. Santé Canada évaluera ces coûts et présentera un rapport complet dans le RMR de 2005-2006. Les revenus relatifs à l'AIPRP comprennent des montants concernant l'ASPC. Santé Canada continuera à déclarer les revenus relatifs à l'AI jusqu'à ce que l'ASPC ait établi une activité en rapport avec l'AI. Les revenus relatifs à l'AI variaient entre 20 000 \$ et 50 000 \$ pour les dernières années.

Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET DE LA SÉCURITÉ DES CONSOMMATEURS (DGSESC)			
A.			
Frais externes	Normes de service*	Résultats liés au rendement*	Consultation avec les intervenants
Services nationaux de dosimétrie (SND)	<p>L'enregistrement et la vérification des dosimètres entrants dans un délai de 48 heures.</p> <p>Les dosimètres peuvent être livrés en moins de deux jours ouvrables en cas de besoin urgent.</p> <p>Rapports d'exposition au-delà de la limite réglementaire expédiés dans un délai de 24 heures.</p> <p>Les dosimètres quittent les locaux des SND dix à treize jours ouvrables avant la date d'échange.</p> <p>Réponse aux messages en moins de 24 heures.</p> <p>Information des comptes mise à jour dans un délai de 48 heures.</p> <p>Dosimètres additionnels expédiés dans un délai de 24 heures.</p> <p>Rapports d'exposition expédiés dans un délai de 10 jours suivant la réception du dosimètre.</p>	<p>Service à la clientèle rapide, adapté et fiable offert à 95 000 travailleurs faisant partie de 13 000 groupes.</p> <p>Les normes relatives aux dosimètres ont été satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 99 % des dosimètres entrants ont été enregistrés et vérifiés dans un délai de 48 heures; • 99 % des dosimètres urgents ont été livrés en moins de 2 jours ouvrables; • 100 % des expositions au-delà de la limite réglementaires ont été rapportées dans un délai de 24 heures; • 95 % des dosimètres ont quitté les locaux des SND 10 à 13 jours ouvrables avant la date d'échange; • 99 % des messages ont été retournés dans un délai de 24 heures; • 99 % des renseignements du compte sont mis à jour dans un délai de 48 heures; • 99 % des dosimètres supplémentaires expédiés dans un délai de 24 heures; • 90 % des rapports d'exposition expédiés dans un délai de 10 jours suivant la réception du dosimètre. 	<p>À la suite d'une consultation publique, et en raison d'une approbation du Conseil du Trésor, les nouveaux frais d'utilisation issus des Services nationaux de dosimétrie ont été mis en application à partir du 1^{er} juillet 2004. Les consultations publiques ont été structurées en fonction de l'augmentation des frais. Les normes de service sont demeurées les mêmes. Selon les consultations publiques, il y a une satisfaction en ce qui concerne les niveaux de service actuels et une volonté d'absorber des frais d'utilisation plus élevés.</p>
Services de dératisation	<p>Santé Canada fournit un service de sept jours dans les ports désignés et répond à toutes les urgences dans un délai de 48 heures.</p> <p>Voir la note 1 ci-dessous.</p>	<p>100 % des demandes ont été traitées dans un délai de 48 heures ou moins.</p>	<p>Il n'y a eu aucune modification aux normes de service en 2004–2005. Des modifications sont attendues au cours des 2 à 5 prochaines années en raison du nouveau Règlement sanitaire international (OMS). Les intervenants seront consultés à l'avance.</p>

Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes (suite)

A. Frais externe	Normes de service*	Résultats liés au rendement*	Consultation avec les intervenants
Programme d'inspection des navires de croisière	Des inspections périodiques sont effectuées au minimum une fois par saison de navigation sur les navires dans les eaux canadiennes. Les rapports finaux sont soumis dans un délai de 10 jours ouvrables. La réinspection de tous les navires ayant obtenu une note inférieure à 85 % est effectuée.	Voir les notes 2 et 3 ci-dessous. Terminé à 100 %.	Il n'y a eu aucune modification aux normes de service en 2004–2005. Santé Canada rencontre les intervenants chaque année afin d'examiner les modifications proposées aux normes de service et d'en discuter. Les normes sont compatibles avec les lignes directrices et les critères d'inspection du « Vessel Sanitation Program » des « Centers for Disease Control and Prevention » des États-Unis, et tous les changements seront synchronisés de manière à harmoniser le processus avec celui des États-Unis.
Inspection des transports en commun (p. ex. trains, transbordeurs, aéroports ou transporteurs aériens, ports maritimes ou ports de plaisance)	Voir la note 3 ci-dessous.	Voir la note 4 ci-dessous.	Les normes de service sont négociées et sont comprises dans les protocoles d'entente; aussi, les modifications devront faire l'objet de négociations. Un nouveau protocole d'entente a été conclu avec Via Rail en 2004–2005, et ces normes de service font partie du protocole d'entente. Toutes les autres normes de service demeurent inchangées.
<p>NOTA : Les frais de la DGSESC ne sont pas assujettis à la Loi sur les frais d'utilisation et par conséquent, ne sont pas inclus dans le tableau 8A.</p> <p>* Tel qu'il a été établi conformément à la Politique concernant les normes de service pour les frais externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • il est possible que les normes de service n'aient pas fait l'objet d'un examen parlementaire • les normes de service ne respectent pas toutes les exigences en matière d'établissement des normes de rendement en vertu de la Loi sur les frais d'utilisation (LFU) (p. ex. comparaison à l'échelon international, adresse de complaint indépendante) <p>Les résultats liés au rendement ne sont pas assujettis <u>légalement</u> à l'article 5.1 de la LFU concernant la réduction des frais d'utilisation en raison d'un mauvais rendement.</p>			

Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes (suite)

Nota 1 : Au total, 704 certificats de dératisation ont été émis en 2004–2005. Voir le tableau ci-dessous pour obtenir les renseignements détaillés sur les normes de service.

Jour de la semaine	Préavis requis
Service en semaine — Ports désignés	24 heures
Service en fin de semaine — Ports désignés	48 heures
Service les fins de semaine ordinaires — Ports désignés	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le service le samedi, le préavis doit être reçu au plus tard le jeudi à 13 h, heure locale. • Pour le service le dimanche, le préavis doit être reçu au plus tard le vendredi à 13 h, heure locale.
Service les longues fins de semaine — Ports désignés	Lorsque le vendredi est un jour férié <ul style="list-style-type: none"> • Pour le service le vendredi, le préavis doit être reçu au plus tard le mercredi à 13 h, heure locale. • Pour le service le samedi ou le dimanche, le préavis doit être reçu au plus tard le jeudi à 13 h, heure locale.
	Lorsque le lundi est un jour férié <ul style="list-style-type: none"> • Pour le service le samedi, le préavis doit être reçu au plus tard le jeudi à 13 h, heure locale. • Pour le service le dimanche ou le lundi, le préavis doit être reçu au plus tard le vendredi à 13 h, heure locale.
Préavis de service — Ports non désignés	Un préavis de 72 heures est exigé pour les services dans des ports non désignés.
NOTA : Les frais de service à court préavis (c.-à-d. moins de 24 heures en semaine et de 48 heures en fin de semaine, tant dans les ports désignés que non désignés) seront majorés de 25 %.	

Nota 2 : Santé Canada publie les points d'inspection des navires de croisière sur son site Web au http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/travel-voyage/general/inspection/2004-cruise_ship_inspection-navires_croisieres_inspection_f.html

Nota 3 : En ce qui concerne les normes de service, les inspections des navires de croisière et des transports en commun sont effectués d'après des procédures et des protocoles qui ont été publiés et distribués aux clients. Les protocoles de Santé Canada sont conformes aux protocoles internationaux d'inspection de la santé publique. Des exemplaires des guides administratifs pour ces programmes peuvent être demandés par courriel à phb_bsp@hc-sc.gc.ca.

Nota 4 : Normes de service concernant le Programme d'inspection des transports en commun

Programme d'inspection des transports en commun	Normes de service	Résultats liés au rendement
Train de voyageurs — à bord	Inspection périodique de chaque ligne de train de voyageurs, tel qu'il a été établi par le protocole d'entente entre Santé Canada et l'industrie des trains de voyageurs. Présentation d'un rapport final d'inspection périodique à l'industrie dans les dix jours ouvrables suivant l'inspection.	100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.
Train de voyageurs — Stationnaire	Inspection des installations sanitaires deux fois par année. Présentation d'un rapport final d'inspection des installations sanitaires dans les dix jours ouvrables suivant l'inspection.	100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.
Cuisines de l'air	Nombre prévu d'inspections de vérification périodiques annuelles annoncées selon la taille de la cuisine. Présentation d'un rapport final d'inspection de vérification dans les cinq jours ouvrables suivant l'inspection.	100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.
Transbordeur — Aliments à bord	Inspections inopinées selon les obligations contractuelles préétablies. Présentation d'un rapport final d'inspection dans les dix jours ouvrables suivant l'inspection.	100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.
Transbordeur — Eau potable	Inspection annuelle conformément au Règlement sur l'eau potable des transports en commun. 100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.	100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Direction des produits de santé et des aliments			
Règlement sur les aliments et drogues—Ajout de vitamines et de substances minérales nutritives aux aliments	Révision adéquate du Règlement quant à l'ajout de vitamines et de substances minérales nutritives aux aliments, compte tenu des conséquences de l'ajout d'éléments nutritifs aux aliments, des besoins et des attentes des consommateurs, et des demandes de l'industrie.	Amélioration de la valeur nutritive des produits alimentaires. Offre aux consommateurs d'une plus grande variété de produits alimentaires contenant des vitamines et des substances nutritives minérales ajoutées.	Le 31 mars 2005, Santé Canada a rendu publique la nouvelle politique proposée intitulée <i>Adjonction de vitamines et de minéraux aux aliments, 2005, Politique et plans de mise en œuvre proposés par Santé Canada</i> . Le document informait toutes les parties intéressées de la politique proposée, ainsi que des plans pour sa mise en œuvre.
Règlement sur les aliments et drogues—Étiquetage des allergènes alimentaires amélioré	Mention obligatoire sur l'étiquette d'allergènes alimentaires bien précis présents dans les produits alimentaires préemballés et des sulfites lorsque leur teneur est égale ou supérieure à dix parties par million.	Diminution du nombre d'effets indésirables causés par des aliments qui contiennent des allergènes particuliers et des sulfites utilisés dans la préparation des aliments préemballés.	Une deuxième lettre d'avis a été envoyée aux intervenants en septembre 2004. La lettre contenait des recommandations stratégiques révisées concernant l'exemption des agents de collage provenant des œufs, du lait et du poisson utilisés dans la fabrication de boissons alcoolisées de l'application des exigences présentement prévues en matière d'étiquetage. La publication des modifications réglementaires proposées dans la <i>Gazette du Canada, Partie I</i> , est prévue pour l'automne 2005.
Règlement sur les aliments et drogues (Irradiation des aliments)	Autorisation de l'irradiation facultative de bœuf haché, de volaille, de crevettes et de mangues pour lutter contre les agents pathogènes, réduire la charge microbienne et l'infestation par les insectes, et augmenter la durée de conservation.	Réduction du nombre de pathogènes et de l'infestation par les insectes dans les produits alimentaires irradiés. Prolongement de la durée de conservation des produits alimentaires irradiés.	Santé Canada a examiné toutes les observations reçues à la suite de la publication dans la <i>Gazette du Canada, partie I</i> , en novembre 2002. On est en train de mettre la dernière main à la réponse aux observations.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
			<p>Un atelier multilatéral a été tenu le 29 mars 2005 afin de discuter d'approches à adopter relativement à l'absence d'exigences en matière d'étiquetage des aliments irradiés servis dans les établissements de services alimentaires et de restauration.</p> <p>L'utilisation de l'irradiation des aliments par l'industrie demeurerait facultative. Les résultats de cette initiative seraient mesurés une fois que l'utilisation de l'irradiation des aliments aura été mise en œuvre de façon globale par l'industrie.</p>
Règlement sur les aliments et drogues—Révisions apportées au Titre 12—Eau et glace préemballées	Modernisation et augmentation des exigences concernant la sécurité et l'étiquetage en ce qui concerne l'eau et la glace préemballées.	Conformité de l'eau embouteillée au Règlement révisé.	<p>Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) ont tenu une consultation ciblée additionnelle avec les intervenants au sujet des limites proposées pour certains contaminants chimiques et du régime de classification proposé pour les eaux de surface. Les résultats de cette consultation font présentement l'objet d'une analyse.</p> <p>La publication du règlement proposé dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie I, est prévue pour l'hiver 2006.</p>

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Le Règlement d'évaluation environnementale (REE) pour l'évaluation des conséquences des substances nouvelles présentes dans les produits régis par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> sur la santé humaine et l'environnement sera élaboré à titre de réponse de Santé Canada à la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE 1999)</i>	<p>Un règlement qui convient aux nouvelles substances se trouvant dans une gamme de produits régis par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>. Les exigences en matière de déclaration des substances nouvelles en vertu de la LCPE s'appliquent présentement aux substances contenues dans les produits réglementés par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>.</p> <p>Des stratégies pour traiter des substances présentes dans les produits régis par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> et déjà commercialisés seront également examinées dans le cadre de ces travaux.</p>	<p>Une augmentation des renseignements sur les conséquences et les conséquences possibles qu'ont peut-être les nouvelles substances présentes dans les produits réglementés par la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> sur la santé humaine et l'environnement.</p> <p>Un cadre de réglementation renforcé pour permettre à Santé Canada de traiter plus efficacement de toute incidence de cette nature qui est mise en évidence.</p>	<p>Un document d'analyse des options afin de permettre aux intervenants de faire part de leurs observations sur trois options possibles en matière de réglementation pour ce REE a été approuvé par le sous-ministre en mars 2005.</p> <p>La consultation auprès des intervenants a été lancée au printemps 2005.</p> <p>Des discussions approfondies entre Santé Canada et les intervenants seront tenues à l'automne 2005, et il est prévu qu'il y aura une ou plus d'une option réalisable pour l'élaboration d'un REE approprié.</p>
Accès aux médicaments — Projet 1402	<p>Modifications à la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>, au Règlement sur les aliments et drogues et au Règlement sur les instruments médicaux qui permettront à Santé Canada de mettre en place un programme afin de mettre en œuvre la décision du Conseil général de l'Organisation mondiale du commerce du 30 août 2004 d'assurer l'accès à des médicaments à prix abordable dans les pays en développement et dans les pays les moins développés.</p>	<p>Dans le cadre de ce régime, ces produits respecteront les normes canadiennes d'innocuité, d'efficacité et de qualité.</p> <p>Le Programme d'accès aux médicaments du Canada et ces règlements ne nuiront pas à l'accès des Canadiens aux médicaments et aux matériels médicaux, ni aux cibles de rendement établies pour l'évaluation des produits. Le Programme d'accès aux médicaments du Canada vise un objectif de nature humanitaire et est censé compléter les autres contributions du Canada dans la lutte mondiale contre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et autres problèmes de santé publique.</p>	<p>Publiées dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie II, le 1^{er} juin 2005.</p> <p>Ces règlements entreront en vigueur le même jour qu'entrera en vigueur la <i>Loi modifiant la Loi sur les brevets et la Loi sur les aliments et drogues (Engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique)</i>, à savoir le chapitre 23 des Lois du Canada.</p> <p>Ces modifications aux règlements viennent créer un nouveau à Titre 7 du Règlement sur les aliments et drogues intitulé « Vente de drogues aux fins de mise en œuvre de la décision du Conseil général ».</p>

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
			Puisque la définition des « produits pharmaceutiques » visée par la décision du Conseil général de l'Organisation mondiale du commerce comprend les produits que le Canada réglemente également à titre de matériels médicaux, des modifications ont également été apportées au Règlement sur les instruments médicaux.
Règlement sur les aliments et drogues—Diverses modifications au Titre 15	Limites maximales des résidus (LMR) nouvelles ou révisées pour les médicaments vétérinaires présents dans les aliments visés par le Règlement sur les aliments et drogues afin d'assurer l'innocuité des produits alimentaires provenant d'animaux traités avec les médicaments vétérinaires en question.	Les produits alimentaires, provenant d'animaux, sont conformes aux LMR prescrites.	Les modifications proposées au Règlement sur les aliments et drogues visant les LMR en ce qui concerne certains médicaments vétérinaires ont été publiées dans la <i>Gazette du Canada</i> , partie I, le 8 mai 2004. Les modifications finales au Règlement seront publiées dans la <i>Gazette du Canada</i> , partie II, en 2005.
Règlement sur les aliments et drogues—Modification visant à interdire l'importation, à des fins personnelles, des médicaments qui doivent être administrés à des animaux destinés à la production d'aliments	Accroître la portée de l'interdiction de l'importation de médicaments vétérinaires afin d'inclure l'importation, à des fins personnelles, de médicaments qui doivent être administrés à des animaux au Canada et prévenir la présence de résidus potentiellement nocifs dans les produits alimentaires provenant d'animaux traités avec ces médicaments.	L'absence de résidus nocifs des médicaments dans les produits alimentaires provenant d'animaux traités avec des médicaments vétérinaires importés à des fins personnelles.	Santé Canada a consulté les intervenants au sujet des modifications envisagées concernant l'importation de médicaments vétérinaires à des fins personnelles. Les résultats de la consultation ont fait l'objet d'une analyse.
Règlement sur les aliments et drogues—Interdiction de la vente du carbadox au Canada	Interdiction de la vente de produits contenant du carbadox au Canada afin d'éviter la présence de résidus potentiellement nocifs dans les produits alimentaires provenant d'animaux traités avec cette substance.	L'absence de résidus de carbadox dans les aliments provenant d'animaux destinés à la production d'aliments.	Les modifications proposées au Règlement et interdisant la vente de produits renfermant du carbadox seront publiées dans la <i>Gazette du Canada</i> , partie I, en 2005–2006.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs			
<p>Modifications au Règlement sur les cosmétiques afin d'exiger des fabricants qu'ils déclarent les ingrédients se trouvant dans tous les cosmétiques</p> <p>Harmonisation de l'étiquetage avec les partenaires commerciaux au niveau international</p>	<p>Réduire les effets néfastes sur la santé attribuables aux cosmétiques (p.ex. les affections cutanées, etc.).</p> <p>Réduire les coûts associés aux soins de santé en raison des réactions indésirables.</p> <p>Réduire le coût du traitement des réactions allergiques provoquées par les cosmétiques.</p>	<p>Réduire le nombre de plaintes déposées par les Canadiens et les Canadiennes auprès de Santé Canada.</p>	<p>Publiées dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie II, le 1^{er} décembre 2004.</p> <p>Ces modifications seront promulguées le 16 novembre 2006.</p> <p>Grâce à la divulgation des ingrédients sur l'étiquette des cosmétiques, les consommateurs pourront éviter les produits contenant des ingrédients auxquels ils sont allergiques.</p>
<p>Interdiction des marchettes pour bébés</p>	<p>Éliminer les décès et les blessures associés aux marchettes pour bébés.</p>	<p>Données sur la morbidité et la mortalité infantiles.</p>	<p>Publiée dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie II, le 7 avril 2004.</p> <p>Les marchettes pour bébés ne sont plus disponibles sur le marché.</p>
<p>Modifications au Règlement sur les dispositifs émettant des radiations (Appareils de bronzage) afin d'établir des exigences techniques plus sûres pour les appareils de bronzage et les pièces de remplacement</p>	<p>Réduire les effets néfastes sur la santé attribuables aux appareils de bronzage (p. ex. mélanome).</p>	<p>Réduire le nombre de plaintes déposées par les Canadiens auprès de Santé Canada.</p>	<p>Des normes plus rigoureuses pour les lampes UV. Les utilisateurs seront mieux informés des risques associés aux appareils de bronzage puisque les appareils seront vendus accompagnés de renseignements plus complets et plus précis.</p>

