# Rapport ministériel sur le rendement

## *Santé Canada*

***2013-2014***

L'honorable Rona Ambrose, C.P., députée
Ministre de la Santé

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada,
représentée par le Président du Conseil du Trésor, 2013

Catalogue n° H1-9/6-2014F-PDF
ISSN 2368-3562
Pub. 140262

Le présent document est disponible sur le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse http://www.tbs-sct.gc.ca[i]

Le présent document est disponible sur demande dans des formats de rechange.

## Table des matières


Avant-propos ..... iii
Message de la ministre ..... 1
Section I : Vue d'ensemble des dépenses de l'organisation ..... 3
Profil de l'organisation ..... 3
Contexte organisationnel ..... 4
Dépenses réelles ..... 20
Harmonisation des dépenses avec le cadre pangouvernemental ..... 23
Tendances relatives aux dépenses du ministère ..... 25
Budget des dépenses par crédit voté ..... 26
Section II : Analyse des programmes par résultat stratégique ..... 27
Résultat stratégique n° 1 : Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens ..... 27
Programme 1.1 : Politique du système de santé canadien ..... 27
Sous-programme 1.1.1 : Priorités du système de santé ..... 29
Sous-programme 1.1.2 : L'administration de la Loi canadienne sur la santé ..... 31
Programme 1.2 : Services de santé spécialisés ..... 33
Programme 1.3 : Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire ..... 36
Résultat stratégique n° 2 : Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances et aux facteurs environnementaux sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens ..... 39
Programme 2.1 : Produits de santé ..... 39
Sous-programme 2.1.1 : Produits pharmaceutiques ..... 42
Sous-programme 2.1.2 : Produits biologiques et radiopharmaceutiques 44
Sous-programme 2.1.3 : Matériel médical ..... 47
Sous-programme 2.1.4 : Produits de santé naturels ..... 49
Programme 2.2 : Salubrité des aliments et nutrition ..... 51
Sous-programme 2.2.1 : Salubrité des aliments et risque nutritionnel .. 54
Sous-programme 2.2.2 : Politique et promotion de la nutrition ..... 56
Programme 2.3 : Risques pour la santé liés à l'environnement ..... 59
Sous-programme 2.3.1 : Changements climatiques et santé ..... 61
Sous-programme 2.3.2 : Qualité de l'air ..... 63
Sous-programme 2.3.3 : Qualité de l'eau ..... 65
Sous-programme 2.3.4 : Incidence des produits chimiques sur la santé 67
Programme 2.4 : Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail ..... 69
Sous-programme 2.4.1 : Sécurité des produits de consommation ..... 71
Sous-programme 2.4.2 : Sécurité des produits chimiques au travail ..... 73
Programme 2.5 : Consommation et abus de substances ..... 76
Sous-programme 2.5.1 : Produits du tabac ..... 78
Sous-programme 2.5.2 : Substances contrôlées ..... 80
Programme 2.6 : Radioprotection ..... 83
Sous-programme 2.6.1 : Radioprotection environnementale et surveillance ..... 85