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
<p>Modifications visant à harmoniser au Canada les dimensions et la terminologie associées au modèle servant à évaluer les risques d'étranglement chez les enfants dans les règlements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Landaus et poussettes • Lits d'enfants et berceaux • Parcs pour enfants • Produits dangereux (Barrières extensibles et enceintes extensibles) • Produits dangereux (Sucettes) • Produits dangereux (Jouets) 	<p>Assurer l'uniformité des dimensions et de la terminologie reliées aux cylindres pour petites pièces (modèle).</p> <p>Réduire le nombre de blessures et de décès par étouffement chez les nourrissons et les enfants.</p>	<p>Réduire le nombre de questions présentées à Santé Canada pour clarification concernant les dimensions des cylindres pour petites pièces.</p>	<p>Publiées dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie II, le 21 avril 2004.</p> <p>Uniformité dans l'utilisation du cylindre unique pour petites pièces pour la détermination des risques d'étouffement.</p>
<p>Introduction de nouvelles exigences en matière d'étiquetage des produits du tabac axées sur les mises en garde et les renseignements sur la santé</p>	<p>Sensibilisation accrue aux risques associés au tabac.</p> <p>Connaissance accrue des produits du tabac et de leurs émissions.</p> <p>Réduction des taux de morbidité et de mortalité associées au tabagisme.</p>	<p>Surveillance régulière de l'opinion publique grâce à des sondages pour évaluer le niveau de sensibilisation aux risques sanitaires liés au tabagisme et de connaissance des produits du tabac et de leurs émissions.</p>	<p>Santé Canada a rendu public un document de consultation en août 2004.</p> <p>Une analyse des observations reçues a été lancée.</p> <p>La date limite de la Demande de propositions visant à trouver un entrepreneur compétent pour entreprendre l'élaboration et la conception de nouveaux messages relatifs à la santé pour les produits du tabac était le 1^{er} mars 2005.</p>
<p>Règlement sur la promotion du tabac interdisant l'application des descripteurs « légères » et « douces »</p>	<p>Dissipation de la confusion créée chez les fumeurs par l'utilisation de ces descripteurs.</p> <p>Sensibilisation accrue au fait qu'aucun type de cigarette n'est plus sûr qu'un autre.</p>	<p>Surveillance régulière de l'opinion publique afin de déterminer si les gens sont davantage sensibilisés au fait qu'aucun type de cigarette n'est plus sûr qu'un autre.</p> <p>Diminution du nombre de fumeurs qui croient que les cigarettes « légères » ou « douces » sont moins dangereuses que les cigarettes régulières.</p>	<p>Santé Canada a publié une Demande de propositions sur l'évaluation des coûts liés au Règlement sur le tabac afin d'effectuer l'analyse des coûts nécessaire.</p> <p>Santé Canada a continué à élaborer des politiques et à examiner des documents scientifiques à ce sujet.</p>

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
<p>Modification du Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM) afin de simplifier le processus d'autorisation pour les patients et leurs médecins</p>	<p>Pour des motifs de compassion, les personnes gravement malades résidant au Canada auront, avec le soutien de leur médecin, un accès raisonnable à la marijuana à des fins médicales, lorsque les thérapies conventionnelles ne seront pas efficaces.</p>	<p>Atteinte des résultats en fonction de la satisfaction accrue de l'efficacité du programme médical de marijuana (c.-à-d. une diminution de plaintes) et d'un nombre réduit de contestations judiciaires du Règlement.</p>	<p>Publiée dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie II, le 29 juin 2005. Le Règlement est entré en vigueur le 7 juin 2005.</p> <p>Aucune modification apportée au projet de règlement publié préalablement dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie I, à la suite des observations reçues; 32 personnes ont fait part de leurs observations.</p> <p>Processus simplifié pour les demandes d'autorisation de possession de marijuana; évitement de prendre des mesures non nécessaires d'application de la loi, car les agents de police peuvent confirmer si une personne est autorisée à avoir en sa possession ou à produire de la marijuana à des fins médicales avant la perquisition.</p> <p>Une autorisation limitée en ce qui concerne la marijuana produite pour Santé Canada doit être fournie aux personnes autorisées par l'entremise des pharmacies afin de permettre que soit effectué un projet pilote pour déterminer la faisabilité de la distribution de marijuana à des fins médicales par l'entremise du système conventionnel de distribution en pharmacie.</p>

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Règlements dans le cadre de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> (LRCDAS) visant à étendre l'autorité aux personnes appartenant aux professions de la santé réglementées de prescrire, au besoin, des substances réglementées	La loi fédérale ne limitera pas inutilement la pratique professionnelle d'une profession de la santé réglementée par les autorités provinciales ou territoriales, y compris les praticiens en médecine, en dentisterie, en médecine vétérinaire, en médecine podiatrique, la profession de sage femme, et les infirmiers praticiens, par rapport à l'usage de certaines substances réglementées dans le traitement de leurs patients. Ce résultat sera atteint au cours des deux ou trois prochaines années, au fur et à mesure que les règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux seront modifiés afin de permettre aux professionnels de la santé de prescrire des substances réglementées conformément aux normes de l'exercice professionnel définies par leurs organismes de réglementation.	On mesurera l'atteinte des résultats en fonction d'une meilleure correspondance avec les cadres fédéraux, provinciaux et territoriaux régissant l'usage approprié des substances réglementées à des fins médicales.	Un comité consultatif chargé de l'élargissement du pouvoir de prescrire des substances contrôlées a été formé en juin 2004. Le comité s'est réuni en janvier 2005 afin de discuter des principes fondamentaux sur lesquels reposeront le cadre stratégique et le règlement d'habilitation et d'en arriver à un consensus à ce sujet.
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire			
Mise à jour du règlement actuel sur les produits antiparasitaires à la lumière de la nouvelle <i>Loi sur les produits antiparasitaires</i> (nouvelle LPA)	Faire en sorte que la terminologie est conforme à la nouvelle loi et que toutes les dispositions qui ont été insérées dans la loi sont rayées du règlement.	Le Règlement est conforme à la nouvelle LPA et vient appuyer celle-ci.	Un règlement révisé est en voie de préparation.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Création d'un règlement sur la déclaration des effets indésirables des produits antiparasitaires	Fournir des données utiles à une réévaluation, voire au déclenchement d'une évaluation spéciale, visant le retrait de produits antiparasitaires et la cessation d'usages comportant un risque inacceptable.	Communication de données sur les effets indésirables des produits antiparasitaires par tous les détenteurs d'homologations.	Le Règlement proposé a été publié préalablement dans la <i>Gazette du Canada</i> , partie I, le 23 octobre 2004. L'ébauche de formulaires de déclaration d'effet néfaste a été publiée à des fins d'observations le 25 octobre 2004. Les observations reçues à la suite de la publication dans la <i>Gazette du Canada</i> , partie I, ont été analysées et des réponses ont été préparées. La version finale du Règlement est en voie de préparation.
Création d'un règlement sur la déclaration des données concernant les ventes de produits antiparasitaires	Faciliter l'établissement des priorités, l'évaluation et la réduction des risques pour la santé et l'environnement, et contrôler l'efficacité des efforts visant la réduction des risques.	Déclaration annuelle des données liées aux ventes par les détenteurs d'une homologation relativement à chaque produit antiparasitaire.	Les observations reçues à la suite de la publication dans la partie I de la <i>Gazette du Canada</i> le 27 mars 2004 ont été analysées et des réponses ont été préparées. La version finale du Règlement est en voie de préparation.
Création d'un règlement sur les données relatives à la sécurité des produits antiparasitaires	Fournir de meilleurs outils décisionnels aux personnes qui travaillent avec des produits antiparasitaires et créer des milieux de travail plus sûrs grâce à des données plus complètes sous forme de fiches signalétiques.	Communication de données sur la sécurité des produits antiparasitaires à tous les travailleurs et à tous les utilisateurs, échelonnée sur cinq ans.	Le Règlement proposé a été publié préalablement dans la <i>Gazette du Canada</i> , partie 1, le 17 juillet 2004. Les observations reçues font présentement l'objet d'une analyse, et des réponses sont en train d'être préparées.
Création d'un règlement sur le réexamen des décisions relatives à l'homologation des produits antiparasitaires	Fournir des détails procéduraux et administratifs nécessaires à la régie du processus de réexamen.	Compréhension claire des exigences et des responsabilités de la part des parties intéressées. Processus de réexamen fluide.	Un projet de règlement est en voie de préparation.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Mise à jour du Règlement sur les sanctions administratives pécuniaires en matière d'agriculture et d'agroalimentaire (LPA et son règlement)	Tenir compte des infractions additionnelles prévues en vertu de la nouvelle Loi et du règlement.	Le Règlement est conforme à la nouvelle LPA et à son règlement et vient appuyer ceux-ci.	Un règlement révisé est en voie de préparation.
Établissement d'un règlement sur la protection des données	Préciser les circonstances ou les conditions en vertu desquelles les données fournies par les détenteurs d'homologation pourraient être utilisées en rapport avec les demandes ou homologations d'autres personnes.	Protection des données des détenteurs d'homologation contre l'utilisation commerciale injuste et développement et inscription de nouveaux produits antiparasitaires plus sûrs. Renforcement de la protection de la santé et de l'environnement, et augmentation de la confiance du public et des intervenants dans le règlement sur les produits antiparasitaires.	Poursuite de l'élaboration de politiques à ce sujet par Santé Canada.
Règlement sur les aliments et drogues (Diverses modifications au Titre 15—Falsification des produits alimentaires)	Inscription de LMR nouvelles ou révisées de produits antiparasitaires dans le Règlement sur les aliments et drogues, selon les besoins, afin d'assurer l'innocuité des produits alimentaires après l'usage de ces produits sur les plantes cultivées ou par les animaux destinés à l'alimentation.	Les aliments sont conformes aux LMR prescrites.	Santé Canada continue d'évaluer et de prescrire des LMR pour des produits antiparasitaires bien précis présents dans les aliments.

Tableau financier 10 : Renseignements sur les dépenses de projet

(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	Coût total estimatif actuel	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	2004-2005			
				Budget principal des dépenses	Dépenses prévues	Autorisa- tions totales	Réelles
Gestion de l'information et du savoir							
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits—Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Planification	739	238	197	376	376	376	304
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits—Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Définition	1 848	596	493	940	940	940	760
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits—Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Mise en œuvre	4 436	1 429	1 183	2 256	2 256	2 256	1 824
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits—Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Clôture	370	119	99	188	188	188	152
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits—Dossier de santé électronique (projet) Total	7 393	2 382	1 972	3 760	3 760	3 760	3 040

Tableau financier 11A : Sommaire des paiements de transfert par secteur d'activités

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Ce tableau donne la ventilation des paiements de transfert (subventions, contributions et autres) par secteur d'activités. Pour de plus amples renseignements, voir le tableau « Détails des programmes de paiements de transfert ».

Secteurs d'activités	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Dépenses réelles	2004-2005			
			Budget principal des dépenses	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Subventions						
Politique en matière de soins de santé	3,5	31,9	41,0	41,0	50,8	50,7
Promotion et protection de la santé	20,5	348,8	40,6	41,1	6,9	6,7
Gestion de l'information et du savoir	0,0	670,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gestion et administration ministérielles	0,0	25,0	1,0	1,0	0,2	0,2
Total des subventions	24,0	1 075,7	82,6	83,1	57,9	57,6
Contributions						
Politique en matière de soins de santé	51,1	216,1	253,0	253,0	226,7	222,8
Promotion et protection de la santé	189,3	213,6	176,6	186,3	36,3	36,2
Santé des Premières nations et des Inuits	677,9	702,2	739,7	757,0	781,7	779,4
Gestion de l'information et du savoir	31,8	20,4	22,0	22,0	27,8	27,5
Gestion et administration ministérielles	36,7	45,7	19,8	19,7	52,1	52,1
Total des contributions	986,8	1 198,0	1 211,1	1 238,0	1 124,6	1 118,0
Autres paiements de transfert						
Promotion et protection de la santé	21,2	44,0	50,1	50,1	0,0	0,0
Total des autres paiements de transfert	21,2	44,0	50,1	50,1	0,0	0,0
Total des paiements de transfert	1 032,0	2 317,7	1 343,8	1 371,2	1 182,5	1 175,6

L'augmentation des dépenses au titre de la Politique en matière de soins de santé est principalement attribuable au financement d'initiatives prévues dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, notamment de celles touchant les ressources humaines en santé et le Conseil de santé du Canada.

La diminution, en 2004-2005, des dépenses au titre de la Promotion et de la protection de la santé est principalement attribuable à la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), le 24 septembre 2004, et au transfert de fonds subséquent. En 2003-2004, une subvention ponctuelle a été versée à la province de l'Ontario, à titre de subvention désignée, pour le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

L'augmentation des dépenses au titre de la Santé des Premières nations et des Inuits est principalement attribuable au versement d'une subvention ponctuelle à la province de l'Ontario, à titre de subvention désignée, pour la construction du centre de santé Meno Ya Win.

La diminution des dépenses au titre de la Gestion de l'information et du savoir est liée au versement de subventions législatives à Inforoute Santé du Canada Inc. et à l'Institut canadien d'information sur la santé.

La diminution des dépenses au titre de la Gestion et de l'administration ministérielles est essentiellement liée au versement d'une subvention législative à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiements de transfert (PPT)

EXPLICATIONS GÉNÉRALES

- Le tableau ci-dessous fournit un sommaire des programmes de paiements de transfert contenus dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005 de Santé Canada. Pour obtenir les détails, consultez l'annexe A à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/index_f.html
- Tous les PPT contenus dans le tableau sont des programmes votés. (Les programmes législatifs de Santé Canada se situent sous le seuil de cinq millions de dollars ou font l'objet d'un autre rapport.)
- Toutes les données financières sont en millions de dollars.
- Compte tenu des longs antécédents et de l'évolution de certains programmes, le financement total n'est pas significatif ou ne peut être déterminé sans exiger un effort exceptionnel. Dans de tels cas, la rubrique du financement total est alors demeurée vide.
- Le RPP 2004–2005 comportait plusieurs programmes de paiements de transfert de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), remplacée par la nouvelle Agence de santé publique du Canada (ASPC), selon l'annonce du gouvernement du Canada le 24 septembre 2004. Les deux programmes de subventions, les cinq programmes de contributions et les programmes d'« autres paiements de transfert » suivants ont été exclus du RMR 2004–2005, car ils figurent dans le rapport présenté par la nouvelle Agence :
 - Subventions à des personnes ou à des organismes pour financer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement ainsi que de la recherche;
 - Subventions accordées à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida;
 - Contributions à des personnes et à des organismes pour financer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement ainsi que de la recherche;
 - Contributions à des organisations communautaires sans but lucratif pour financer, à long terme, l'élaboration et la prestation de services de prévention et d'intervention précoce visant à lutter contre les problèmes de santé et de développement que connaissent les jeunes enfants à risque au Canada;
 - Contributions accordées à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida;
 - Contributions à des organisations et institutions autochtones locales ou régionales, sans but lucratif; constituées en sociétés dans le but d'élaborer des programmes d'intervention précoce pour les enfants autochtones d'âge préscolaire et leur famille;
 - Paiements aux provinces et aux territoires afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux traitements pour les personnes qui ont contracté l'hépatite C par transfusion sanguine.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

SUBVENTIONS

Politique en matière de soins de santé

PROGRAMME DE SUBVENTIONS EN PARTENARIAT AVEC LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DANS LE CADRE DES POLITIQUES ET DES STRATÉGIES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Date de début : 21 octobre 2002	Échéance : 31 mars 2008 et en cours	Financement total : 26,9 M\$ et financement permanent
------------------------------------	--	---

Résultats obtenus ou progrès réalisés

Stratégie sur les technologies de la santé

En septembre 2004, les ministres de la Santé ont approuvé la Stratégie sur les technologies de la santé du Canada. Cette Stratégie illustre une approche conjointe visant à assurer l'accès continu des Canadiens à une technologie appropriée de soins de santé, dans le cadre du système public de soins de santé. La Stratégie définit une approche pancanadienne de la formulation de données probantes et de conseils stratégiques touchant les technologies de la santé, y compris l'établissement de structures et d'un processus transparent permettant aux provinces et aux territoires de partager des renseignements et, le cas échéant, de collaborer en vue d'une gestion plus efficace de la technologie de la santé.

Afin d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie, le budget de 2003 prévoyait l'affectation de 45 millions de dollars, sur une période de cinq ans, à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), l'organisme national canadien d'évaluation de la technologie de la santé. Ce financement a accru la capacité et l'utilité de l'information en matière d'évaluation de la technologie de la santé sur le plan de l'appui de la prise de décisions stratégiques touchant les technologies de la santé dans l'ensemble du pays.

OCCETS—Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) :

Le 12 mars 2004, la Conférence des sous-ministres de la Santé a approuvé l'établissement du programme du SCPUOM. Les responsables du SCPUOM ont mis en œuvre de nombreuses activités afin de promouvoir les objectifs du programme, notamment des activités axées sur la participation des intervenants et les partenariats, la collecte de renseignements sur les pratiques exemplaires, l'évaluation de la qualité des méthodes d'évaluation et du transfert de connaissances, ainsi que des activités de diffusion externe et de communication.

OCCETS—Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM)

L'évaluation du programme a débuté et vise à déterminer si le PCEM atteint ses objectifs. Les intervenants participeront à l'évaluation.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	2,2	8,4	15,0	16,4	16,3	-1,3

SUBVENTION POUR LE SUPPLÉMENT DE SANTÉ DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST À L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES

Date de début : 15 mai 2003	Échéance : 2005–2006	Financement total : 20,0 M\$ sur trois ans
--------------------------------	----------------------	--

Résultats obtenus ou progrès réalisés

Le gouvernement des T.N.-O. a présenté à la population un rapport en regard d'indicateurs comparables de la santé et du système de santé. Le rapport était conforme aux indicateurs élaborés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements définis dans l'Accord de 2003.

Le gouvernement territorial a réalisé des progrès au chapitre du renforcement de ses systèmes de soins en recrutant des médecins supplémentaires et d'autres professionnels de la santé, en accroissant les services afin de réduire le délai d'attente dans le territoire et en fournissant d'autres programmes de santé et de bien-être.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		6,7	5,6	6,7	6,7	-1,1
SUBVENTION POUR LE SUPPLÉMENT DE SANTÉ DU NUNAVUT À L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES						
Date de début : 15 mai 2003	Échéance : 2005–2006		Financement total : 20,0 M\$ sur trois ans			
<p>Résultats obtenus ou progrès réalisés</p> <p>Le gouvernement territorial a présenté à la population un rapport en regard d'indicateurs comparables de la santé et du système de santé. Le rapport était conforme aux indicateurs élaborés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements définis dans l'Accord de 2003.</p> <p>Le gouvernement territorial a réalisé des progrès au chapitre du renforcement de ses systèmes de soins en recrutant des médecins supplémentaires et d'autres professionnels de la santé, en accroissant les services afin de réduire le délai d'attente dans le territoire et en fournissant d'autres programmes de santé et de bien-être.</p>						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		6,7	5,5	6,7	6,7	-1,2
SUBVENTION POUR LE SUPPLÉMENT DE SANTÉ DU YUKON À L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES						
Date de début : 15 mai 2003	Échéance : 2005–2006		Financement total : 20,0 M\$ sur trois ans			
<p>Résultats obtenus ou progrès réalisés</p> <p>Le gouvernement territorial a présenté à la population un rapport en regard d'indicateurs comparables de la santé et du système de santé. Le rapport était conforme aux indicateurs élaborés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements définis dans l'Accord de 2003.</p> <p>Le gouvernement territorial a réalisé des progrès au chapitre du renforcement de ses systèmes de soins en recrutant des médecins supplémentaires et d'autres professionnels de la santé, en accroissant les services afin de réduire le délai d'attente dans le territoire et en fournissant d'autres programmes de santé et de bien-être.</p>						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		6,7	5,6	6,7	6,7	-1,1
SUBVENTION À L'INSTITUT CANADIEN SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (ICSP)						
Date de début : 10 décembre 2003	Échéance : 31 mars 2008		Financement total : 8,0 M\$ annuellement			
<p>Résultats obtenus ou progrès réalisés :</p> <p>L'ICSP a achevé un plan d'activités stratégiques élaboré selon trois thèmes dominants : 1) définir les enjeux liés à la sécurité des patients dans le système de santé; 2) définir les pratiques de premier plan et les interventions efficaces; 3) être le maître d'œuvre du changement par l'entremise de partenariats, de la participation des intervenants et d'une communication transparente. L'ICSP a également élaboré un plan d'action, de même qu'un rapport d'étape de 2004–2005 et un rapport sur les priorités de 2005–2006.</p>						

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		2,2	8,0	8,0	8,0	0

Promotion et protection de la santé

SUBVENTION À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG—SÛRETÉ DU SANG, EFFICACITÉ ET RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT						
Date de début : juillet 1998	Échéance : en cours		Financement total : 5 M\$ annuellement			
Résultats obtenus ou progrès réalisés :						
Grâce à nos efforts visant à appuyer la recherche scientifique touchant la sécurité du sang, les solutions de remplacement à la transfusion et les succédanés de sang, les risques pour la santé des Canadiens diminuent. http://www.bloodservices.ca/CentreApps/Internet/UW_V502_MainEngine.nsf/page/Sécurité+et+dépistage?OpenDocument						
	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	0

CONTRIBUTIONS

Politique en matière de soins de santé

CONTRIBUTIONS AU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (FASSP)						
Date de début : 13 juin 2001 (approbation de la présentation au CT)	Échéance : 30 septembre 2006 (échéance de la contribution); 31 mars 2007 (élimination progressive du programme, évaluation de F et E, etc.)		Financement total : 749,3 M\$			
Résultats obtenus ou progrès réalisés :						
La totalité des fonds a été affectée à plus de 70 initiatives, qui se déroulent de façon constante. La possibilité d'une prolongation de six mois pour l'ensemble des initiatives financées permet de veiller à ce qu'elles fournissent tous les résultats prévus; en outre, les responsables des initiatives ont davantage de temps pour terminer leurs évaluations et leurs rapports finals destinés au Ministère. On a procédé à l'évaluation formative en 2004-2005; le rapport sera achevé au cours de 2005-2006. Deux rapports ont été publiés en juin 2005 : le Résumé des initiatives du FASSP et le Rapport provisoire du FASSP. Six initiatives ont pris fin au cours de 2004-2005, 23 se termineront d'ici le 31 mars 2005 et le reste, d'ici à septembre 2006.						
	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	48,2	209,2	244,7	212,1	210,8	33,9

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES STRATÉGIES ET POLITIQUES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ		
Date de début : 24 septembre 2002	Échéance : En cours	Financement total : plus de 171,6 M\$
Résultats obtenus ou progrès réalisés		
<p>Stratégie en matière de ressources humaines en santé (RHS)</p> <p>Le projet d'élaboration de la base de données des RHS (huit millions de dollars) entraînera une amélioration de la quantité, de la portée et de la qualité des renseignements à l'appui de la planification et de la gestion des RHS. Les données améliorées appuieront l'élaboration d'indicateurs comparables et permettront d'accroître la capacité de recherche et de planification fondées sur des données probantes à l'égard des RHS. Au cours de 2004–2005, Santé Canada a lancé quatre demandes de propositions importantes relativement à des projets de contribution dans le cadre de la stratégie en matière de RHS. Le dispositif de financement de projets provinciaux, territoriaux et régionaux a permis de verser quatre millions de dollars aux gouvernements provinciaux et territoriaux, afin que ceux-ci prennent des mesures à l'égard de priorités précises de leur ressort en matière de RHS. Les propositions de la phase I de l'Initiative de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (13 millions de dollars) ont été présentées en décembre 2004. Les projets seront opérationnels en 2005–2006 et seront conçus de manière à permettre aux professionnels de la santé d'acquérir la formation et les connaissances nécessaires pour travailler au sein d'équipes interprofessionnelles; de plus, les projets contribueront au renouvellement du système de santé, à l'amélioration de la sécurité des patients et à l'accroissement de l'efficacité et de la viabilité du système de santé. Afin d'atteindre et de maintenir un niveau optimal d'approvisionnement, de distribution, de déploiement et de combinaison de dispensateurs de soins de santé, Santé Canada aide les diplômés en médecine formés à l'étranger à surmonter les obstacles à l'autorisation d'exercer, auxquels bon nombre font face au Canada. En 2004–2005, le Ministère a affecté environ trois millions de dollars aux gouvernements provinciaux et territoriaux en vue d'accroître leur capacité d'appuyer des évaluations additionnelles touchant les diplômés en médecine formés à l'étranger. Enfin, les responsables de l'initiative sur les milieux de travail sains ont reçu des propositions d'une valeur d'environ 3,5 millions de dollars sous forme de projets de contribution qui seront mis en œuvre au cours de 2005–2006, afin d'aider les organisations du système de santé du Canada à établir et à maintenir un milieu de travail sain, ce qui constitue un facteur clé dans le cadre du recrutement et du maintien en fonction de travailleurs de la santé.</p>		
<p>Initiative du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM)</p> <p>Réunions et téléconférences du comité des opérations—trois réunions; dix téléconférences</p> <p>Réunions et téléconférences du comité consultatif—deux réunions; deux téléconférences</p> <p>Réunions et téléconférences de la coalition canadienne pour la déclaration des incidents médicamenteux—une réunion; trois téléconférences</p> <p>On a amorcé des négociations relatives à la surveillance stratégique et à la coordination nationale du SCDPIM (qui seront assurées par l'Institut canadien de la sécurité des patients)</p> <p>On a terminé l'évaluation préliminaire des facteurs relatifs à la vie privée de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)</p> <p>On a terminé l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée de l'ISMP Canada</p> <p>On a élaboré le cadre de communications du SCDPIM</p> <p>On a rédigé le protocole d'entente du comité des opérations du SCDPIM</p> <p>On a élaboré un projet d'outil d'analyse des causes fondamentales; l'essai pilote a été mis en œuvre</p> <p>On a rédigé et diffusé des bulletins d'information du SCDPIM</p> <p>Voici les résultats obtenus dans le cadre de la conception et de l'élaboration du SCDPIM :</p> <p>Analyse de la conjoncture, c.-à-d. une étude courante des solutions canadiennes et internationales en matière de déclaration des incidents médicamenteux</p> <p>Projets de modèles de processus opérationnels à l'intention des personnes et des organismes de services de santé qui présentent des rapports au SCDPIM</p>		

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

Projet de normes de données liées à la déclaration des incidents médicamenteux

Présentation de données et spécifications

Évaluation d'une option « élaborer ou acheter »

Programme de contribution aux pratiques exemplaires

Le Ministère a financé onze projets dans le cadre de son Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE), un programme fédéral dont les bénéficiaires possibles sont les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les établissements d'enseignement supérieur. Santé Canada a diffusé sa deuxième demande de propositions en février 2005. Le PCPE offre un appui financier aux initiatives qui ont pour but d'évaluer les pratiques exemplaires liées à la prescription et à l'utilisation optimales de la pharmacothérapie et d'encourager l'adoption de telles pratiques exemplaires dans les administrations.

Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits (SINUMP)

Créé pour donner suite aux engagements pris par les premiers ministres en 2000, le Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits (SINUMP) est un système d'information géré par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dont le service d'analyse est assuré par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). Ce système fournira de l'information précise et récente sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance qui aidera les responsables des programmes publics de médicaments à établir de bonnes politiques sur les produits pharmaceutiques, à optimiser la gestion des régimes d'assurance-médicaments et à accroître la compréhension des facteurs qui ont une incidence sur les dépenses en médicaments. En 2004-2005, l'ICIS a conclu des ententes de partage des données avec des régimes publics d'assurance-médicaments et a étudié des façons d'inclure les données des régimes privés d'assurance-médicaments.

	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		4,3	5,5	11,9	9,4	-3,9

Promotion et protection de la santé

PAIEMENTS AUX PROVINCES ET AUX TERRITOIRES ET À DES ORGANISMES NATIONAUX SANS BUT LUCRATIF POUR APPUYER L'ÉLABORATION DE PROGRAMMES NOVATEURS DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION À L'INTENTION DES PERSONNES SOUFFRANT D'ALCOOLISME ET DE TOXICOMANIE

Date de début :

1^{er} avril 1997

Échéance : En cours

Financement total : 14,0 M\$ annuellement

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

On a tenu des discussions avec les provinces et les territoires en vue d'améliorer la mesure du rendement des services de traitement et de réadaptation fondés sur un mécanisme de partage des coûts avec le gouvernement fédéral, en vertu du Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT). On prend des mesures afin d'améliorer la mesure du rendement dans le cadre d'un examen général du Programme de TRAT, dirigé par un groupe de travail fédéral-provincial-territorial.

	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	15,6	17,2	14,0	14,2	14,2	-0,2

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

CONTRIBUTIONS À LA STRATÉGIE FÉDÉRALE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME (SFLT)						
Date de début : 2001–2002	Échéance : En cours		Financement total : 169,65 M\$			
<p>Résultats obtenus ou progrès réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui continu de lignes d'aide au renoncement au tabac dans les provinces de l'Atlantique, au Manitoba et en Saskatchewan, en assurant l'accès dans l'ensemble des provinces. • Évaluation nationale des lignes d'aide au renoncement au tabac. • Recherche à l'appui de l'application d'une approche coordonnée nationale du renoncement au tabac dans les collectivités du Canada, mise en œuvre de concert avec l'Université de Waterloo et les gouvernements de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique, dans le but d'évaluer une démarche coordonnée à cet égard. Nous évaluerons des facteurs comme le degré d'accoutumance des fumeurs, et nous offrirons un service d'aiguillage vers les sources les plus compétentes d'aide au renoncement. Un suivi permettra de déterminer l'efficacité de diverses interventions. • Renforcement de l'infrastructure de lutte contre le tabagisme à l'échelle régionale et nationale, par l'intermédiaire du financement du Centre national de documentation sur le tabac et la santé, de Médecins pour un Canada sans fumée et de l'Association nationale pour les droits des fumeurs. • Sensibilisation du public grâce à la diffusion de renseignements sur la lutte contre le tabagisme. • Élaboration et diffusion de ressources en matière de prévention du tabagisme à l'intention des écoles, p. ex., <i>La science, le tabac et vous</i>; ressources axées sur la participation des jeunes, p. ex., défendre les écoles sans fumée. • Élaboration et diffusion d'un programme de renoncement au tabac destiné aux adolescents, appelé <i>Quit 4 Life/Une vie sans fumer</i>, et qui peut être utilisé dans les écoles ou à titre de ressource d'auto-assistance sur Internet. • Renforcement de la collaboration FPT grâce à l'élaboration d'un cadre d'intervention conjoint axé sur les jeunes et les jeunes adultes. • Mise en œuvre, dans l'ensemble du pays, de 33 projets fondés sur les médias de masse et qui ont entraîné diverses campagnes axées sur la réduction de l'exposition à la fumée secondaire, sur la prévention du tabagisme chez les jeunes ou sur le renoncement au tabac. • Élaboration et diffusion de plus de 200 000 exemplaires de <i>Sur la voie de la réussite</i>, un programme interactif d'auto-assistance sur Internet (également accessible sous forme d'une brochure intitulée <i>Guide pour devenir un non-fumeur</i>). <i>Sur la voie de la réussite</i> est conçu de manière à motiver les fumeurs à renoncer au tabac et à les appuyer au cours du processus. 						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	9,1	15,5	22,2	16,4	16,4	5,8

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

Santé des Premières nations et des Inuits

CONTRIBUTIONS À DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES INTÉGRÉS POUR LES INDIENS ET LES INUITS						
Date de début : 3 février 1994	Échéance : 31 mars 2005		Financement total :			
<p>Résultats obtenus ou progrès réalisés :</p> <p>Quatre-vingt-cinq pour cent des communautés des Premières nations et des Inuits (PNI) ont accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire, ce qui représente une augmentation de deux pour cent comparativement à 2003–2004.</p> <p>Santé Canada continue de collaborer avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et les PNI en vue d'élaborer un cadre de soins prolongés et de longue durée au sein des communautés inuites et celles des Premières nations.</p> <p>On recense actuellement 58 centres de traitement affiliés au PNLAADA (Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones) et au Programme national de lutte contre l'abus des solvants chez les jeunes dans l'ensemble du Canada.</p> <p>En 2004–2005, environ 6 000 femmes ont participé au volet Premières nations et Inuits du Programme canadien de nutrition prénatale dans environ 450 endroits où le projet se déroulait; on y offrait des services à plus de 600 communautés Inuites et des Premières nations.</p> <p>Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et l'Association des femmes inuites (Pauktuutit) ont mené des campagnes améliorées de sensibilisation au sida. Plus de 20 000 affiches, brochures et fiches d'information sur le VIH/sida ont été distribués parmi les communautés des Premières nations; en outre, 1 500 exemplaires d'une brochure et de fiches d'information ont été traduits vers l'inuktitut. Plusieurs communautés ont participé à des campagnes de sensibilisation de concert avec leurs organismes autochtones locaux ou régionaux de services de lutte contre le sida.</p>						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	294,1	305,6	322,7	326,2	325,0	-2,3
PAIEMENTS À DES BANDES, À DES ASSOCIATIONS OU À DES GROUPES INDIENS POUR LE CONTRÔLE ET LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ						
Date de début : 29 juin 1989	Échéance : 31 mars 2006		Financement total :			
<p>Résultats obtenus ou progrès réalisés :</p> <p>Responsabilisation accrue et renforcement des capacités des Premières nations et des Inuits et souplesse dans la conception et la prestation des programmes et des services. Le projet de démonstration de régime de soins de santé représente un autre pas vers l'augmentation de la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de répondre aux besoins de leurs membres en matière de santé, d'accroître la responsabilisation et d'intégrer les services, dans la mesure du possible. Sept communautés ont participé au projet de démonstration de régime de soins médicaux à la fin de 2004–2005. Les communautés, réparties dans diverses régions du pays, illustraient une grande diversité sur les plans du type de communautés, de la population et de l'éloignement. Les sept communautés ont achevé leurs régimes de soins médicaux, et le Ministère les a examinés et évalués.</p>						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	190,9	192,8	203,9	205,2	205,2	-1,3

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

CONTRIBUTIONS À DES PROJETS PILOTES POUR ÉVALUER LES OPTIONS DE PRISE EN CHARGE DU PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA) PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS						
Date de début : 15 septembre 1994		Échéance : 31 mars 2005		Financement total :		
Résultats obtenus ou progrès réalisés : On a examiné les projets pilotes du PSSNA en 2004 et un rapport de synthèse faisant état des résultats et de recommandations a été achevé en mars 2005. Un des 31 projets pilotes initiaux était toujours en cours en 2004. La prolongation du projet pilote a été autorisée en mars 2005; un examen du rendement fondé sur une vérification sera mis en œuvre au cours de 2005–2006.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	6,9	10,6	12,0	8,2	8,2	3,8
CONTRIBUTIONS À DES BANDES INDIENNES, À DES ASSOCIATIONS OU À DES GROUPES INDIENS OU INUITS, À DES ADMINISTRATIONS MUNICIPALES ET AUX GOUVERNEMENTS TERRITORIAUX POUR LES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)						
Date de début : 8 novembre 1979		Échéance : 31 mars 2005		Financement total :		
Résultats obtenus ou progrès réalisés : Le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) fournit un éventail de biens et de services médicalement nécessaires (médicaments, soins dentaires, soins de la vue, fournitures médicales et équipement sanitaire, services d'intervention de crise en santé mentale à court terme et services de transport des malades pour obtenir des services médicaux qui ne sont pas offerts dans la réserve ni dans la communauté de résidence) à environ 765 000 Inuits et membres des Premières nations, indépendamment de leur lieu de résidence.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	124,4	128,3	105,8	130,0	130,0	-24,2
PAIEMENTS VERSÉS À L'INSTITUT SUR LA SANTÉ AUTOCHTONE/CENTRE POUR L'AVANCEMENT DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES						
<i>Note : Le programme ne figurait pas dans le RMR, car les dépenses réelles étaient inférieures à 200 000 dollars.</i>						
CONTRIBUTIONS POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS ET POUR L'ÉLABORATION DE PROJETS VENANT EN AIDE AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUITS POUR LA PRISE DE CONTRÔLE DES SERVICES DE SANTÉ						
Date de début : 3 novembre 1994		Échéance : 31 mars 2005		Financement total :		
Résultats obtenus ou progrès réalisés : Afin de combler l'écart entre l'état de santé des Canadiens autochtones et celui des Canadiens non autochtones, Santé Canada a mis en place une stratégie de promotion de la santé et de prévention des maladies au sein des Premières nations, et a collaboré avec des partenaires pour améliorer la prestation des soins de santé.						