Sous-programme 2.6.2 : Dispositifs émettant des radiations ..... 87
Sous-programme 2.6.3 : Services de dosimétrie ..... 89
Programme 2.7 : Pesticides ..... 91
Résultat stratégique n° 3 : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé ..... 95
Programme 3.1 : Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits ..... 95
Sous-programme 3.1.1 : Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits ..... 97
Sous-sous-programme 3.1.1.1 : Développement des enfants en santé 99
Sous-sous-programme 3.1.1.2 : Bien-être mental ..... 101
Sous-sous-programme 3.1.1.3 : Vie saine ..... 104
Sous-programme 3.1.2 : Protection de la santé publique des membres des Premières Nations et des Inuits ..... 106
Sous-sous-programme 3.1.2.1 : Contrôle et gestion des maladies transmissibles ..... 108
Sous-sous-programme 3.1.2.2 : Hygiène du milieu ..... 110
Sous-programme 3.1.3 : Soins primaires offerts aux membres des Premières Nations et aux Inuits ..... 113
Sous-sous-programme 3.1.3.1 : Pratique clinique et soins aux clients. 115
Sous-sous-programme 3.1.3.2 : Soins à domicile et en milieu communautaire ..... 117
Programme 3.2 : Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits ..... 119
Programme 3.3 : Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits ..... 122
Sous-programme 3.3.1 : Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ..... 125
Sous-sous-programme 3.3.1.1 : Planification de la santé et gestion de la qualité ..... 127
Sous-sous-programme 3.3.1.2 : Ressources humaines en santé ..... 128
Sous-sous-programme 3.3.1.3 : Établissements de santé ..... 130
Sous-programme 3.3.2 : Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ..... 132
Sous-sous-programme 3.3.2.1 : Intégration des systèmes ..... 134
Sous-sous-programme 3.3.2.2 : Infostructure cybersanté ..... 136
Sous-sous-programme 3.3.2.3 : Innovation en soins infirmiers ..... 138
Sous-programme 3.3.3 : Gouvernance tripartite en matière de Santé. 140
Services internes ..... 143
Section III : Renseignements supplémentaires ..... 147
Faits saillants des états financiers ..... 147
États financiers ..... 151
Tableaux de renseignements supplémentaires ..... 152
Dépenses fiscales et évaluations ..... 153
Section IV : Coordonnées de l'organisation ..... 155
Annexe : Définitions ..... 157
Notes de fin de document ..... 161

# Avant-propos

Le rapport ministériel sur le rendement fait partie de la série de documents budgétaires. Ces documents appuient les lois de crédits, qui précisent les montants pouvant être dépensés par le gouvernement et à quelles fins générales. Les documents budgétaires comptent trois parties.

Partie I – Le Plan de dépenses du gouvernement présente un aperçu des dépenses fédérales.

Partie II – Le budget principal des dépenses décrit les ressources financières requises au prochain exercice pour chaque ministère, organisme et société d'État.

Partie III – Les plans de dépenses des ministères sont constitués de deux documents. Le rapport sur les plans et les priorités (RPP) est un plan de dépenses établi par chaque ministère et organisme qui reçoit des crédits parlementaires (à l'exception des sociétés d'État). Ce rapport présente des renseignements détaillés, pour une période de trois ans commençant à l'exercice indiqué dans le titre du rapport, sur les priorités, les résultats stratégiques, les programmes, les résultats attendus et les ressources connexes requises. Le Rapport ministériel sur le rendement (RMR) dresse un bilan du rendement réel obtenu par chaque ministère et organisme au cours du plus récent exercice terminé, en fonction des plans, des priorités et des résultats attendus énoncés dans son propre RPP. Le RMR informe les parlementaires et la population des résultats obtenus par les organisations pour les Canadiens.

Le budget supplémentaire des dépenses renferme en outre des renseignements sur les besoins relatifs aux dépenses qui n'étaient pas suffisamment définis pour être inclus dans le budget principal des dépenses ou qui ont ultérieurement été précisés afin de rendre compte de l'évolution de programmes et de services donnés.

L'information financière présentée dans le RMR provient directement des autorisations décrites dans le budget principal des dépenses et des renseignements fournis dans le RPP sur les dépenses prévues. Cette information financière correspond à celle fournie dans les Comptes publics du Canada. Ceux-ci renferment l'État consolidé de la situation financière, l'État consolidé des résultats et du déficit accumulé, l'État consolidé de la variation de la dette nette et l'État consolidé des flux de trésorerie du gouvernement du Canada, de même que des renseignements détaillés des opérations financières ventilés par portefeuille ministériel pour un exercice donné. Deux types d'information financière présentée dans le RMR proviennent des Comptes publics du Canada : les autorisations budgétaires disponibles pour emploi au nouvel exercice par une organisation qui reçoit des crédits parlementaires, et les autorisations utilisées lors de cet exercice. Ces dernières autorisations correspondent aux dépenses réelles décrites dans le RMR.

La *Politique sur la structure de la gestion, des ressources et des résultats* du Conseil du Trésor favorise une plus grande concordance de l'information sur le rendement présentée dans les RMR, les autres documents budgétaires et les Comptes publics du Canada. Pour les organisations qui reçoivent des crédits parlementaires, la Politique définit l'architecture d'alignement des programmes comme une structure par rapport à laquelle l'information sur le rendement financier et non financier est fournie aux fins des documents budgétaires et des rapports au Parlement. Peu

importe si l'organisation présente l'information dans le budget principal des dépenses, le RPP, le RMR ou les Comptes publics du Canada, la même structure est utilisée.

Dans le but de mieux appuyer les décisions sur les crédits, un certain nombre de changements ont été apportés aux RMR en 2013-2014. Le RMR présente maintenant les renseignements sur les finances, les ressources humaines et le rendement dans la section II, au niveau le plus bas de l'architecture d'alignement des programmes, le cas échéant.

Le format et la terminologie du RMR ont également été modifiés afin de le rendre plus clair et cohérent et de mettre davantage l'accent sur l'information du budget des dépenses et des Comptes publics. De plus, l'information ministérielle concernant la Stratégie fédérale de développement durable (SFDD) a été regroupée dans un nouveau tableau de renseignements supplémentaires qui sera affiché sur le site Web du ministère. Ce tableau comprend tous les éléments de la Stratégie qui étaient auparavant fournis dans les RMR et les sites Web ministériels, y compris les rapports sur l'écologisation des opérations gouvernementales et les évaluations environnementales stratégiques. La section III du rapport fournira un lien vers le nouveau tableau dans le site Web du ministère. Enfin, les définitions des termes utilisés sont maintenant fournies en annexe.

# Message de la ministre

J'ai le plaisir de présenter le *Rapport ministériel sur le rendement de 2013-2014* de Santé Canada, qui souligne les mesures prises par le Ministère au cours de la dernière année pour renforcer le système de soins de santé et aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé.

Santé Canada continue d'être un chef de file dans la ***promotion de l'innovation du système de santé*** **afin d'améliorer** la qualité des soins de santé pour les Canadiens. Nous avons continué à faire avancer la lutte contre le cancer et son traitement grâce au Partenariat canadien contre le cancer et nous a bons agi pour améliorer les des soins palliatifs en aidant les soignants de première ligne à acquérir les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour offrir les soins de fin de vie de qualité que les patients et leurs familles méritent.

Santé Canada a également fait de grands progrès au cours de la dernière année en ***modernisant les lois et les règlements*** afin de mieux protéger la santé et la sécurité des familles canadiennes. Nous avons introduit la *Loi de Vanessa*, qui est une nouvelle législation sur la sécurité du patient qui nous donne de nouveaux pouvoirs, pour retirer des drogues dangereuses des rayons des magasins et pour recueillir des renseignements sur les drogues potentiellement dangereuses. Le projet de loi parachève nos mesures visant à rendre l'information sur les étiquettes et les emballages des médicaments plus faciles à lire et à comprendre. Nous avons également travaillé plus étroitement avec nos homologues américains afin d'améliorer la sécurité des patients et de réduire la paperasserie relativement aux décisions réglementaires.

Les Canadiens nous ont dit qu'ils ont besoin d'avoir accès à de bons renseignements afin de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et celle de leur famille. À Santé Canada, nous écoutons. Nous avons ***fait de la prestation de renseignements transparents, novateurs et accessibles aux Canadiens une priorité***. Santé Canada fournit plus de renseignements aux Canadiens que jamais auparavant afin qu'ils constatent eux-mêmes comment se prennent les décisions, et pourquoi elles sont prises. Nous avons également renforcé notre engagement à mobiliser les Canadiens. Les consultations tenues avec les parents et les intervenants portant sur les étiquettes nutritionnelles nous ont permis de mieux comprendre le type d'information qui est la plus importante pour les Canadiens et la manière dont nous pouvons rendre les étiquettes plus significatives et plus utiles.