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	17,7	18,8	46,6	29,0	29,0	17,6
CONTRIBUTIONS AUX INDIENS OU AUX INUITS, OU POUR LEUR COMPTE, AFIN DE PAYER LES COÛTS DE CONSTRUCTION, D'AGRANDISSEMENT OU DE RÉNOVATION D'HÔPITAUX ET D'AUTRES INSTALLATIONS OU ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ, ET LES COÛTS DE L'ÉQUIPEMENT D'HÔPITAL ET DE SOINS DE SANTÉ						
Date de début : 1 ^{er} février 1979	Échéance : 31 mars 2005		Financement total :			
Résultats obtenus ou progrès réalisés :						
<p>La réparation, l'amélioration et le remplacement de systèmes de bâtiments ont permis d'améliorer la sécurité et l'efficacité opérationnelle des hôpitaux et d'autres établissements sanitaires de Santé Canada. Les projets comportaient la mise à niveau de systèmes de distribution de carburant, la réparation d'appareils et de systèmes de chauffage et l'installation de systèmes efficaces d'éclairage et de matériel à énergie solaire.</p> <p>Nous avons construit 11 établissements de santé, y compris cinq postes sanitaires, quatre centres de santé et deux postes de soins infirmiers. Les communautés inuites et celles des Premières nations sont ainsi assurées d'avoir accès à des services de santé dans des établissements de santé modernes et durables.</p> <p>Santé Canada a construit 16 unités d'habitation pour loger le personnel infirmier affecté dans des communautés éloignées et isolées.</p>						
	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	32,5	44,8	23,4	49,0	49,0	-25,6
CONTRIBUTION AU PROGRAMME D'AIDE PRÉSCOLAIRE AUX AUTOCHTONES (PAPA)						
Date de début : 25 août 1998	Échéance : 31 mars 2005		Financement total :			
Résultats obtenus ou progrès réalisés :						
<p>Des éléments du programme PAPA ont été mis en œuvre dans 338 communautés, ce qui a permis d'offrir des services à environ 9 100 enfants. En 2004-2005, les responsables du PAPA ont tenu un atelier consacré aux besoins particuliers des enfants des communautés des Premières nations, afin d'examiner de nouveaux éléments du Programme visant à répondre à ces besoins. De plus, nous avons animé des groupes de discussion de parents des communautés, afin d'obtenir la rétroaction de ces derniers relativement aux obstacles à la participation des parents et à des stratégies destinées à les éliminer.</p>						
	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	32,8	33,1	32,8	37,7	37,6	-4,8
CONTRIBUTIONS AU PROGRAMME D'IMMOBILISATION ET D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ NON MINISTÉRIELLES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS						
<p><i>Nota : Ce programme était inclus dans le RPP 2004-2005 de Santé Canada et comportait des dépenses prévues de 18,5 millions de dollars en 2004-2005. Le programme ne figurait pas dans le RMR, car les paiements ont été versés au titre du secteur d'activité de la gestion et de l'administration ministérielles du Programme de contribution à la construction et à la rénovation.</i></p>						

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

CONTRIBUTION NOMMÉE À L'ONTARIO POUR LA CONSTRUCTION DU CENTRE DE SANTÉ MENO YA WIN						
Date de début : 2004–2005	Échéance : 2004–2005		Financement total : 37,4 M\$			
Résultats obtenus ou progrès réalisés : Construction du centre de santé Meno Ya Win.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT				37,4	37,4	-37,4
<i>Nota : Cette contribution ne figurait pas dans le RPP 2004–2005. Il s'agit d'une affectation financière unique destinée au gouvernement de l'Ontario.</i>						
CONTRIBUTIONS À DES ASSOCIATIONS ET À DES GROUPES INDIENS ET INUITS POUR DES CONSULTATIONS TOUCHANT LA SANTÉ DES INDIENS ET DES INUITS						
Date de début : 23 juillet 1980	Échéance : 31 mars 2005		Financement total :			
Résultats obtenus ou progrès réalisés : On a dirigé des consultations nationales et régionales et le processus de participation des Premières nations et des Inuits.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	4,7	5,2	1,0	5,6	5,4	-4,4
<i>Nota : Ce programme n'a pas été intégré au RPP de 2004–2005, car les dépenses prévues s'établissaient à 1,0 million de dollars en 2004–2005; cependant, le programme a été ajouté au RMR, car les dépenses réelles ont dépassé cinq millions de dollars.</i>						

Gestion de l'information et du savoir

PROGRAMME DE CONTRIBUTIONS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS DES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DES LANGUES OFFICIELLES (CMLO) AUX SERVICES DE SANTÉ						
Date de début : 1 ^{er} avril 2003	Échéance : 2007–2008 et en cours		Financement total : 89 M\$ sur cinq ans (2003–2008)			
Résultats obtenus ou progrès réalisés :						
À ce jour, 27 réseaux communautaires touchant des communautés minoritaires des deux langues officielles ont été mis en place dans l'ensemble du Canada. De plus, en ce qui concerne les communautés minoritaires francophones, 40 étudiants ont obtenu un diplôme universitaire et 100 ont obtenu un diplôme collégial en juin 2004. Santé Canada a appuyé la mise en place de programmes de formation dans 10 établissements d'enseignement postsecondaire. En ce qui concerne les communautés minoritaires anglophones, on a établi les programmes d'enseignement de langue seconde à l'intention des professionnels de la santé. La formation en langue seconde doit débiter en 2005–2006.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		8,0	13,0	14,8	14,8	-1,8

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

FONDS D'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (ENVELOPPE DES CMLO)						
Date de début : 1 ^{er} avril 2001	Échéance : 31 mars 2007		Financement total : 30 M\$ sur 42 mois, de 2003 à 2006 (au titre de l'enveloppe des CMLO)			
<p>Résultats obtenus ou progrès réalisés :</p> <p>À ce jour, en ce qui concerne les communautés minoritaires francophones, plus de 60 projets sont en cours. Ces projets ont été élaborés par des réseaux communautaires et sont adaptés aux contextes provincial, territorial et régional, dans le but de fournir une orientation concrète et précise. En ce qui a trait aux communautés minoritaires anglophones, plus de 20 projets de transition ont été mis en œuvre afin de créer des modèles novateurs qui permettront d'améliorer les soins de santé et les services sociaux de première ligne et de briser l'isolement des anglophones dans les établissements de soins de longue durée.</p>						
	Dépenses réelles 2002-2003	Dépenses réelles 2003-2004	Dépenses prévues 2004-2005	Autorisations totales 2004-2005	Dépenses réelles 2004-2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT				7,3	7,1	-7,1
<p><i>Nota : Les résultats du programme ont été présentés dans le cadre des contributions pour le FASSP au titre de la politique en matière de soins de santé dans le RPP 2004-2005 (page 110). Les dépenses prévues de 2004-2005 sont reflétées sous la rubrique du FASSP.</i></p>						

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

1) NOM DE LA FONDATION : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS)		
2) Date de mise en œuvre :	3) Date de clôture :	4) Financement total :
Carnet de route I le 31 mars 1999	Carnet de route I le 31 mars 2003	Carnet de route I 95 millions de dollars
Carnet de route II le 1 ^{er} avril 2002	Carnet de route II le 31 mars 2007	Carnet de route II
Carnet de route II+ le 31 mars 2002	Carnet de route II+ le 31 mars 2007	95 millions de dollars
		Carnet de route II+
		70 millions de dollars
5) But du financement		
L'initiative du Carnet de route, qui englobe les trois subventions, apporte à l'Institut canadien d'information sur la santé une aide financière lui permettant d'assumer les fonctions suivantes :		
<ul style="list-style-type: none"> servir à l'échelle nationale de mécanisme de coordination pour l'élaboration et l'entretien d'un système global et intégré d'information sur la santé au Canada; offrir et coordonner la diffusion d'information précise et à jour devant permettre l'élaboration d'une politique saine dans le domaine de la santé, la gestion efficace du système canadien de santé et la sensibilisation accrue du public aux facteurs favorisant une bonne santé. 		
6) Objectifs et résultats prévus		
L'ICIS joue un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit de respecter, en matière de reddition des comptes, les engagements pris au cours de diverses rencontres des premiers ministres et dans le cadre des accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.		
Les champs d'action clés comprennent, entre autres, les suivants :		
<ul style="list-style-type: none"> consulter les intervenants afin de confirmer les besoins prioritaires en matière d'information sur la santé; élaborer des normes en matière d'information sur la santé afin d'assurer la collecte, l'échange et l'interprétation uniformes de l'information sur la santé; combler les lacunes en matière d'information sur les services de santé ainsi que sur les coûts et les résultats connexes; combler les lacunes en matière d'information sur la santé de la population et sur les facteurs qui influent sur notre santé; créer une Initiative sur la santé de la population canadienne afin de fournir de nouveaux renseignements et un aperçu sur la santé et le système de santé; produire et diffuser des rapports publics réguliers et faciles à comprendre et effectuer des études spéciales sur la santé des Canadiens et des Canadiennes et notre système de santé. 		
7) Résultats obtenus et progrès réalisés		
À la réunion de février 2004, on présentait le Plan opérationnel et le budget 2004–2005 au Conseil d'administration et, par la suite, au ministre de la Santé pour approbation. Parmi les principaux projets menés à bien en 2004–2005, notons les suivants :		
<ul style="list-style-type: none"> publication du rapport intitulé Les soins de santé au Canada, 2004 et préparation de la version de 2005; élargissement de l'éventail des activités de collaboration et d'analyse; établissement et mise en œuvre de nouveaux indicateurs de santé pour répondre aux besoins prioritaires en matière d'information sur la santé; mise en œuvre d'un plan à long terme pour acquérir des compétences analytiques et renforcer les liens avec la communauté de la recherche; réalisation d'études spéciales sur la qualité des données; publication d'une série de rapports provinciaux sur la qualité des données visant à cerner les problèmes ayant trait à la qualité des données à l'échelon provincial; poursuite des activités de remaniement des méthodologies de regroupement, y compris la production des méthodologies de regroupement CIM-10-CA/CCI; 		

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

<ul style="list-style-type: none"> production et diffusion de rapports d'analyse pertinents par rapport aux politiques; élargissement de la portée, de la pertinence et de l'utilité des produits actuels dans le secteur des ressources humaines en santé; poursuite de l'élaboration d'un système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux; poursuite de l'élaboration d'un système de déclaration portant sur les services de soins à domicile. 						
	8) Dépenses réelles 2002–2003 70 M\$	9) Dépenses réelles 2003–2004 0 \$	10) Dépenses prévues 2004–2005 0 \$	11) Autorisations totales 2004–2005 0 \$	12) Dépenses réelles 2004–2005 0 \$	13) Écarts entre 10) et 12) 0 \$
14) Subventions conditionnelles	70 M\$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
15) Commentaires sur les écarts : S.O.						
16) Résultats importants d'évaluation et URL de la dernière évaluation : http://www.secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/finalreportOct9execsum_f.pdf						
17) Site de la Fondation : http://www.icis.ca						
18) URL du Rapport annuel de la Fondation : Le Ministre ne dépose pas les rapports annuels de l'ICIS. Rapport annuel de 2003–2004 http://www.secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_1131_F&cw_topic=1131 Le Rapport annuel de 2004–2005 sera publié en septembre 2005.						
1) NOM DE LA FONDATION : FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (FCRSS)						
2) Date de mise en œuvre : 1996–1997		3) Date de clôture : S.O.		4) Financement total : 151,5 millions de dollars		
5) But du financement : la FCRSS a reçu 66,5 millions de dollars de 1997 à 1999 (comme fonds de dotation) afin d'établir la fondation et un autre 35 millions de dollars afin d'appuyer sa participation aux Instituts de recherche en santé du Canada. En 1999 et en 2003, elle a obtenu des subventions de 25 millions de dollars chacune pour (i) élaborer des solutions aux défis que doivent relever le personnel infirmier (Fonds de recherche et d'évaluation des services pour le personnel infirmier ou Fonds RESPI); et (ii) améliorer les compétences des gestionnaires du système de santé au plan de l'utilisation de la recherche pour améliorer la prise de décisions fondée sur des données probantes (Formation des cadres pour l'application de la recherche). La FCRSS maximise son financement en établissant des partenariats avec d'autres organisations.						
6) Objectifs, résultats prévus Les objectifs de 2004 de la FCRSS étaient les suivants : (i) améliorer la qualité et la quantité de la recherche, tout en répondant aux besoins des décideurs du système de santé (ii) communiquer la recherche nécessaire aux gestionnaires et aux responsables de politiques du système de santé (iii) aider les gestionnaires et les responsables de politiques du système de santé à prendre connaissance de la recherche pertinente et à l'appliquer (iv) réunir les chercheurs et les décideurs pour qu'ils arrivent à comprendre leurs buts et leurs travaux respectifs, qu'ils s'influencent mutuellement dans leur travail et qu'ils forment des partenariats; et (v) gérer et aligner, stratégiquement et efficacement, le personnel, la technologie et les processus afin de réaliser la mission de la FCRSS. Voici certains des résultats prévus : le financement de nouveaux travaux de recherche sur les thèmes prioritaires; la réévaluation de l'initiative À l'écoute; le lancement du Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche; l'amélioration de la compréhension du thème des soins infirmiers; la création d'un réseau pour accroître l'échange des connaissances et l'amélioration de la diffusion de la recherche.						

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

Les programmes de la FCRSS ont comme conséquences ou effets d'améliorer le fondement scientifique de la prise de décisions dans le secteur des services de santé. La FCRSS se concentre sur l'établissement de liens entre les chercheurs de la recherche appliquée sur les services de santé et les décideurs afin de faciliter l'application de la recherche fondée sur des données probantes. Pour ce faire, elle doit rendre l'information accessible, fournir les outils et la formation pour en assurer l'utilisation efficace, et créer la capacité requise pour traiter des besoins du système de santé.

7) Résultats obtenus et progrès réalisés (dans le contexte des résultats obtenus par le Ministère)

Parmi les objectifs globaux clés de 2004, il convient de mentionner ceux qui suivent : la direction d'une évaluation des priorités en matière de services de santé (*À l'écoute II*); l'établissement d'un nouveau programme de subventions afin de maximiser le retentissement des services de santé et de la recherche sur les soins infirmiers sur la prise de décisions (Recherche, échange et impact pour le système de santé), et le lancement fructueux du programme de formation des cadres pour l'application de la recherche. Voici les résultats enregistrés pour le Fonds RESPI et le programme de formation.

Fonds RESPI : une analyse de l'environnement externe a été effectuée afin de bien saisir l'état des connaissances dans le thème des soins infirmiers; les mises au point qui en sont résultées ont permis d'orienter le nouveau concours Recherche, échange et impact pour le système de santé. Les travaux liés au réseau visant un échange accru de connaissances se sont poursuivis : les besoins et les priorités de la communauté des soins infirmiers ont été cernés, et des travaux complémentaires ont été financés en vue de l'établissement d'un réseau en santé communautaire. Les activités de diffusion de la recherche ont permis d'augmenter l'échange des connaissances, y compris la traduction d'une monographie sur les soins infirmiers portant sur les ressources humaines en soins infirmiers à l'intention des décideurs.

Programme des cadres pour l'application de la recherche : la première cohorte de 24 boursiers a été choisie. Les boursiers ont terminé deux des six modules du programme, y compris des visites auprès de 24 organisations de soins de santé. Quatre centres régionaux de mentorat ont été établis, les boursiers ont été confiés à des mentors, et un protocole d'entente a été conclu avec le Collège canadien des directeurs des services de santé afin de rechercher des mentors chaque année. Un outil de communication sur Internet a été élaboré afin d'appuyer la communication et la collaboration. Les travaux du volet évaluation se sont poursuivis : une équipe d'évaluation a été mise sur pied; un cadre a été conçu; et des entrevues ont été menées auprès des organisations commanditaires, ainsi qu'un sondage de base auprès des boursiers de 2004. Des travaux ont été entrepris afin de cerner des options pour faire avancer davantage le dossier de la reconnaissance professionnelle pour le programme.

Le travail de la FCRSS contribue au but de Santé Canada de renforcer la base de connaissances en vue de traiter des priorités en santé et en soins de santé. De façon plus précise, les programmes de la FCRSS favorisent le perfectionnement des ressources humaines en santé; ils fournissent aux gestionnaires du système de santé les outils dont ils ont besoin pour améliorer les soins primaires et de longue durée, et ils appuient la recherche en soins infirmiers, du point de vue du système de santé.

	8) Dépenses réelles 2002 (Du 1 ^{er} janv. au 31 déc.)	9) Dépenses réelles 2003 (Du 1 ^{er} janv. au 31 déc.)	10) Dépenses prévues 2004 (Du 1 ^{er} janv. au 31 déc.)	11) Autorisations totales 2004 (Du 1 ^{er} janv. au 31 déc.)	12) Dépenses réelles 2004 (Du 1 ^{er} janv. au 31 déc.)	13) Écart entre 10) et 12)
14) Financement de base, (Fonds RESPI) et formation des cadres pour l'appli- cation de la recherche	9 494 368 \$ — —	7 845 209 \$ 3 653 976 \$ 1 377 576 \$	9 985 633 \$ 3 401 014 \$ 2 442 010 \$	9 985 633 \$ 3 401 014 \$ 2 442 010 \$	8 193 855 \$ 3 160 734 \$ 2 411 460 \$	1 791 778 \$ 240 280 \$ 30 550 \$

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

15) Commentaires sur les écarts : S.O.

Les commentaires concernant le financement de base et le Fonds RESPI seront combinés puisque les programmes qui relèvent d'eux sont étroitement liés. Les commentaires sur le fonds du programme de formation seront traités séparément.

Le financement de base et le Fonds RESPI ont enregistré une sous-utilisation d'un peu plus de 2 millions de dollars.

Subventions et bourses de recherche

Le poste Subventions et bourses de recherche est composé exclusivement de subventions et de bourses que la Fondation accorde pour effectuer de la recherche (c.-à-d. le Concours de subventions ouverts et Partenariats pour la recherche sur les soins infirmiers) et pour « augmenter les capacités » (c.-à-d., Bourses de recherche postdoctorales, Bourses de réorientation, Chaires, et Centres régionaux de formation) dans le secteur de recherche appliquée sur les services de santé. Ce poste a enregistré une sous-utilisation de quelque 879 000 \$. Cette sous-utilisation tient au fait que les titulaires de subventions et les boursiers n'ont pas fourni suffisamment de renseignements pour que les paiements soient effectués. Ces facteurs, qui sont indépendants de la volonté de la FCRSS, sont venus s'ajouter au fait qu'un cycle normal de subventions et de bourses va au-delà d'un cycle de budget fiscal, ce qui entraîne le non-engagement de ces fonds en 2004.

Conformément aux recommandations des vérificateurs de la FCRSS, le paiement versé par la FCRSS aux IRSC pour leur contribution au Concours de subventions ouverts (pour les dossiers transférés aux IRSC) a été supprimé du Bilan des opérations de la FCRSS et inscrit à titre de réduction de contributions reportées. Cette approche représente un traitement comptable approprié de cette transaction étant donné que les risques et la responsabilité ont été transférés aux IRSC. Le budget n'a pas été ajusté à la baisse au moment du transfert, ce qui explique une sous-utilisation de quelque 360 000 \$. Les dossiers restants du Concours de subventions ouverts retenus par la FCRSS ont enregistré une sous-utilisation de 191 665 \$. Le transfert des dossiers aux IRSC explique en partie cette sous-utilisation. Si les dossiers étaient demeurés à la Fondation, des paiements couvrant la période de juillet à décembre auraient été effectués. Étant donné le transfert, le versement initial au titre des nouvelles subventions a été reporté jusqu'en novembre, entraînant ainsi une sous-utilisation pour la période de quatre mois allant de juillet à octobre. De plus, certains paiements ont été retardés étant donné que la FCRSS n'a pas reçu les rapports financiers et provisoires requis des chercheurs en temps utile pour déclencher les paiements ultérieurs.

Le poste Recherche commandée affichait une sous-utilisation de 112 837 \$ pour les deux principales raisons suivantes :

- les retards enregistrés avec le projet des Méthodes de synthèse (les auteurs ont pris énormément de temps à soumettre leurs documents), ce qui a retardé les dépenses en les reportant en 2005;
- les ressources internes limitées disponibles pour diriger d'autres projets de recherche commandée étant donné le remaniement des programmes de recherche entrepris quand le nouveau directeur des Programmes de recherche s'est joint à la FCRSS, ainsi que les congés de maternité.

Le budget des Bourses de réorientation était sous-utilisé de quelque 115 000 \$. Cette sous-utilisation tient au fait que la FCRSS n'a consenti que trois des quatre bourses disponibles en 2004 et que les dates de début pour les trois bourses étaient les mois de juin, de septembre et de novembre. En raison de ces dates de début plus tardives, des sommes moins importantes ont été engagées en 2004. L'excédent sera reporté à 2005 afin de couvrir les engagements futurs.

Un peu comme les problèmes qu'ont connus les Bourses de réorientation, les Bourses postdoctorales ont aussi enregistré une sous-utilisation. S'il est vrai que la Fondation a accordé l'ensemble des huit bourses du concours de 2004, de nombreux boursiers n'ont pas été en mesure de commencer aussi tôt que prévu (c.-à-d. qu'ils doivent respecter toutes les exigences relatives au doctorat avant de commencer et avaient jusqu'au 28 février 2005 pour le faire — dans le milieu universitaire, le report de la date de défense d'une thèse est chose commune). En outre, nous avons aussi quelques titulaires de concours antérieurs qui avaient terminé leurs bourses tôt, ce qui a également contribué à une sous-utilisation.

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

Liens et échanges

Les dépenses au titre des Liens et échanges sont toutes des coûts ayant trait aux activités de Transfert et échange de connaissances entreprises par la Fondation. Le budget de ce secteur d'activités a été sous-utilisé de quelque 488 000 \$ en raison de difficultés survenues relativement à la dotation d'un poste clé dans ce secteur plus tôt cette année.