Santé Canada s'est aussi engagé à améliorer la santé ***des Premières Nations et des Inuits***. Nous avons poursuivi la mise en œuvre historique de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations*. Les Premières Nations de la Colombie-Britannique assument maintenant la responsabilité de leur santé et peuvent incorporer leurs connaissances culturelles, leurs croyances et leurs valeurs dans la conception et la planification de leurs programmes et de leurs services de santé.

Il ne s'agit là que de quelques faits saillants de la dernière année. En tant que ministre de la Santé, je suis très fière des réalisations de Santé Canada pour 2013-2014. Elles démontrent notre engagement continu à aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé.

**L'honorable Rona Ambrose, C.P., députée**
**ministre de la Santé**

# Section I : Vue d'ensemble des dépenses de l'organisation

## Profil de l'organisation

**Ministre de tutelle :** L'honorable Rona Ambrose, C.P., députée

**Premier dirigeant :** George Da Pont

**Portefeuille ministériel :** Santé

**Instruments habilitants :** *Loi canadienne sur la santé* [ii], *Loi sur la procréation assistée* [iii], *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* [iv], *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* [v], *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* [vi], *Loi sur les aliments et drogues* [vii], *Loi sur le tabac* [viii], *Loi sur les produits dangereux* [ix], *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses* [x], *Loi sur le ministère de la Santé* [xi], *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* [xii], *Loi sur l'indemnisation du dommage causé par des pesticides* [xiii], *Loi sur les produits parasitaires* [xiv].

Liste des lois et des règlements [xv]

**Année d'incorporation ou de création :** 1913

**Autre :** L'Agence canadienne d'inspection des aliments s'est jointe au portefeuille de la Santé en octobre 2013.

# Contexte organisationnel

## Raison d'être

Santé Canada joue divers rôles afin d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé et s'emploie à faire de la population du Canada l'une des plus en santé au monde.

La ministre de la Santé est responsable de cette organisation.

## Responsabilités

Tout d'abord, en tant qu'**organisme de réglementation**, Santé Canada est responsable du régime de réglementation régissant la sécurité des produits, y compris les aliments, les produits pharmaceutiques, les matériels médicaux, les produits de santé naturels, les produits de consommation, les produits chimiques, les dispositifs émettant des radiations, les produits cosmétiques et les pesticides. Il réglemente également les produits du tabac et les substances contrôlées, ainsi que la santé publique à bord des aéronefs, des navires et des autres transporteurs publics et aide à gérer les risques pour la santé que posent des facteurs environnementaux tels que l'air, l'eau, la radiation et les contaminants.

Le Ministère est également **fournisseur de services**. Pour les Premières Nations et les Inuits, Santé Canada finance : des services de soins primaires de base dans des communautés éloignées et isolées et des programmes de santé publique, notamment des programmes de lutte contre les maladies transmissibles (à l'extérieur des territoires), des soins à domicile et en milieu communautaire et des programmes de santé communautaire axés sur les enfants et les jeunes, la santé mentale et la toxicomanie. Le Ministère offre également aux membres des Premières Nations et aux Inuits admissibles une gamme limitée de biens et services médicalement nécessaires qui ne sont pas couverts par d'autres programmes publics ou des régimes d'assurance privés.

Santé Canada est **un catalyseur de l'innovation, un bailleur de fonds et un fournisseur d'information** au sein du système de santé du Canada. Il collabore étroitement avec les gouvernements des provinces et des territoires afin d'élaborer des approches nationales à l'égard des enjeux touchant le système de santé et encourage l'adoption de pratiques exemplaires à l'échelle du pays. Il applique la *Loi canadienne sur la santé*, qui définit les principes nationaux qui nous permettent d'offrir un système de soins de santé universel et équitable, financé par l'État. Il fournit un soutien stratégique dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires et un financement sous forme de subventions et de contributions à divers organismes pour faciliter l'atteinte des objectifs globaux du système de santé. Enfin, le Ministère met à profit les recherches scientifiques et stratégiques d'avant-garde pour assurer la production et l'échange de connaissances et de renseignements appuyant la prise de décisions en matière de santé par les Canadiens, l'élaboration et la mise en œuvre de règlements et de normes ainsi que l'innovation en santé.

## Résultats stratégiques et architecture d'alignement des programmes (AAP)

1 **Résultat stratégique :** Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens
- 1.1 **Programme :** Politique du système de santé canadien
  - 1.1.1 **Sous-programme :** Priorités du système de santé
  - 1.1.2 **Sous-programme :** L'administration de la *Loi canadienne sur la santé*
- 1.2 **Programme :** Services de santé spécialisés
- 1.3 **Programme :** Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire

2 **Résultat stratégique :** Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances et aux facteurs environnementaux sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens
- 2.1 **Programme :** Produits de santé
  - 2.1.1 **Sous-programme :** Produits pharmaceutiques
  - 2.1.2 **Sous-programme :** Produits biologiques et radiopharmaceutiques
  - 2.1.3 **Sous-programme :** Matériel médical
  - 2.1.4 **Sous-programme :** Produits de santé naturels
- 2.2 **Programme :** Salubrité des aliments et nutrition
  - 2.2.1 **Sous-programme :** Salubrité des aliments et risque nutritionnel
  - 2.2.2 **Sous-programme :** Politique et promotion de la nutrition
- 2.3 **Programme :** Risques pour la santé liés à l'environnement
  - 2.3.1 **Sous-programme :** Changements climatiques et santé
  - 2.3.2 **Sous-programme :** Qualité de l'air
  - 2.3.3 **Sous-programme :** Qualité de l'eau
  - 2.3.4 **Sous-programme :** Incidence des produits chimiques sur la santé
- 2.4 **Programme :** Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail
  - 2.4.1 **Sous-programme :** Sécurité des produits de consommation
  - 2.4.2 **Sous-programme :** Sécurité des produits chimiques au travail
- 2.5 **Programme :** Consommation et abus de substances
  - 2.5.1 **Sous-programme :** Produits du tabac
  - 2.5.2 **Sous-programme :** Substances contrôlées
- 2.6 **Programme :** Radioprotection
  - 2.6.1 **Sous-programme :** Radioprotection environnementale et surveillance
  - 2.6.2 **Sous-programme :** Dispositifs émettant des radiations
  - 2.6.3 **Sous-programme :** Services de dosimétrie
- 2.7 **Programme :** Pesticides

3 **Résultat stratégique :** Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé
- 3.1 **Programme :** Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits
  - 3.1.1 **Sous-programme :** Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits
    - 3.1.1.1 **Sous-sous programme :** Développement des enfants en santé
    - 3.1.1.2 **Sous-sous programme :** Bien-être mental
    - 3.1.1.3 **Sous-sous programme :** Vie saine

- **3.1.2 Sous-programme :** Protection de la santé publique des membres des Premières Nations et des Inuits
  - **3.1.2.1 Sous-sous programme :** Contrôle et gestion des maladies transmissibles
  - **3.1.2.2 Sous-sous programme :** Hygiène du milieu
- **3.1.3 Sous-programme :** Soins primaires offerts aux membres des Premières Nations et des Inuits
  - **3.1.3.1 Sous-sous programme :** Pratique clinique et soins aux clients
  - **3.1.3.2 Sous-sous programme :** Soins à domicile et en milieu communautaire

**3.2 Programme :** Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits

**3.3 Programme :** Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits

- **3.3.1 Sous-programme :** Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits
  - **3.3.1.1 Sous-sous programme :** Planification de la santé et gestion de la qualité
  - **3.3.1.2 Sous-sous programme :** Ressources humaines en santé
  - **3.3.1.3 Sous-sous programme :** Établissements de santé
- **3.3.2 Sous-programme :** Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits
  - **3.3.2.1 Sous-sous programme :** Intégration des systèmes
  - **3.3.2.2 Sous-sous programme :** Infostructure cybersanté
  - **3.3.2.3 Sous-sous programme :** Innovation en soins infirmiers
- **3.3.3 Sous-programme :** Gouvernance tripartite en matière de santé