Cette sous-utilisation tient au fait qu'une variété de projets n'ont pas été réalisés en 2004 en raison d'autres engagements. Le budget de diffusion de la recherche a enregistré une sous-utilisation d'environ 76 000 \$. On avait prévu de publier quatre feuillets d'information pour la somme de 20 000 \$, mais on n'en a publié qu'un. La synthèse des soins de santé primaires et le financement d'une équipe de recherche pour assurer la diffusion (activités dotées de budgets de 30 000 \$ et de 18 000 \$ respectivement) n'ont pas été réalisés.

Le poste Réseaux de connaissances et formation de courtiers de connaissances affichait une sous-utilisation de 255 000 \$. Cette sous-utilisation est surtout attribuable à l'activité associée aux projets pilotes portant sur les courtiers du savoir. Elle tient à une question de temps, c.-à-d. que les fonds ont été prévus au budget en 2004, mais que les dépenses ne seront reconnues qu'en 2005. Les projets devaient commencer plus tôt en 2004, mais les six sites pilotes n'ont entrepris leurs travaux qu'en décembre 2004. Il s'agit des projets pilotes portant sur les courtiers du savoir qui ont été reclassifiés dans la catégorie des dépenses payées d'avance au cours de la vérification. Dans la section des réseaux, quelque 50 000 \$ n'ont pas été dépensés en raison de problèmes de dotation associés aux congés de maternité.

Soutien et élaboration de programmes

Le poste Soutien et élaboration de programmes comprend tous les coûts prévus pour appuyer le mandat de recherche de base et de transfert et d'échange de connaissances de la Fondation. Ce secteur d'activités a enregistré une sous-utilisation de 428 000 \$. Vous trouverez ci-dessous quelques-unes des explications de cette sous-utilisation.

Agents régionaux et scientifiques—La FCRSS est en période de transition en ce qui concerne la façon dont elle utilise les agents régionaux. Par conséquent, les postes d'agents régionaux vacants (dans les régions du Québec et de l'Atlantique) n'ont pas été pourvus en dépit des intentions originales. De plus, la disponibilité des agents dont les services ont été retenus en vertu d'un contrat a peut-être souffert de l'importante participation des agents au programme de formation des cadres pour l'application de la recherche. Ces agents n'ont pas été utilisés dans la mesure prescrite dans le budget (c.-à-d. que le budget prévoyait trois jours par mois mais que les agents ont facturé une somme inférieure à la Fondation).

La FCRSS a réussi à simplifier son Examen du mérite en le réalisant en un jour plutôt qu'en deux jours comme le prévoyait le budget. Pour ce qui est des Bourses de réorientation et des Bourses postdoctorales, le Comité d'examen du mérite a été regroupé en un seul comité au lieu de deux comités distincts, réduisant ainsi les coûts globaux associés à cette activité.

Les économies réalisées ainsi que les économies de temps associées à un examen du mérite simplifié ont permis au personnel de terminer des travaux qui autrement auraient été confiés à des experts-conseils, réduisant ainsi les dépenses prévues dans le budget.

Administration

Le budget administratif a enregistré une sous-utilisation de l'ordre de 252 134 \$, en partie en raison de postes vacants (100 000 \$). En 2004, un certain nombre d'initiatives de réduction des coûts ont permis de réduire les coûts administratifs globaux.

PROGRAMME DE FORMATION DES CADRES POUR L'APPLICATION DE LA RECHERCHE

Dans l'ensemble, le Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche a enregistré une sous-utilisation des dépenses de l'ordre de 30 550 \$. Les dépenses du Programme sont composées de tous les coûts liés à son exploitation. Il a été quelque peu difficile d'établir un budget pour un nouveau programme sans exemples sur lesquels s'inspirer.

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

<p>16) Résultats importants d'évaluation et URL de la dernière évaluation</p> <p>La Fondation a terminé un certain nombre d'évaluations sommatives et qualitatives de ses programmes respectifs. La FCRSS a demandé que soit préparé un Rapport du Comité d'examen international en 2001 et elle compte effectuer une autre évaluation globale en 2007. Parmi les constatations importantes, il convient de mentionner les suivantes : la FCRSS a enregistré des gains importants en peu de temps; elle devrait se concentrer sur le transfert des connaissances; elle devrait aussi accorder une importance à la mesure de son retentissement et à l'élargissement de ses efforts de communications, de ses partenariats et de son travail dans les milieux de soins infirmiers. Les auteurs du Rapport en sont également arrivés à la conclusion que la FCRSS se compare très bien à des organisations internationales semblables qui ont des budgets plus importants et qui existent depuis beaucoup plus longtemps.</p> <p>http://www.chsrf.ca/other_documents/irpr/index_f.php</p>		
<p>17) Site de la Fondation : www.fcrss.ca</p>		
<p>18) URL du Rapport annuel de la Fondation : http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/2004/</p>		
<p>1) NOM DE LA FONDATION : INFOROUTE SANTÉ DU CANADA INC. (INFOROUTE)</p>		
<p>2) Date de mise en œuvre : 9 mars 2001</p>	<p>3) Date de clôture : S.O.</p>	<p>4) Financement total : 1,2 milliard de dollars</p>
<p>5) But du financement</p> <p>Inforoute Santé du Canada inc. (<i>Inforoute</i>) est une société indépendante sans but lucratif qui a pour mandat de favoriser et d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes électroniques d'information sur la santé à l'échelle du pays comprenant des normes et des technologies compatibles en matière de communication. <i>Inforoute</i> est aussi un mécanisme de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui participent à titre de partenaires égaux dans le but commun de moderniser les systèmes d'information sur la santé du Canada. Cette approche de collaboration réduira les coûts globaux de diverses façons : elle préviendra le chevauchement; elle permettra des économies d'échelle; elle élaborera un premier système et le reproduira pour le mettre en œuvre dans les autres administrations; elle augmentera l'interopérabilité des systèmes (en rattachant tous les systèmes ensemble); et elle maintiendra une approche cohérente et soutenue qui repose sur l'Architecture de la solution de dossiers de santé électroniques (SDSE).</p> <p><i>Inforoute</i> a reçu du financement à trois occasions : 500 millions de dollars en 2001 à l'appui du Plan d'action des premiers ministres pour le renouvellement des soins de santé de septembre 2000 en vue de collaborer à renforcer une infostructure pancanadienne de la santé qui contribuera à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé et leur prestation en temps opportun pour les Canadiens; la priorité clé pour cet investissement étant celle du dossier électronique de santé (DES); 600 millions de dollars dans le cadre de l'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé afin d'accélérer la mise en place du dossier électronique de santé et 100 millions de dollars dans le cadre du Budget 2004 en vue d'appuyer le développement d'un système pancanadien de surveillance de la santé, avec comme cible particulière, le suivi des maladies infectieuses.</p>		
<p>6) Objectifs, résultats prévus</p> <p><i>Inforoute</i> travaille en collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de mettre en place d'ici la fin de 2009 chez 50 % de la population du Canada les éléments de base d'un dossier électronique de santé interopérable. Pour ce faire, <i>Inforoute</i> investit avec les provinces et les territoires dans l'établissement et la mise en œuvre de neuf programmes, à savoir l'infostructure, les registres, l'imagerie diagnostique, les systèmes d'information sur les médicaments, les systèmes d'information sur les laboratoires, la télésanté, la surveillance de la santé, le DES interopérable, et l'innovation et l'adoption. Les investissements dans le DES auront un retentissement sur le système de soins de santé et sa durabilité en améliorant la qualité, la productivité et la rapidité de la prestation des soins de santé. De plus, les investissements permettront d'améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé et la sécurité des patients.</p>		

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

7) Résultats obtenus et progrès réalisés						
<p>En 2004–2005, <i>Inforoute</i> s'est engagée à investir 195 millions de dollars dans des projets, soit 56 % de plus que dans les trois dernières années combinées, pour un total de 321 millions de dollars depuis sa création. <i>Inforoute</i> a lancé 52 nouveaux projets en 2004–2005, ce qui lui a pratiquement permis de doubler le nombre de projets, pour atteindre un total cumulatif de 105 projets. Dix-neuf des nouveaux projets reposaient sur la réutilisation et l'adaptation des résultats de projets réussis dans d'autres régions du pays, en matière d'imagerie diagnostique, d'information sur les médicaments, de registre de clients et de registre de dispensateurs. <i>Inforoute</i> a approuvé des stratégies d'investissement pour l'ensemble de ses neuf programmes. Il y a maintenant 62 projets gouvernementaux élaborés conjointement avec les provinces et les territoires, à savoir 20 projets de registres, 17 projets d'imagerie diagnostique, 6 projets de systèmes d'information sur les médicaments, 6 projets de systèmes d'information sur les laboratoires, 8 projets de télésanté et 5 projets de DES interopérables. En outre, 44 projets pancanadiens sont en voie de réalisation.</p> <p>De plus, afin d'aider les provinces et les territoires à fournir leur part du financement pour les projets de DES, <i>Inforoute</i> a récemment décidé d'accroître son financement afin de couvrir en moyenne 75 % des coûts plutôt que 50 %.</p>						
	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Autorisations totales 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écart entre 10) et 12)
14) Subventions conditionnelles	18,3 M\$	59,8 M\$	S.O.	S.O.	73,7 M\$	
15) Commentaires sur les écarts : S.O.						
16) Résultats importants d'évaluation et URL de la dernière évaluation						
<p>Une évaluation visant à mesurer le rendement global de <i>Inforoute</i> en ce qui concerne l'atteinte des résultats cernés dans l'Accord de financement doit être présentée le 31 mars 2006.</p>						
17) Site de la fondation : http://www.infoway-inforoute.ca						
18) URL du Rapport annuel de la Fondation http://www.infoway-inforoute.ca/resourcecentre/index.php?lang=fr						

Tableau financier 13 : Réponse aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations

RÉPONSE AUX COMITÉS PARLEMENTAIRES
Au cours de l'exercice 2004–2005, Santé Canada n'a déposé aucune réponse à des rapports des comités parlementaires.
RÉPONSE AUX RAPPORTS DU BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
<p>En novembre 2004, le <i>Chapitre 4 — La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques</i> du Rapport de la vérificatrice générale a été déposé. Les constatations du rapport traitent de trois grands thèmes, à savoir la coordination parmi les ministères fédéraux, la gestion efficiente des fonds publics et la sécurité des patients. Le Ministère a établi plusieurs objectifs afin d'aborder les recommandations de la vérification. De façon plus précise, Santé Canada s'est engagé à améliorer la collaboration dans l'ensemble des programmes de médicaments, à améliorer l'efficacité des vérifications des pharmaciens, et à renforcer la capacité du Ministère de prévenir les pharmaciens de l'usage potentiel de médicaments à mauvais escient.</p> <p>En février 2005, le <i>Chapitre 4 — La reddition de comptes des fondations</i> du Rapport de la vérificatrice générale a été déposé. On y préconisait des améliorations dans la surveillance, de même que dans les vérifications et les évaluations du rendement, une plus grande uniformité dans le régime de gouvernance des fondations, et une plus grande clarté dans l'application de la Politique sur les paiements de transfert et la Politique sur les différents modes de prestation des services.</p> <p>Santé Canada continuera de travailler de concert avec les organismes centraux et les fondations afin de se conformer à toutes les dispositions applicables à la surveillance des fondations, comme le recommandait le Rapport de la vérificatrice générale.</p>
VÉRIFICATIONS OU ÉVALUATIONS EXTERNES
<p><i>Vérifications effectuées par le Bureau du vérificateur général</i> La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques La reddition des comptes des fondations</p> <p><i>Rapports du Commissaire à l'environnement et au développement durable (RCDD)</i> Chapitre 4 : L'évaluation de l'impact environnemental des politiques, des plans et des programmes Chapitre 6 : Processus de pétition en matière d'environnement</p> <p><i>Vérification effectuée par la Commission de la fonction publique (CFP)</i> Vérification spéciale : Programme fédéral d'expérience de travail étudiant (PFETÉ)</p> <p><i>Surveillance par la Commission de la fonction publique (CFP)</i> Questionnaire sur l'application du Décret d'exemption sur les langues officielles de la Fonction publique</p> <p><i>Vérification effectuée par la Commission canadienne des droits de la personne</i> Les douze exigences législatives de la Loi sur l'équité en matière d'emploi</p> <p><i>Vérifications effectuées par le Commissariat aux langues officielles</i> Vérification des services actifs au public— Partie IV http://www.ocol-clo.gc.ca/archives/ar_ra/2004_05/health_sante_f.htm Bulletin de rendement concernant les langues officielles de Santé Canada http://www.ocol-clo.gc.ca/archives/ar_ra/2004_05/performancecorecard_bulletinrendement_f.htm</p>

Tableau financier 13 : Réponse aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations (suite)

VÉRIFICATIONS OU ÉVALUATIONS INTERNES
<p>Vérifications internes effectuées par Santé Canada en 2004–2005 et affichées sur le site Web du Ministère :</p> <p>Vérification de la gestion des biens meubles http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/mov-mob_f.html</p> <p>Vérification des programmes de subventions et de contributions de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/hecs-dgsesc_f.html</p> <p>Vérification du cadre de contrôle de gestion concernant les conflits d'intérêt http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/frame-cadre_f.html</p> <p>Vérification du développement durable http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/sus-dur_f.html</p> <p>Vérification dirigée des dépenses encourues par la Société en français Inc. (SSF) selon les Accords de contribution (AC) n^{os} 6799-15-2002-0370032 et 6799-15-2002/0370033 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/ssf_f.html</p> <p>Vérification de Santé publique et Protection civile Canada</p>
<p>Évaluations internes effectuées par Santé Canada en 2004–2005 :</p> <p>Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves Stratégie sur le VIH/sida chez les Premières nations et les Inuits Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie Contribution au Conseil canadien pour le don et la transplantation Stratégie de guérison des Innus du Labrador Initiative fédérale de lutte contre le tabagisme</p>
REMARQUES
<p>Pour des raisons de transparence, Santé Canada intègre les renseignements qui suivent dans le Rapport de la vérificatrice générale.</p> <p>En mars 2004, le rapport de la vérificatrice générale intitulé <i>La réglementation des matériels médicaux</i> a été déposé. Les recommandations issues du rapport portaient sur l'évaluation des risques dans le cadre des essais expérimentaux sur les matériels médicaux; l'accès rapide à des matériels médicaux sûrs et efficaces; la gestion des risques et des avantages liés aux matériels médicaux après leur mise en marché; la réglementation du retraitement des matériels à usage unique; le programme de recouvrement des coûts; les ressources humaines et financières adéquates pour la prestation du programme relatifs aux matériels médicaux; la reddition de comptes sur les progrès réalisés et les défis relevés dans le cadre du programme; de même que l'évaluation et la mesure des résultats du programme et la présentation de rapports connexes.</p> <p>Par conséquent, un certain nombre d'interventions ont été entamées ou sont en cours. Celles-ci comprennent l'analyse des problèmes et des écarts; des examens et des études comparatives; la description des processus; la mise en œuvre d'un programme d'inspection; l'élaboration de signaux de sécurité; la présentation de rapports annuels sur les réactions indésirables; la dotation; la mise en œuvre d'un modèle d'établissement des coûts; l'élaboration d'un modèle logique et d'une stratégie de mesure du rendement en ce qui concerne le programme relatif aux matériels médicaux; ainsi que l'élaboration d'un cadre de gestion et de responsabilisation fondé sur les résultats en ce qui a trait à la surveillance des matériels médicaux après la mise en marché. Les autres points nécessitant un suivi portent sur les activités à long terme et supposent la participation des intervenants provinciaux et territoriaux ainsi que des consultations entre eux, la finalisation du protocole d'entente avec les partenaires à l'échelon international et la mise en œuvre des recommandations.</p> <p>http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20040302cf.html</p>

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable*

La Stratégie de développement durable (SDD) 2004–2007 de Santé Canada a été élaborée à l'aide de trois secteurs thématiques et de six objectifs connexes pour guider l'intervention et la mise en œuvre de la façon décrite ci-après.

Favoriser la création d'environnements sociaux et physiques sains.

Objectif 1.1

Santé Canada s'engage à renforcer les partenariats dans les domaines de la santé, de l'environnement et du développement durable afin de contribuer à l'émergence d'environnements plus sains ainsi que d'aliments et de produits plus sûrs pour les Canadiens et les Canadiennes.

Objectif 1.2

Santé Canada s'engage à assurer la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé pour les Premières nations et les Inuits.

Objectif 1.3

Santé Canada s'engage à renforcer les partenariats avec d'autres ministères fédéraux et les organismes non gouvernementaux en vue de contribuer aux efforts déployés pour améliorer la santé de la population.

Intégrer le développement durable aux processus de décision et de gestion du Ministère.

Objectif 2.1

Santé Canada s'engage à intégrer le développement durable à ses processus de décision et de gestion afin de contribuer à la prestation efficace de ses programmes.

Réduire au minimum les effets des opérations matérielles et des activités du Ministère sur l'environnement et la santé.

Objectif 3.1

Santé Canada contribuera à rendre les environnements plus sains et les produits plus sûrs pour les Canadiens en améliorant ses activités et en gérant de manière durable les terrains et les installations qu'il possède.

Objectif 3.2

Santé Canada contribuera à rendre les environnements plus sains et les produits plus sûrs pour les Canadiens en adoptant une approche de prévention de la pollution.

La troisième SDD de Santé Canada visant la période de 2004 à 2007 repose sur les résultats stratégiques décrits dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005, ainsi que sur les rapports, les priorités et les initiatives clés du gouvernement fédéral portant sur le développement durable.

L'alignement des engagements de la SDD avec la planification ministérielle aide les employés à comprendre les rapports existant entre le développement durable et les secteurs d'intervention clés autorisés pour le Ministère. La clarification de ces rapports permet de mieux décrire comment le développement durable est intégré au Ministère et est déterminant dans le développement de la compréhension requise pour assurer l'évolution de la modification des comportements.

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable* (suite)

En respectant les engagements visés par la Stratégie, Santé Canada accomplira des progrès quant à l'intégration du développement durable à la prestation des programmes, l'élaboration des politiques, la prise de décisions ainsi que la façon dont le Ministère gère ses activités.