**Services internes**

- **Sous SI :** Soutien à la gouvernance et à la gestion
  - **Sous-sous SI :** Gestion et supervision
  - **Sous-sous SI :** Communications
  - **Sous-sous SI :** Services juridiques
- **Sous SI :** Services de gestion des ressources
  - **Sous-sous SI :** Gestion des ressources humaines
  - **Sous-sous SI :** Gestion financière
  - **Sous-sous SI :** Gestion de l'information
  - **Sous-sous SI :** Technologies de l'information
  - **Sous-sous SI :** Autres services administratifs
- **Sous SI :** Services de gestion des biens
  - **Sous-sous SI :** Immobilisations
  - **Sous-sous SI :** Équipement et fournitures
  - **Sous-sous SI :** Acquisitions

# Priorités organisationnelles

## Priorités organisationnelles

| Priorité | Type[1] | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité I –** Promouvoir l'innovation dans le système de santé | En cours | RS1<br>1.1 Politique du système de santé canadien |

**Sommaire des progrès**

L'innovation dans le système de santé est essentielle afin de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé. Même si la prestation des soins de santé relève principalement de la compétence provinciale/territoriale, le gouvernement fédéral joue un rôle continu dans la prestation d'un soutien financier aux régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux, dans le maintien des principes fondamentaux énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), et dans le soutien de l'innovation et de la collaboration en matière de soins de santé entre les ordres de gouvernement.

Le financement de 19,7 millions de dollars de Santé Canada pour le Programme de contributions pour les politiques en matière de soins a appuyé plusieurs initiatives qui ont trait aux ressources humaines (RH) en santé, à l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger et à l'innovation du système de soins de santé, incluant :

- Sept accords provinciaux et territoriaux pour l'Initiative de postes de résidence en médecine familiale d'une valeur de 39,5 millions de dollars sur une période de six ans afin d'aider les provinces et les territoires à offrir des postes de résidence en médecine familiale et la formation avancée dans les régions rurales et éloignées partout au pays.
- Douze accords conclus avec des provinces, territoires et organismes non gouvernementaux (ONG) pour un financement total de 9,6 millions de dollars, afin de faire progresser l'évaluation, la formation et l'intégration de professionnels de la santé formés à l'étranger partout au Canada.
- Un accord conclu avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, dans le cadre du projet Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux, afin d'analyser et de réduire le risque d'incidents médicamenteux nocifs. En 2013-2014, un montant de 1,6 million de dollars a été attribué à ce projet.

Santé Canada a appuyé les innovations qui améliorent la qualité des soins de santé et augmentent la viabilité du système de santé. Le Ministère a notamment :

- Appuyé la Ministre afin de faire participer le public et les intervenants aux possibilités et aux défis rencontrés par le système de soins de santé du Canada par l'intermédiaire de discours, de tables rondes et de sensibilisation. Il a poursuivi des discussions avec les provinces et les territoires sur l'innovation en matière de soins de santé et a pris des mesures en vue de créer un groupe consultatif ministériel sur l'innovation.
- Fourni un financement de 79,3 millions de dollars afin d'appuyer l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dans la conception d'un site Web interactif afin d'aider les Canadiens à comprendre dans quelle mesure leur système de soins de santé fonctionne sur la base de 15 indicateurs de rendement – province par province, région par région et, dans certains cas, hôpital par hôpital.

[1] Les différents types de priorités sont les suivants : priorité déjà établie – établie au cours du premier ou du deuxième exercice précédent l'exercice visé dans le rapport; priorité permanente – établie au moins trois exercices avant l'exercice visé dans le rapport; priorité nouvelle – établie au cours de l'exercice visé dans le RPP ou le RMR. Si un autre type de priorité propre au ministère est présenté, il faut en expliquer la signification.