SOMMAIRE DES CIBLES CLÉS*	
Cible	Renseignements sur les progrès
<p>1.1.1 En partenariat avec les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et de l'Environnement, Santé Canada mettra au point une approche intégrée, de la source au robinet, pour la qualité de l'eau potable au Canada.</p>	<p>Des recommandations pour la qualité de l'eau potable et leurs documents à l'appui sont en train d'être élaborées, de manière continue, pour les contaminants chimiques et microbiologiques. Trois recommandations (trihalométhanés, bromodichlorométhane et arsenic) ont été approuvées par le Comité FPT sur l'eau potable à des fins de consultation en janvier 2005, et la quatrième recommandation (chlorite, chlorate) a été approuvée en avril 2005.</p>
<p>1.1.2 Santé Canada travaillera avec d'autres ministères fédéraux à dresser un cadre de conformité pour la qualité de l'eau potable dans les secteurs de compétence fédérale.</p>	<p>Santé Canada dirige un Groupe de travail interministériel sur la qualité de l'eau potable dans le cadre de la préparation du document intitulé « Conseils pour un approvisionnement en eau potable dans les secteurs de compétence fédérale » (document cadre pour la qualité de l'eau potable dans les secteurs de compétence fédérale). Ce document de 85 pages a fait l'objet de consultations, a été révisé et traduit, et ensuite approuvé par les membres du Groupe de travail. On s'attend à ce que le document soit affiché sur le site Web de Santé Canada en 2005–2006.</p>
<p>1.1.3 Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, réduira la pollution atmosphérique transfrontalière en lançant des projets pilotes qui multiplieront les possibilités de gestion concertée de la qualité de l'air entre les États-Unis et le Canada.</p>	<p>Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) font présentement l'objet d'une analyse afin de déterminer l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique. Un niveau d'exposition à long terme est attribué à chacun des participants en fonction de ses antécédents résidentiels. La prochaine étape consistera en l'analyse des associations existant entre l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique et les effets nocifs sur la santé.</p> <p>Les travaux sur l'indice de la qualité de l'air (IQA) se déroulent selon le calendrier établi. Sous réserve de l'acceptation provinciale, cet IQA reformulé fera l'objet d'un projet pilote au cours de l'été 2005–2006 en vue de sa mise en œuvre en 2007–2008.</p>
<p>1.1.4 Santé Canada collaborera avec d'autres partenaires et d'autres ministères fédéraux afin d'évaluer les conséquences des changements climatiques sur la santé et le bien-être de l'être humain et il étudiera et mettra au point des méthodes de planification et de mise en œuvre de l'adaptation dans le cadre du Plan du Canada sur les changements climatiques.</p>	<p>Les travaux ont été entrepris et un certain nombre de contrats ont été conclus avec le personnel ministériel et les universitaires. Des renseignements supplémentaires seront fournis au fur et à mesure que le dossier évoluera.</p>

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable* (suite)

Cible	Renseignements sur les progrès
<p>1.1.5 Santé Canada travaillera en collaboration avec des intervenants afin de formuler ou d'actualiser les lignes directrices et les normes à fondement scientifique pour améliorer la sécurité de l'approvisionnement alimentaire et réduire les maladies d'origine alimentaire.</p>	<p>Santé Canada met la dernière main à la préparation d'instructions relatives à la rédaction de modifications aux règlements proposées afin de renforcer les exigences en matière d'étiquetage pour les allergènes alimentaires, les sources de gluten et les sulfites ajoutés aux produits alimentaires.</p>
<p>1.1.6 Santé Canada aidera à prévenir l'exploitation des espèces florales et fauniques utilisées à des fins médicinales.</p>	<p>Les normes de la Convention sur le commerce international des espèces sauvages de faune et de flore menacées d'extinction (CITES) ont été incluses aux documents de référence et aux outils d'évaluation prévus pour les produits de santé naturels. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/legislation/docs/index_f.html</p>
<p>1.1.7 Santé Canada améliorera la démarche qu'il suit pour prendre des décisions réglementaires sur les produits antiparasitaires. Il donnera notamment accès à des produits plus sûrs et fournira de l'information sur les produits antiparasitaires et sur les pratiques durables de lutte antiparasitaire.</p>	<p>En octobre 2004, le projet de règlement sur la déclaration des effets nocifs (DEN) prévu pour les produits antiparasitaires a été publié dans la <i>Gazette du Canada</i>, partie I, et un projet de formulaire de déclaration des DEN a été affiché sur le site Web de Santé Canada afin d'obtenir des commentaires.</p>
<p>1.2.1 Santé Canada travaillera en collaboration avec les Premières nations et les Inuits de même qu'avec les provinces et les territoires à mieux intégrer les services de santé pour assurer aux Premières nations et aux Inuits un système de services de santé durable et homogène.</p>	<p>La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a mis en œuvre des initiatives d'intégration des services de santé par le truchement de projets pilotes afin de cerner, de mettre à l'essai et d'évaluer des possibilités d'incorporer les services des programmes et de les relier entre les organisations de santé fédérales, provinciales, territoriales et locales. En outre, Santé Canada a annoncé, en septembre 2004, un Fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones afin de permettre aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et aux communautés de concevoir de nouvelles façons d'intégrer et d'adapter les services de santé existants de manière à mieux répondre aux besoins de tous les Autochtones.</p>
<p>2.1.2 Santé Canada améliorera l'intégration des facteurs de développement durable à l'intérieur de son organisation en intégrant efficacement, s'il y a lieu, le développement durable à ses politiques, à ses mesures législatives et à ses contrats clés de même qu'en établissant un processus officiel pour évaluer cette intégration d'ici le 31 mars 2007.</p>	<p>Dans le cadre du processus du renouveau législatif, les considérations liées au développement durable ont été incorporées dans le processus de rédaction de la <i>Loi canadienne sur la protection de la santé</i>.</p>

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable* (suite)

Cible	Renseignements sur les progrès
<p>3.1.1</p> <p>D'ici à mars 2005, Santé Canada s'est engagé à réaliser une étude d'impact exhaustive et préparera un guide ainsi qu'un plan d'action pour tous ses administrateurs d'installations afin de dégager, de prioriser et de proposer les mesures visant à atténuer cet impact et à y remédier qu'il faudra prendre pour régler les dossiers qui le touchent relativement à l'exploitation et à la gestion durables de ses installations (laboratoires, hôpitaux, centres de soins de santé et locaux loués).</p>	<p>Santé Canada a préparé un projet de guide à des fins d'utilisation par tous les administrateurs d'installations ministériels. Le guide fait présentement l'objet d'une relecture et d'une révision avant d'être distribué et mis en œuvre dans le Ministère.</p>
<p>3.2.1</p> <p>D'ici à mars 2005, Santé Canada s'est engagé à réaliser une étude d'impact sur l'environnement et préparera un guide et un plan d'action à l'intention du personnel travaillant à ses programmes. L'objectif sera de cerner, de prioriser et de proposer les dossiers ministériels à retenir en vue de l'adoption d'une approche de prévention de la pollution dans le contexte de l'administration des programmes.</p>	<p>Santé Canada a préparé un projet de guide à des fins d'utilisation par tous les employés ministériels. Le guide fait présentement l'objet d'une relecture et d'une révision avant d'être distribué et mis en œuvre dans le Ministère.</p>
<p>* Ce tableau résume les progrès réalisés à l'égard des principaux engagements en 2004-2005. Pour obtenir de plus amples renseignements à cet égard, veuillez consulter le premier rapport annuel sur les réalisations accomplies dans le cadre de la Stratégie de développement durable de 2004-2007, qui se trouve sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_f.html</p>	

La Stratégie de développement durable actuelle de Santé Canada, intitulée « Incarner le changement désiré » est un plan stratégique triennal qui précise aux Canadiens et aux Canadiennes et au Parlement les engagements généraux et particuliers que Santé Canada a pris à l'égard du développement durable. Tandis que la première stratégie du Ministère renfermait plus de 100 engagements, la Stratégie 2004-2007 est axée sur 20 engagements, met en évidence les façons dont les employés forment une partie intégrante du plan global et présente un certain nombre d'outils pratiques pour aider à incorporer le développement durable au travail et à la maison.

Depuis la première stratégie, Santé Canada a accompli des progrès relativement à la création d'une culture qui reconnaît l'importance du développement durable par le truchement de l'approbation, par la haute direction, de sa Politique de développement durable en décembre 2000. Cette mesure a permis l'intégration des cinq principes clés décrits dans la Politique (responsabilité partagée, approches intégrées, équité, responsabilité, amélioration constante) dans la troisième Stratégie de développement durable et, plus précisément encore, dans les secteurs suivants : la santé au travail; la modernisation des ressources humaines; les valeurs et l'éthique; la fonction de contrôleur moderne; l'évaluation des programmes et la mesure du rendement; et la gestion des risques.

C'est en misant sur nos expériences antérieures et en incorporant des pratiques exemplaires dans notre travail que nous réaliserons le développement durable à long terme.

Tableau financier 15 : Achats et marchés

<p>1. Le rôle que jouent les achats et les marchés dans la prestation des programmes</p>	<p>Les achats jouent un rôle central dans la prestation des programmes du Ministère. Plus précisément, les services des achats permettent au Ministère d'obtenir des conseils scientifiques et analytiques hautement spécialisés à l'appui de l'exécution de ses politiques et de ses programmes.</p>
<p>2. Survol des processus et des stratégies de la gestion des marchés dans le Ministère</p>	<p>Les opérations du Ministère sont décentralisées; le personnel chargé des achats étant réparti entre l'administration centrale et les bureaux régionaux. L'autorité contractante des marchés est déléguée à tous les gestionnaires de centres de coûts dans l'ensemble du Ministère, la délégation des pouvoirs financiers reposant sur la responsabilité des gestionnaires. Cette situation témoigne du désir du Ministère de donner aux gestionnaires les pouvoirs nécessaires à la prestation de services et de programmes de qualité aux Canadiens et aux Canadiennes et de concilier la connaissance des programmes et la connaissance des politiques et des règlements administratifs clés liés aux achats. La Division de la gestion du matériel, en sa qualité d'autorité fonctionnelle en matière d'achats, offre aux gestionnaires de la formation, des conseils et des directives en matière de processus stratégiques concernant l'acquisition de biens et de services professionnels. Les comités de contrôle des contrats et des demandes (un par direction générale et par région) examinent et approuvent tous les marchés de services de plus de 10 000 \$ et toutes les demandes de biens. De la formation obligatoire sur l'acquisition de biens et de services est offerte dans l'ensemble du Canada à tous les gestionnaires participant au processus d'acquisition.</p>
<p>3. Les progrès et nouvelles initiatives permettant l'adoption de pratiques d'achat efficaces et efficaces</p>	<p>Le Ministère a lancé un nouveau Cadre de gestion des marchés en 2003. Parmi les initiatives clés cette année, il convient de mentionner l'élaboration d'un outil de mesure du rendement pour les marchés, un modèle pour la planification des achats pour l'acquisition de biens et de services et un outil de gestion des risques afin d'atténuer les types de risques cernés concernant les marchés, y compris une matrice utilisée pour déterminer la source d'expertise. Les travaux d'élaboration d'un nouveau Système de demandes et de rapports relatifs aux marchés vont bon train et celui-ci sera utilisé par le Ministère pour assurer le suivi des achats de biens et de services et pour simplifier le processus d'approbation. Le Ministère a dressé des listes de sources pour les services de counseling, les services de communication et la formation technique. Des travaux sont en cours afin de préparer le Ministère en vue de la mise en œuvre de l'initiative du Marché en direct du gouvernement du Canada et de l'importance qu'accorde celui-ci à l'utilisation obligatoire des offres à commandes dans l'ensemble du gouvernement fédéral.</p>

Tableau financier 15 : Achats et marchés (suite)

	<p><i>Réalisations clés :</i></p> <p>Nous avons dépassé de façon soutenue nos cibles établies pour les achats auprès d'entreprises autochtones. Nous avons travaillé de concert avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien afin d'établir une entente d'approvisionnement visant expressément à traiter de la Stratégie canadienne d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones.</p> <p>Nous avons mis à jour la matrice prévue pour l'Instrument de délégation du pouvoir de signer des documents financiers pour le responsable des achats.</p> <p>Nous avons mis en œuvre un programme de formation destiné aux cadres supérieurs du Ministère et portant sur la planification et la responsabilité en matière d'acquisition.</p> <p>Nous avons établi un plan d'action pour la mise en œuvre de l'initiative du Marché en direct du gouvernement du Canada à Santé Canada.</p>
--	--

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services

L'Initiative d'amélioration des services (IAS) s'applique aux ministères qui offrent, dans une large mesure, des services directs aux Canadiens et aux Canadiennes, et son objectif est d'améliorer la satisfaction de la population canadienne relativement aux services qui lui sont fournis. Santé Canada est un de ces ministères et participe activement à la mise en œuvre de l'IAS.

1. Programmes et services visés par l'IAS

Le Ministère compte actuellement quatre services clés qui participent activement à l'IAS. Il s'agit des services suivants : le Centre d'exception des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI); les fiches d'information générale sur la santé *Votre santé et vous*; le Service de renseignements—ligne sans frais de l'ARLA; et la Ligne sans frais d'information générale de Santé Canada de la Région du Pacifique (nouveau cette année). Le Réseau canadien de la santé est passé à l'Agence de santé publique du Canada. La Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada, en Ontario, également une des initiatives originales, a été incorporée aux activités régulières et n'existe plus en tant que projet de l'IAS. Un élément de la stratégie de rétroaction consiste à effectuer des sondages périodiques sur la satisfaction des clients. L'analyse de ces sondages aide à comprendre les besoins et les attentes des clients et à cerner les secteurs où il y aurait lieu d'apporter des améliorations.

2. Établissement de niveaux de référence pour la satisfaction des clients et progrès accomplis en vue de l'atteinte des objectifs fixés en matière de satisfaction

Les niveaux de référence pour la satisfaction des clients ont été établis en 2002–2003. Au cours du présent exercice, un troisième sondage de suivi sur la satisfaction des clients a été effectué en utilisant l'Outil de mesures communes pour le Centre d'exception des médicaments de la DGSPNI. La cote de référence enregistrée pour le sondage de 2002 sur la satisfaction globale du client pour cette initiative était de 3,7 sur 5. La cote est passée à 3,28 dans le sondage de 2003, mais est revenu à 3,71 dans le sondage de 2005. Les résultats du sondage ont été soumis à la Base de données sur l'analyse comparative de l'Outil de mesures communes à l'Institut des services axés sur les citoyens.

Les responsables de la ligne sans frais de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) et de la série *Votre santé et vous* n'ont pas effectué un autre sondage sur la satisfaction des clients car les changements survenus au niveau des résultats sur la satisfaction globale des clients par rapport à l'année passée étaient négligeables.

Le sondage sur le niveau de satisfaction de référence pour la Ligne sans frais d'information générale de la Région du Pacifique est terminé. L'analyse des résultats est en cours. Les sondages de suivi ont été comparés aux résultats de référence originaux.

3. Normes de service pour tous les services publics clés — établissement de normes et rendement par rapport à ces normes

Les responsables de la série *Votre santé et vous* ont établi des normes de service qui seront publiées sur leur site Web. Les normes seront mises en œuvre immédiatement dans le cas des nouvelles fiches d'information de renseignements, et seront adoptées au fil du temps pour les fiches existantes.

Les normes de service de la DGSPNI et de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) font actuellement l'objet d'un examen et d'une révision et seront publiées dès que le travail sera terminé.

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services (suite)

4. Principales réalisations en vue d'améliorer les services du point de vue des citoyens

Le Centre d'exception des médicaments de la DGSPNI a apporté des modifications dignes de mention depuis le dernier sondage. Il a augmenté ses effectifs de cinq employés, amélioré son accessibilité et rehaussé ses cotes relatives aux temps d'attente. Il a affecté un plus grand nombre d'employés au travail en soirée afin de tenir compte de l'horaire des pharmaciens de l'Ouest canadien.

Les responsables de la série *Votre santé et vous* ont consulté les clients afin d'obtenir leur rétroaction sur les préférences concernant le contenu des publications à venir.

Niveau de satisfaction globale des clients

En fonction de l'Échelle de satisfaction globale de 1 à 5 de l'Outil de mesures communes, où 1 = très insatisfait et 5 = très satisfait.

Initiative	Résultats de référence	Deuxième sondage	Troisième sondage
<i>Votre santé et vous</i>	4,0	4,18	—
ARLA—Service de renseignements—ligne sans frais			
Grand public	4,63	4,63	
Détenteurs d'homologation	4,15	4,19	
Réseau canadien de la santé	3,3	Non disponible	—
Centre national d'exception des médicaments des Services de santé non assurés	3,7	3,28*	3,71
Ligne sans frais d'information générale—région du Pacifique	4,58		

* Un événement clé qui a influé sur les services était la panne d'électricité de l'été 2003 en Ontario qui a créé un arriéré important de demandes. Malheureusement, la panne est survenue au moment de l'année où les pharmaciens demandent le renouvellement de leur financement. Ces deux facteurs ont sans doute eu un grand effet sur l'efficacité et l'accessibilité du service.

Initiative d'amélioration des services—Rapport quinquennal

L'Initiative d'amélioration des services (IAS) s'applique aux ministères qui offrent, dans une large mesure, des services directs aux Canadiens et aux Canadiennes, et son objectif est d'améliorer la satisfaction de la population canadienne relativement aux services qui lui sont fournis. Santé Canada est un de ces ministères et participe activement à la mise en œuvre de l'IAS.

1. Programmes et services visés par l'IAS

Le Ministère a entrepris cette initiative en mai 2001 avec cinq services clés, notamment le Centre d'exception des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), les fiches d'information générale sur la santé *Votre santé et vous*; le Service de renseignements—ligne sans frais de l'ARLA; la Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada, en Ontario; et le Réseau canadien de la santé. En décembre 2001, le Système de gestion des appels d'urgence disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept, a été ajouté en tant que sixième initiative; cette initiative a été transférée à l'Agence de santé publique du Canada et ne fait plus partie de l'IAS à Santé Canada.

En mars 2004, la Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada, en Ontario, a été incorporée aux activités régulières et n'existe donc plus en tant qu'initiative d'amélioration des services.

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services (suite)

À l'automne 2004, la Ligne sans frais d'information générale de la région du Pacifique a été ajoutée à titre de nouvelle initiative.

En raison du remaniement du portefeuille fédéral de la santé, le Réseau canadien de la santé est passé à l'Agence de santé publique du Canada récemment créée.

2. Établissement de niveaux de référence pour la satisfaction des clients et progrès accomplis en vue de l'atteinte des objectifs fixés en matière de satisfaction

En raison du degré variable de l'état de capacité opérationnelle et des ressources disponibles de chacun des secteurs de programme visés par l'IAS, chacun des projets avance à son propre rythme, effectuant ses sondages respectifs de façon cyclique plutôt que sur une base annuelle.

3. Normes de service pour tous les services publics clés—établissement de normes et rendement par rapport à ces normes

Les responsables de la série *Votre santé et vous* ont établi des normes de service qui seront publiées sur leur site Web.

Les normes de service de la DGSPNI et de l'ARLA font actuellement l'objet d'un examen et d'une révision et elles seront publiées dès que le travail sera terminé.

http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/index_f.html

4. Principales réalisations en vue d'améliorer les services du point de vue des citoyens

Le Centre d'exception des médicaments de la DGSPNI a apporté des modifications dignes de mention depuis le dernier sondage. Il a augmenté ses effectifs de cinq employés, amélioré son accessibilité et rehaussé ses cotes relatives aux temps d'attente. Il a affecté un plus grand nombre d'employés au travail en soirée afin de tenir compte de l'horaire des pharmaciens de l'Ouest canadien.

Les responsables de la série *Votre santé et vous* ont consulté les clients afin d'obtenir leur rétroaction sur leurs préférences concernant le contenu des fiches d'information à venir.

Voici les progrès réalisés grâce à l'IAS selon chacune des initiatives :

• Les articles de la série *Votre santé et vous* sont des fiches d'information utilisées pour transmettre des renseignements généraux sur la santé aux Canadiens.

Au début du printemps 2002, un sondage mené auprès des distributeurs et des utilisateurs clients a permis de dégager un niveau de satisfaction de référence de 4 sur 5.

À l'automne 2003, le deuxième sondage auprès des utilisateurs a été effectué. Des suggestions quant à l'amélioration ont encore été faites dans ce sondage, lequel affichait un niveau de satisfaction de 4,2 sur 5.

En 2004, des mesures ont été prises afin de mettre en œuvre les améliorations recommandées dans le sondage de 2003.

Au printemps 2005, les normes de service ont été achevées et approuvées et elles sont prêtes à être publiées.

Étant donné que la différence entre les résultats de la satisfaction globale des clients des sondages antérieurs était négligeable, les responsables de la série *Votre santé et vous* effectueront maintenant des sondages cycliques sur la satisfaction des clients. Le prochain sondage doit être effectué en 2006.

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services (suite)

- **Le Réseau canadien de la santé (RCS) est un service d'information-santé bilingue et pancanadien accessible par Internet.**

En février 2002, le premier sondage sur la satisfaction des clients a permis de dégager un niveau de référence de la satisfaction globale de 3,3 sur 5.

En février 2004, le deuxième sondage en direct sur la satisfaction des clients a été effectué.

Plus tard en 2004, en raison du remaniement du portefeuille fédéral de la santé, le Réseau canadien de la santé est passé à l'Agence de santé publique du Canada et ne fait plus partie de l'IAS de Santé Canada.

http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp

- **Les processus du Centre national d'exception des médicaments de la DGSPNI traite les demandes des personnes qui désirent se procurer des médicaments d'exception ou à usage restreint en vertu du Programme des services de santé non assurés.**

En juin 2002, l'initiative a enregistré une cote de satisfaction des clients de référence de 3,7 sur 5 à la suite d'un sondage aléatoire mené auprès de 1 000 pharmaciens.

À l'automne 2003, un deuxième sondage a été mené auprès des pharmaciens. La cote a chuté pour se situer à 3,28. Un événement clé qui a pu influencer sur les services était la panne d'électricité de l'été 2003 en Ontario qui a créé un arriéré important de demandes.

Au début de 2005, un troisième sondage de suivi sur la satisfaction des clients a été effectué et la cote a remonté à 3,71.

- **Le Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire répond aux demandes courantes qui portent sur les risques que posent les produits antiparasitaires pour la santé humaine et l'environnement.**

En juin 2002, quelque 100 clients ont été interviewés au téléphone, ou par l'entremise de lettres personnelles et d'un télécopieur afin d'établir un niveau de référence de la satisfaction globale des clients. Le niveau de référence a été établi à 4,63 sur 5 chez le grand public et à 4,15 sur 5 chez les détenteurs d'homologation.

En 2003, un deuxième sondage a été effectué, et on a enregistré une cote de satisfaction globale des clients de 4,63 sur 5 chez le grand public et de 4,19 sur 5 chez les détenteurs d'homologation.

Étant donné que la différence entre les résultats de la satisfaction globale des clients des sondages antérieurs était négligeable, cette initiative effectuera maintenant des sondages cycliques sur la satisfaction des clients.

Les normes de service font actuellement l'objet d'un examen et d'une révision et seront publiées en 2005.

Le prochain sondage sera entrepris en 2006.

- **La Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada a été créée à Toronto en octobre 2002 à titre de projet pilote de six mois.**

Le 1^{er} avril 2004, le projet a été incorporé aux activités régulières et ne constitue plus une initiative d'amélioration des services.

- **La Ligne sans frais d'information générale de Santé Canada pour la région du Pacifique.**

À l'automne 2004, la ligne sans frais est devenue une nouvelle initiative d'amélioration des services.

En février 2005, le premier sondage sur la satisfaction des clients a permis d'enregistrer un niveau de référence de la satisfaction globale de 4,58 sur 5.

Tableau financier 17 : Initiatives horizontales

Santé Canada est responsable des initiatives horizontales visées par le présent rapport ou il y a participé.

Un gabarit relatif aux initiatives horizontales doit être rempli pour toutes les grandes initiatives horizontales dont Santé Canada est responsable et qui répondent au moins à l'une des exigences suivantes :

- ont reçu des fonds fédéraux de plus de 100 millions de dollars pour toute l'initiative; ou
- sont importantes pour l'atteinte des priorités du gouvernement;
- ont un profil public élevé.

Des renseignements plus complets sur chacune des initiatives dont Santé Canada est responsable sont disponibles dans la Base de données sur les résultats des initiatives horizontales du Secrétariat du Conseil du Trésor (http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_f.asp).

INITIATIVES DONT SANTÉ CANADA EST RESPONSABLE		
Initiative	Partenaires	Description
Rechercher la confiance du public dans la réglementation des pesticides et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires	Agriculture et Agroalimentaire Canada; Pêches et Océans; Environnement Canada; Ressources naturelles Canada; Agence canadienne d'inspection des aliments	Cette initiative permettra de renforcer la confiance du public et des intervenants envers le système de réglementation des pesticides; de protéger la santé et l'environnement; et d'augmenter la compétitivité des secteurs agroalimentaire et forestier.
Stratégie canadienne antidrogue (SCA) renouvelée	Solliciteur général; Gendarmerie royale du Canada; Services correctionnels; Affaires étrangères; Justice	Renouveler la SCA afin de réduire la consommation et l'abus des substances, particulièrement chez les populations vulnérables comme les jeunes. La Stratégie comprend la création de deux nouvelles catégories de contributions de Santé Canada : le Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue pour les projets communautaires ciblant surtout les segments vulnérables de la population comme les femmes, les Autochtones et les jeunes; et une Contribution à l'appui du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Tableau financier 17 : Initiatives horizontales (suite)

Initiative	Partenaires	Description
Développement de la petite enfance (DPE) autochtone et des Premières nations	Développement social; Affaires indiennes et du Nord Canada	Renforcer les programmes qui appuient le DPE, tout en accordant une importance particulière aux enfants des Premières nations des réserves et réduire l'incidence du syndrome et des effets de l'alcoolisme foetal dans les communautés des Premières nations. Améliorer les programmes fédéraux existants de DPE; renforcer les capacités et les réseaux; élaborer une stratégie sur la recherche et les connaissances; améliorer l'intégration, la coordination, la responsabilisation et l'établissement de rapports au sein des programmes fédéraux de DPE.
Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT)	Solliciteur général; Gendarmerie royale du Canada; Justice; Agence du revenu du Canada	La SFLT vise à réduire de façon significative l'incidence des maladies et de la mortalité attribuables au tabagisme. La SFLT mise sur les quatre volets qui se renforcent mutuellement : la protection, la prévention, le renforcement et la réduction des méfaits.
Programme de contribution pour l'information sur la santé	Statistique Canada	Appuyer l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (l'unique bénéficiaire du Programme) dans le cadre de son mandat établi en 1992 par la Conférence des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé.
Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT)	Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés; Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé; Institut canadien d'information sur la santé	Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé en s'assurant que les médicaments pour usage humain et autres produits thérapeutiques sont sûrs, de qualité supérieure, efficaces sur le plan thérapeutique, utilisés de la façon prescrite, facilement accessibles et abordables.

Tableau financier 17 : Initiatives horizontales (suite)

Initiative	Partenaires	Description
Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé	Gouvernements provinciaux et territoriaux	Créer un plan d'action qui permettra d'assurer que les Canadiens et les Canadiennes ont accès au moment opportun à des soins de santé de qualité en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Les programmes de l'initiative comprennent l'établissement du Conseil sur la santé du Canada et de l'Institut de la sécurité du patient; l'élaboration d'une stratégie pour l'évaluation de la technologie de la santé et l'amélioration de la planification et de la coordination des ressources humaines en santé.
INITIATIVE HORIZONTALES CLÉS DONT SANTÉ CANADA EST UN PARTENAIRE		
Initiative	Partenaires	Description
Investissement du Budget de 2003 pour l'exécution de la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE)</i>	Environnement (responsable)	Améliorer la capacité d'Environnement Canada et de Santé Canada de respecter les obligations législatives établies en vertu de la <i>LCPE</i> .
Cadre de gestion horizontal pour le changement	Environnement (responsable); sept autres ministères participent	Le cadre permettra de mesurer et d'évaluer à quel point les progrès technologiques ont fait une différence en ce qui concerne les émissions; l'investissement fédéral a eu un effet de levier auprès des intervenants des secteurs public et privé, les coavantages liés à un investissement dans la lutte contre les changements climatiques sont compris et réalisés, et le Canada s'emploie à étoffer la base de connaissances requises en vue de négociations futures sur les changements climatiques.
Sites contaminés fédéraux	Environnement (responsable); 10 autres ministères participent	Financement prévu pour un certain nombre de projets pour lesquels un financement a été demandé en vertu du Plan d'action accéléré des sites contaminés fédéraux.
Mise en œuvre du Système de gestion de l'eau des Premières nations	Affaires indiennes et du Nord Canada (responsable)	Améliorer la qualité de l'eau et le traitement des eaux usées dans les réserves.

Tableau financier 18 : Politiques sur les voyages

Comparaison avec les Autorisations spéciales de voyager du SCT
Santé Canada respecte les Autorisations spéciales de voyager du SCT.
Comparaison avec la Directive sur les voyages, les taux et les indemnités du SCT
Santé Canada respecte la Directive sur les voyages, les taux et les indemnités du SCT.

Section IV

Autres sujets d'intérêt

Faire progresser la science



Afin de respecter son mandat, celui « d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé et leur sécurité », notre ministère doit avoir accès à des conseils scientifiques et technologiques de la plus haute qualité. Nous devons prévoir une capacité interne adaptable pour effectuer des travaux scientifiques indépendants et pour faciliter et interpréter les travaux scientifiques réalisés par nos partenaires. Ainsi, nous serons en mesure d'élaborer des politiques dans les secteurs technologiques nouveaux, de réglementer des produits de plus en plus perfectionnés et d'offrir les services, l'information et la gestion des questions essentiels à la santé des Canadiens.

Afin de renforcer la qualité de la science et des conseils scientifiques, notre ministère compte un expert scientifique en chef qui a établi les trois priorités suivantes pour le bureau en août 2004 : assurer l'utilisation efficace de la science dans l'élaboration des politiques, renforcer la capacité et la qualité de la science et accroître la sensibilisation à la science effectuée à Santé Canada et la compréhension de celle-ci.

Pour appuyer ces priorités, l'expert scientifique en chef a enregistré plusieurs réalisations notables au cours de 2004–2005, notamment :

- le renforcement des partenariats scientifiques et technologiques à l'intérieur et à l'extérieur du Ministère;
- l'introduction du Programme des scientifiques émérites afin de maximiser la mémoire scientifique institutionnelle et d'encadrer de nouveaux scientifiques;
- l'introduction de nouveaux mécanismes d'obtention de conseils scientifiques de l'extérieur;
- l'organisation fructueuse du Forum scientifique de Santé Canada.

L'expert scientifique en chef s'est engagé à travailler en partenariat afin de stimuler les progrès scientifiques qui améliorent la santé. Le lien forgé entre Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) constitue le plus important de ces partenariats. L'expert scientifique en chef favorise et facilite ce partenariat en faisant fonction de catalyseur d'initiatives de recherche concertées dans les secteurs d'importance stratégique. Par exemple, Santé Canada a fait fonction de partenaire scientifique et financier actif dans des projets visant à réduire les inégalités sur le plan de la santé chez les Canadiens. En outre, le Bureau de l'expert scientifique en chef a coparrainé le Forum sur la politique visant la réduction des disparités en matière de santé, lequel a réuni des chercheurs et des représentants fédéraux et provinciaux.

Voici d'autres partenariats en cours : l'Initiative sur la salubrité de l'eau et des aliments avec les IRSC; le Consortium canadien de recherche sur le syndrome respiratoire aigu sévère avec l'Agence de santé publique du Canada et les IRSC; et un programme d'échange novateur avec le ministère des Affaires étrangères. Le Canada possède de

l'expertise spéciale en matière de coordination des efforts dans le secteur de la recherche en santé mondiale. Cette expertise est manifeste dans les activités de la nouvelle Initiative de recherche en santé mondiale, laquelle constitue un partenariat unique formé de quatre agences fédérales, à savoir Santé Canada, les IRSC, l'Agence canadienne de développement international et le Centre de recherches pour le développement international, lesquelles déploient leurs forces distinctes respectives pour accroître les contributions du Canada à la recherche en santé mondiale et à son application.

Le Programme des scientifiques émérites consiste à accueillir des scientifiques retraités de Santé Canada à titre bénévole afin de faire fonction de mentors et d'encadreurs auprès de jeunes scientifiques dans leurs domaines d'expertise. La nomination de notre premier scientifique émérite, le docteur Tony Meyers, a été annoncée en 2005.

Le Conseil consultatif des sciences (CCS) constitue une précieuse source de conseils spécialisés indépendants à l'intention du ministre de la Santé relativement aux activités scientifiques exécutées et utilisées par Santé Canada. Il se concentre sur l'orientation future des programmes scientifiques, les nouvelles sciences de la santé et tendances scientifiques, ainsi que les partenariats

et les liens scientifiques. Le thème omniprésent dans les travaux du Conseil en 2004–2005 était la Gestion de la science pendant une période d'évolution, comme en témoignent les conseils offerts sur les questions de santé publique liées à la nouvelle Agence de santé publique du Canada. Le Conseil a également examiné les besoins et la capacité scientifiques ainsi que les stratégies de gestion des risques du Ministère, et la nécessité d'adopter un processus décisionnel ouvert et transparent.

Le Forum scientifique s'est transformé en vitrine nationale de la science novatrice de Santé Canada. Le Forum de 2004, intitulé « Défis actuels auxquels font face les Canadiens et les Canadiennes », a réuni des spécialistes du droit, de la santé environnementale, de la biotechnologie, de la pharmacologie et de la médecine. Les discussions étaient axées sur les solutions scientifiques à d'importantes questions de santé. La diversité des disciplines liées à la santé a assuré une vaste perspective, enrichissant ainsi le fondement des décisions reposant sur des données probantes et touchant la santé des Canadiens. Une équipe de scientifiques russes a participé au Forum de 2004, ajoutant ainsi une perspective internationale et ouvrant la porte au partage des résultats scientifiques et des pratiques exemplaires à l'échelle mondiale.

Amélioration des pratiques de gestion à Santé Canada

Outre les points abordés ailleurs dans le présent rapport, il y a trois points d'intérêts à signaler dans le cadre de l'amélioration des pratiques de gestion à Santé Canada.

Progrès accomplis relativement au Cadre de responsabilisation de gestion

S'inspirant des progrès réalisés dans la mise en œuvre de notre vision d'une organisation moderne, comme il est établi dans la Stratégie de gestion moderne élaborée dans le cadre de l'Initiative de la modernisation de la fonction de contrôleur, le Ministère a continué d'intégrer les principes de modernisation de la fonction de contrôleur dans les processus et systèmes de gestion, établissant ainsi le fondement d'une saine gestion.

Quand le Secrétariat du Conseil du Trésor a introduit le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) en 2003, notre ministère était prêt à l'adopter, car nous estimions qu'il s'agissait d'un outil d'intégration pour la gestion. Nous nous sommes d'abord concentrés sur le renforcement de la gérance et de la responsabilisation en tant que moyen de renforcer la capacité du Ministère de respecter ses priorités. Nous avons par la suite amélioré les systèmes, les processus et les pratiques de gestion et changé la façon de faire des gestionnaires et du personnel. Le défi de la dernière année était de soutenir des changements, de mesurer leur retentissement et de continuer d'adopter des pratiques de saine gestion.

Nous nous servons du CRG comme perspective nous permettant d'évaluer les pratiques de gestion et de cerner les secteurs devant faire l'objet d'améliorations supplémentaires. Les gestionnaires de tous les niveaux ont été exposés aux concepts et aux principes du CRG par le truchement de cours de gestion et de présentations. Au cours de 2004–2005, les directions générales et les régions de Santé Canada ont commencé à examiner leurs forces et leurs lacunes en utilisant le CRG, certaines d'entre elles alignant leurs activités de planification et de gestion respectives avec les dix composantes du CRG.

L'appui de la haute direction, particulièrement par le truchement du Sous-comité exécutif des opérations du Ministère (CEM-Ops), a constitué un élément essentiel pour assurer que l'amélioration de la gestion demeurerait le point de mire. En surveillant et en approuvant un certain nombre de modifications importantes dans les pratiques et les systèmes de gestion au Ministère, le CEM-Ops joue un rôle important dans l'opérationnalisation du CRG.



À l'automne 2004, le CEM-Ops a adopté le CRG comme guide pour établir son propre programme d'activités à long terme. En décembre 2004, le CEM-Ops a également approuvé la création du Réseau sur le CRG afin de renforcer davantage la capacité du Ministère de répondre aux attentes du CRG. Le Réseau du CRG, composé de représentants de l'ensemble des directions générales, des régions et des secteurs fonctionnels clés, offre les particularités suivantes : une tribune d'échange d'information sur les pratiques de gestion dans l'ensemble du Ministère; une réponse rapide aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor en matière d'établissement de rapports liés au CRG; et une occasion de discuter des questions liées à l'opérationnalisation du CRG.

Gestion intégrée du risque

Le Ministère a réalisé des progrès soutenus relativement à la mise œuvre d'un Cadre de gestion intégrée du risque, lequel en est à sa deuxième année d'exploitation. Parmi les activités clés terminées à ce jour, il convient de mentionner l'inclusion de la perspective de gestion du risque dans l'Exercice d'établissement des priorités, l'inclusion des renseignements sur les risques ministériels dans le Rapport sur les plans et les priorités, l'établissement d'un Profil de risque ministériel et la réalisation de la première analyse du contexte interne du Ministère. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web de Santé Canada à <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/gjr.htm>

Santé en milieu de travail et modernisation des ressources humaines

Un certain nombre d'initiatives visant à améliorer les pratiques de gestion ont été entreprises en 2004–2005 à l'appui de la composante personnes du Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) dans le cadre de l'Initiative sur la santé en milieu de travail et la

modernisation des ressources humaines, comme il est mentionné dans la Section II du présent rapport. Un exemple d'une telle mesure est l'inclusion d'objectifs de gestion des ressources humaines pour tous les superviseurs et les gestionnaires du Ministère. Certaines autres stratégies visant à améliorer les pratiques de gestion ont également été mises en œuvre au cours de cette période, y compris l'inclusion du renforcement des capacités de gestion et des activités accrues de surveillance et d'établissement de rapports.

Améliorations financières

Au cours de la dernière année, Santé Canada a pris plusieurs mesures concrètes afin d'appuyer la composante gérance du CRG. Les représentants du Ministère ont déployé des efforts considérables afin de montrer que Santé Canada poursuit ses efforts visant à développer une culture où les gestionnaires se concentrent davantage sur la gestion financière.

Le Ministère a mis en œuvre plusieurs mesures visant à renforcer l'analyse et la gestion financières, notamment le renouvellement du processus du Rapport sur les écarts financiers, la mise en œuvre des Mesures du rendement sur le plan de la gestion financière pour les cadres supérieurs, l'intégration améliorée des activités des conseillers en ressources humaines et financières, l'exercice du Comité d'examen des dépenses, l'Architecture des activités de programmes et l'Analyse des examens horizontaux, un examen approfondi de la gestion financière et des exigences pour les utilisateurs ayant trait à la Stratégie d'accès aux produits pharmaceutiques, la création de la Division de la gestion financière et des services consultatifs, l'utilisation du modèle de la capacité de gestion financière du BVG comme vision pour la gestion financière à Santé Canada ainsi que l'adoption d'un nouvel Instrument de délégation du pouvoir de signer des documents financiers.



Une approche axée sur la santé pour le développement durable

La troisième Stratégie de développement durable 2004–2007 de Santé Canada présente les grandes lignes des engagements pris par le Ministère afin d'incorporer les principes et les pratiques de développement durable dans les activités quotidiennes au cours des trois prochaines années. Par le truchement de cette Stratégie, Santé Canada s'est engagé à fournir à ses employés de l'information et des outils pratiques qui les aideront à intervenir sur le plan du développement durable et, par conséquent, à intégrer le développement durable dans les processus de prise de décisions et de gestion du Ministère, et à réduire les conséquences des opérations matérielles et des activités du Ministère sur l'environnement et la santé.

Les secteurs ci-dessous ont été retenus à des fins de suivi au cours de la période de trois ans visée par la Stratégie.

- Favoriser la création d'environnements sociaux et physiques sains.
- Intégrer le développement durable aux processus de décision et de gestion du Ministère.
- Réduire au minimum les effets sur l'environnement et la santé des opérations matérielles et des activités du Ministère.

Au sein de ces trois secteurs ou objectifs thématiques, les engagements organisationnels ont été catégorisés de façon plus poussée en utilisant des objectifs et des cibles et, en date du 31 mars 2005, des progrès considérables avaient été accomplis en ce qui concerne la réalisation des 20 engagements cibles. Des renseignements supplémentaires à ce sujet figurent dans le Tableau 14 du présent document. Pour prendre connaissance du rapport complet sur la troisième Stratégie de développement durable de Santé Canada, veuillez consulter le site du Bureau de développement durable à http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_f.html

Dans le cadre des efforts que nous déployons pour aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur état de santé, il importe de souligner que l'engagement de Santé Canada à l'égard du développement durable s'applique à l'ensemble des initiatives liées aux politiques et aux programmes bien au-delà de la période de trois ans de chacune des stratégies.



Santé des Premières nations — Suivi en réponse au rapport du Comité permanent des comptes publics de 2001

À la suite du Rapport du vérificateur général de 2000, le Comité des comptes publics (CCP) a formulé, en décembre 2001, des recommandations qui exigent que Santé Canada apporte des améliorations à ses activités de responsabilisation et de gestion, et qu'il produise des rapports à ce sujet. Le présent document présente certains progrès accomplis par le Ministère depuis la publication des rapports du CCP et du BVG.

Recommandations et mesures de suivi

Information communiquée au Parlement concernant l'avancement

La principale recommandation à ce sujet est la suivante : Santé Canada doit informer le Parlement des progrès réalisés concernant la mise en œuvre des recommandations formulées dans le chapitre 13 du Rapport de 1997 et dans le chapitre 15 du Rapport de 2000 du vérificateur général du Canada, ainsi que dans le cinquième rapport du Comité (36^e législature, première session). L'information doit cibler en particulier les progrès réalisés concernant la mise en œuvre de chacune des recommandations. Elle doit être fournie chaque année dans les rapports sur le rendement de Santé Canada, à partir du rapport couvrant la période qui prend fin le 31 mars 2002.

Principales mesures prises

Afin de donner suite à cette recommandation ainsi qu'aux recommandations 5, 9, 11, 16, 19, 23 et 24, Santé Canada a établi un hyperlien vers le Rapport ministériel sur le rendement de 2002–2003, ce lien permettra d'accéder aux rapports jusqu'en 2005.

Responsabilisation en ce qui concerne les programmes de santé communautaire (PSC)

Principales mesures prises

Afin de rationaliser et de simplifier les exigences en matière de rapports relatives aux communautés des Premières nations et des Inuits, on a amorcé un examen de ces exigences en ce qui a trait aux ententes de financement. En collaboration avec les Premières nations, Santé Canada a lancé un processus visant à simplifier l'établissement de rapports tout en insistant sur les renseignements liés aux résultats. Santé Canada a terminé un processus en deux étapes afin de simplifier l'établissement de rapports,

et ce, de concert avec les Premières nations. La première étape a été terminée en décembre 2003 et a permis d'enregistrer une réduction globale des activités d'établissement de rapports de près de 20 %. L'étape II a été entreprise en avril 2004, et les calendriers de présentation de rapports ont été regroupés afin de simplifier davantage le processus et de prévenir le double emploi. Cette façon de procéder s'est traduite par une réduction supplémentaire des éléments de données. Les résultats ont été incorporés dans les calendriers de présentation de rapports pour les nouvelles ententes de 2005–2006. Des modèles et d'autres documents à l'appui seront préparés en 2005–2006.

Soutien du renforcement des capacités

Principales mesures prises

Le Ministère a créé des sites pilotes de démonstration des plans de santé qui amélioreront notre capacité de gérer les services et les programmes de santé, notre capacité de reconnaître les besoins et les ressources en matière de santé communautaire, la coordination de notre gestion, l'intégration des programmes et des services de santé, l'amélioration des processus de répartition des ressources humaines et financières, ainsi que l'amélioration de la production de rapports et de l'information concernant la gestion des programmes et des services. Sept projets de démonstration sont en voie de réalisation, ce qui constitue une étape vers l'augmentation de la capacité des communautés inuites et des Premières nations de satisfaire les besoins de leurs membres, d'accroître la responsabilisation et de réaliser l'intégration des services là où c'est possible.

Mesure du rendement, réalisation des résultats et gestion de l'information

Principales mesures prises

Santé Canada a travaillé de concert avec l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) pour la réalisation de l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations. L'enquête fournit de l'information sur la santé de la population des Premières nations des réserves. La collecte des données est terminée et plus de 80 % des

28 405 répondants ciblés ont participé. La publication officielle des constatations de l'Enquête est prévue pour l'automne 2005. Un examen indépendant est en cours afin d'évaluer l'Enquête, y compris toutes les phases du projet, notamment la consultation initiale, l'élaboration du questionnaire, l'échantillonnage, la collecte des données, l'analyse et la diffusion.

Afin d'appuyer un processus décisionnel fondé sur des données probantes, Santé Canada a mené à bien la première phase de l'Évaluation des soins à domicile et en milieu communautaire, l'Évaluation de la Politique sur le transfert des services de santé, l'Évaluation du programme Grandir ensemble et l'Évaluation de l'initiative Pour des collectivités en bonne santé, ainsi qu'un examen du Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.

Mesures de prévention et de contrôle du Programme des services de santé non assurés (SSNA)

Principales mesures prises

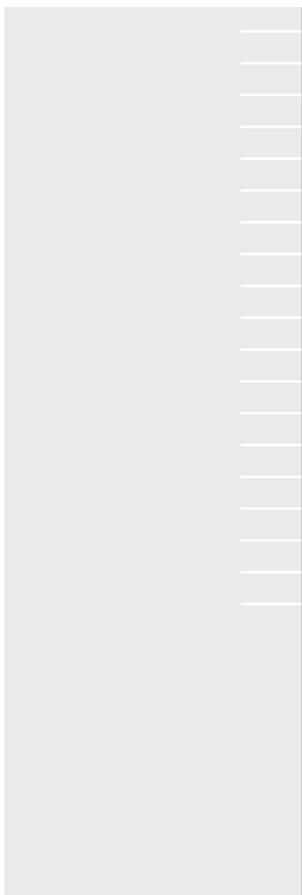
Santé Canada a amélioré la qualité de la gestion des services fournis aux Premières nations et aux Inuits. Nous avons continué d'analyser régulièrement le pouvoir des pharmaciens de déroger aux avertissements, d'effectuer des vérifications des fournisseurs et de produire des rapports trimestriels sur le nombre de demandes d'Examen de l'utilisation des médicaments (EUM) présentées, acceptées et rejetées. Santé Canada passe en revue les renseignements et demande à l'administrateur des demandes de communiquer avec les fournisseurs qui dérogent systématiquement aux demandes rejetées par le EUM.

Santé Canada a adopté une nouvelle approche en matière de consentement en février 2004, une approche qui limite l'application de l'exigence d'obtenir le consentement aux clients qui sont peut-être à risque ou qui présentent des demandes irrégulières. Dans certains cas, lorsque la sécurité du client ou l'utilisation inappropriée du système peut constituer une préoccupation, Santé Canada obtiendra le consentement explicite des clients avant de communiquer leurs renseignements personnels aux fournisseurs de soins de santé.

Le Ministère s'est engagé à mettre en œuvre des mesures qui auront une portée davantage positive sur notre gestion des programmes et des services destinés aux Premières nations et aux Inuits. Des renseignements plus détaillés sur les mesures de suivi figurent dans l'annexe B à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/index_f.html

Section V

Autre Information



Coordonnées des bureaux régionaux du Ministère

Région de l'Atlantique	Région de l'Ontario et du Nunavut
<p>Centre Maritime, pièce 1918 1505, rue Barrington Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6</p> <p>Téléphone : (902) 426-9564 Télécopieur : (902) 426-6659</p>	<p>25, avenue St. Clair Est, 4^e étage Toronto (Ontario) M4T 1M2</p> <p>Téléphone : (416) 954-3593 Télécopieur : (416) 954-3599</p>
Région du Manitoba et de la Saskatchewan	Région de la Colombie-Britannique et du Yukon
<p>391, avenue York, pièce 300 Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1</p> <p>Téléphone : (204) 983-4764 Télécopieur : (204) 983-5325</p>	<p>757, rue West Hastings, pièce 235 Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 1A1</p> <p>Téléphone : (604) 666-2083 Télécopieur : (604) 666-2258</p>
Région du Québec	Région de la capitale nationale
<p>Complexe Guy-Favreau Tour Est, pièce 202 200, boul. René-Lévesque Ouest Montréal (Québec) H2Z 1X4</p> <p>Téléphone : (514) 283-5186 Télécopieur : (514) 283-1364</p>	<p>Santé Canada O900C2 — sous-sol Immeuble Brooke-Claxton Ottawa, Ontario K1A 0K9</p> <p>Téléphone : (613) 957-2991 Télécopieur : (613) 941-5366</p>
Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest	Pour commander des documents
<p>Place du Canada, pièce 730 9700, avenue Jasper Edmonton (Alberta) T5J 4C3</p> <p>Téléphone : (780) 495-5172 Télécopieur : (780) 495-5551</p>	<p>Santé Canada O900C2 — sous-sol Immeuble Brooke-Claxton Ottawa (Ontario) K1A 0K9</p> <p>Téléphone : (613) 954-5995 Télécopieur : (613) 941-5366</p>

Index

A

abus d'alcool et d'autres drogues/toxicomanie 7, 18, 20, 41, 43, 48, 52, 55, 57, 85, 86, 87, 97, 98, 99, 166, 181, 192

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé 14, 26, 31, 113, 160, 162, 163, 178, 194

Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée 26, 37, 132

Agence de santé publique du Canada 3, 8, 11, 13, 14, 16, 26, 38, 40, 46, 54, 58, 72, 81, 101, 109, 110, 113, 116, 124, 126, 127, 130, 132, 134, 138, 160, 161, 188, 189, 190, 191, 198, 199

alcool/alcoolique 3, 7, 10, 20, 41, 46, 48, 52, 82, 84, 85, 86, 87, 96, 97, 98, 99, 149, 166, 168, 181, 192, 193

aliment(s) 6, 7, 12, 13, 16, 19, 35, 36, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 77, 78, 79, 83, 85, 89, 94, 95, 104, 106, 127, 131, 136, 137, 139, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 158, 182, 192, 198

Autochtones/Premières Nations et Inuits

abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 52, 168

abus de solvants chez les jeunes 52, 204

Développement de la petite enfance (DPE) 18, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 193

Pensionnats indiens Canada 54

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 46, 54, 170, 181

Services de santé non assurés (SSNA) 12, 41, 43, 45, 52, 132, 169, 189, 191, 204

troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale 46

B

biologique(s) 7, 34, 35, 39, 60, 61, 63, 65, 66, 80, 91, 93, 140

biotechnologie 20, 29, 34, 59, 64, 69, 77, 79, 82, 83, 87, 92, 127, 199

blessure(s) 3, 44, 45, 48, 85, 153, 154

C

Cardiologie 15

cellulaires 86, 88, 92

cellules, tissus et organes 35, 74, 76, 78

changement climatique 85, 88, 90

collectivités/régions éloignées/rurales/isolées 10, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 73, 86, 96, 99, 110, 113, 114, 115, 117, 118, 120, 123, 125, 128, 167, 170, 204

cosmétique(s) 3, 12, 20, 82, 83, 86, 87, 88, 92, 93, 153

D

dépendance (s) 21, 102, 107, 108

dispensateurs/fournisseurs de soins 4, 18, 46, 47, 48, 165, 179, 204

Dossier électronique de santé (DES) 111, 112, 178, 179

E

eau 12, 49, 77, 83, 85, 88, 89, 90, 94, 105, 127, 148, 150, 183, 194, 198

encéphalopathie spongiforme bovine 19, 70

enfant/enfance/enfants/jeunes 3, 12, 18, 19, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 54, 55, 57, 67, 70, 71, 74, 75, 84, 86, 88, 89, 93, 96, 97, 98, 99, 114, 123, 124, 126, 154, 161, 167, 168, 170, 192, 193, 199, 204

essais cliniques 61, 63, 65, 67

éthique 16, 17, 34, 37, 118, 120, 126, 185

F

femmes 12, 18, 28, 45, 46, 47, 53, 97, 99, 100, 156, 168, 192

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) 132, 160, 174, 175, 176, 177, 178

G

génétique 17, 27, 29, 34, 37, 60, 61, 63, 64, 65

gras trans 13, 35, 67

H

hôpital (hôpitaux) 30, 31, 51, 52, 74, 136, 170, 185

I

immunisation/vaccin(s) 12, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 58, 61, 71, 87

infirmières/soins infirmiers 2, 12, 43, 45, 47, 51, 120, 170, 174, 175, 176, 178

Inforoute Santé du Canada Inc. 111, 132, 135, 160, 178

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) 73, 132, 160, 165, 166, 173, 174, 193

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) 8, 69, 127, 174, 176, 198, 199

L

laboratoires 8, 14, 34, 49, 65, 88, 92, 97, 98, 178, 179, 185

Lois

Loi canadienne sur la protection de l'environnement 20, 76, 77, 85, 87, 91, 151, 194

Loi canadienne sur la santé 6, 7, 17, 27, 28, 33
Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe 37
Loi réglementant certaines drogues et autres substances 6, 84, 85, 156
Loi sur l'accès à l'information 144
Loi sur la gestion des finances publiques 139, 141, 143
Loi sur la modernisation de la fonction publique 121
Loi sur le ministère de la Santé 6
Loi sur le tabac 85, 96
Loi sur l'équité en matière d'emploi 180
Loi sur les aliments et drogues 6, 36, 75, 77, 85, 104, 151
Loi sur les brevets 151
Loi sur les dispositifs émettant des radiations 85
Loi sur les frais d'utilisation 79, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147
Loi sur les langues officielles 128
Loi sur les pêches 93
Loi sur les produits antiparasitaires 6, 13, 21, 102, 105, 107, 142, 156
Loi sur les produits dangereux 6, 85

M

marihuana/cannabis 86, 97, 98, 99, 155
Matériel/produits diagnostique(s)/imagerie 7
médecins 2, 50, 68, 76, 155, 162, 163, 167
Médicaments/produits pharmaceutiques 2, 3, 7, 8, 12, 13, 15, 19, 29, 31, 32, 35, 36, 41, 43, 45, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 80, 88, 98, 126, 135, 136, 139, 141, 144, 151, 152, 162, 166, 169, 178, 179, 180, 188, 189, 190, 191, 193, 201, 204
inhibiteurs de la COX-2 3, 65, 71, 76
médicaments vétérinaires 58, 66, 70, 71, 72, 136, 141, 144, 152
milieu de travail/travailleurs/employés 3, 4, 7, 8, 16, 17, 20, 38, 46, 47, 52, 54, 55, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 92, 94, 95, 105, 117, 118, 120, 121, 122, 128, 133, 135, 145, 146, 157, 165, 182, 185, 189, 190, 201, 202

N

nucléaire 39, 85, 88, 91, 93
nutrition(nel) 3, 13, 19, 46, 48, 58, 59, 60, 61, 65, 67, 68, 71, 72, 73, 79, 113, 121, 124, 168
Programme canadien de nutrition prénatale 46, 168

P

pharmaciens/pharmacies, pharmacologie 68, 97, 127, 155, 180, 189, 190, 191, 199, 204
Plan décennal pour consolider les soins de santé 2, 11, 15, 17, 28, 33, 113
Portail canadien sur la santé (PCS) 114

produits antiparasitaires/pesticides/lutte antiparasitaire 3, 6, 7, 12, 13, 16, 21, 36, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 131, 136, 137, 142, 143, 145, 156, 157, 158, 184, 188, 191, 192

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) 108, 142, 143, 145, 188, 189, 190

produits de santé naturels 7, 12, 58, 60, 61, 66, 69, 184

protection des renseignements personnels 74, 112, 115

Q

qualité de l'air 3, 20, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 183

Indice national de la qualité de l'air 3, 20, 88

R

radiation 20, 82, 83, 85, 87, 92, 153

réactions/effets indésirables/nuisibles/néfastes/nocifs (du médicament) 13, 19, 36, 60, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 92, 105, 149, 152, 153, 157, 181, 183, 184

règlements 13, 17, 20, 21, 28, 33, 36, 38, 56, 59, 61, 66, 67, 68, 74, 77, 78, 82, 84, 86, 88, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 108, 111, 117, 125, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 184, 186

Règlement modifiant le Règlement sur les rapports relatifs au tabac 100

Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales 97, 99, 155

Règlement sur la déclaration des données concernant les ventes de produits antiparasitaires 157

Règlement sur la déclaration des effets indésirables des produits antiparasitaires 157

Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes 20, 86, 96, 100

Règlement sur les aliments et drogues 36, 67, 149, 150, 151, 152, 158

Règlement sur les bijoux d'enfants 88

Règlement sur les cosmétiques 93, 153

Règlement sur les dispositifs émettant des radiations 153

Règlement sur les données relatives à la sécurité des produits antiparasitaires 157

Règlement sur les instruments médicaux 151, 152

Règlement sur les médicaments brevetés 36

Règlement sur les précurseurs 97

Règlement sur les produits antiparasitaires 131, 158

Règlement sur les produits de santé naturels 66

Règlement sur les renseignements concernant les substances nouvelles 92

Règlement sur l'étiquetage nutritionnel 13, 67

Règlement sur l'évaluation environnementale 77

Réseau canadien de la santé 188, 189, 190, 191

responsable/chargé 6, 7, 12, 28, 32, 61, 62, 64, 67, 75, 79, 85, 90, 94, 105, 113, 118, 121, 122, 124, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 156, 162, 164, 165, 166, 170, 174, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 194

S

sang 61, 64, 71, 76, 78, 117, 135, 164

santé mentale 31, 43, 45, 54, 121, 169

sécurité des patients 17, 34, 163, 165, 178, 180

Institut canadien sur la sécurité des patients 163

sites contaminés 90, 194

soins à domicile/communautaires 2, 12, 15, 17, 18, 20, 26, 29, 31, 43, 46, 47, 49, 50,
52, 54, 55, 86, 96, 98, 99, 113, 123, 128, 161, 168, 171, 172, 174, 192, 204

soins de la vue 7, 43, 45, 169

soins dentaires 7, 43, 45, 169

soins (de santé) primaires 2, 7, 14, 15, 18, 26, 29, 30, 43, 45, 53, 110, 112, 113,
159, 164, 172, 175, 177

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 14, 18, 26, 30, 53, 110, 164

soins palliatifs/soins de fin de vie 15, 32

Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT) 31, 59, 61, 63, 65, 79, 132,
193

substances toxiques/toxines 7, 85, 89, 91

syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) 3, 13, 14, 36, 38, 78, 94, 127, 132, 160,
198

T

tabac/tabagisme 3, 6, 7, 10, 12, 20, 29, 39, 48, 82, 84, 85, 86, 87, 96, 99, 100, 121,
154, 167, 181, 193

Télésanté 18, 53, 111, 112, 115, 178, 179

temps d'attente 2, 14, 15, 17, 29, 30, 113, 189, 190

Transfert canadien en matière de santé 7

transfusion(s) 78, 161, 164

transplantation 35, 78, 181

trouble(s)/maladie 2, 3, 7, 12, 13, 14, 16, 18, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46,
49, 55, 61, 65, 67, 68, 71, 72, 79, 85, 90, 169, 178, 182, 184, 193

cancer 15, 30, 89

chronique 3, 13, 14, 43, 44, 61, 68

diabète 13, 18, 44, 45, 47, 48, 55, 56, 57, 61, 69, 132

grippe 29, 39

hépatite C 161

malaria 36

origine alimentaire 68, 69, 72, 184

rhumatismale 65

transmissible/infectieux 36, 38, 43, 45, 55

tuberculose 36, 44, 49, 151

VIH/sida 29, 36, 38, 49, 151, 161, 168, 181

U

urgence(s) 14, 30, 36, 43, 66, 83, 85, 87, 88, 89, 91, 93, 94, 122, 141, 146, 189

V

virus du Nil occidental 78, 101