- Offert une aide financière de 107,2 million de dollars à Inforoute Santé du Canada pour faire progresser les systèmes électroniques dans le domaine de la santé, car ce sont des composantes importantes de l'innovation pour les soins de santé.
- Fourni un financement de 48,5 millions de dollars à l'appui du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) qui a permis d'accélérer l'application de nouvelles connaissances et des approches coordonnées afin de faire avancer la lutte contre le cancer au Canada.
- Offert un soutien de 3 millions de dollars à la Fondation Pallium du Canada afin d'outiller un plus grand nombre de fournisseurs de soins de santé de première ligne avec les compétences et les connaissances en soins palliatifs.
- Fourni un financement de 14,6 millions de dollars et travaillé avec la Commission de la santé mentale du Canada, les autres ordres de gouvernement, les ONG, les professionnels de la santé, les collectivités et les particuliers afin de promouvoir l'innovation dans le système de santé mentale, conformément à la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, intitulée Changer les orientations, changer des vies.
- Financé 6,7 millions de dollars pour la Fondation Neuro Canada afin de créer le Fonds canadien de recherche sur le cerveau (FCRC). Le Fonds soutient la recherche en neuroscience afin de faire progresser les connaissances et le traitement des maladies du cerveau et des troubles mentaux.
- Financé 16,4 millions de dollars pour l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé afin d'informer les décideurs en matière de soins de santé de l'efficacité et de l'efficience des technologies de la santé.
- Amélioré la collaboration avec le Comité de la santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de son programme, qui se rapportent aux priorités du système de soins de santé au Canada et à la communication de pratiques exemplaires.
- Offert un financement de 7,8 millions de dollars à l'Institut canadien pour la sécurité des patients afin d'accélérer le rythme de l'amélioration au chapitre de la sécurité des patients.
- Fourni des directives à la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé pendant l'élaboration et le lancement de l'Initiative de diffusion des innovations dans les services de santé.
- Offert un financement de 6 millions de dollars et une orientation au Conseil canadien de la santé afin de maintenir des outils à valeur ajoutée, comme le Portail de l'innovation, qui souligne les pratiques exemplaires du système de soins de santé.

Santé Canada a coordonné son approche pour la recherche sur les systèmes de santé, a consulté les organismes du portefeuille de la Santé et les universitaires et a renforcé la capacité de recherche interne axée sur les tendances et les répercussions du système de soins de santé. Le Ministère a :

- Analysé le paysage émergeant des politiques en matière de technologie des soins de santé afin de déterminer les domaines de collaboration éventuelle.
- Lancé une série de projets, tels que le projet d'assurance-maladie sociale, afin de contribuer aux besoins et aux coûts des soins à domicile et des soins de longue durée fondés sur des données probantes au Canada, et un projet visant à approfondir la compréhension du rôle des technologies non liées aux médicaments dans un générateur de coûts du système de santé.
- Mené une évaluation des données sur la santé financée par le gouvernement fédéral, en collaboration avec Statistique Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et l'ICIS, et a déterminé les lacunes dans les données existantes sur la santé et les principales possibilités d'amélioration. Il s'agit de la première étape dans l'élaboration d'une stratégie visant à améliorer l'information sur la santé dont disposent les décideurs, les planificateurs de programmes et les Canadiens.

| Priorité | Type | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité II –** Moderniser la législation et les programmes de protection de la santé | En cours | RS2<br>2.1 Produits de santé<br>2.2 Salubrité des aliments et nutrition<br>2.3 Risques pour la santé liés à l'environnement<br>2.4 Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail<br>2.5 Consommation et abus de substances<br>2.6 Radioprotection<br>2.7 Pesticides |

**Sommaire des progrès**

Santé Canada réglemente les produits de consommation, les aliments, les produits pharmaceutiques, les matériels médicaux, les produits de santé naturels, les produits chimiques, les dispositifs émettant des radiations, les produits cosmétiques et les pesticides. Il aide également à gérer les risques que présentent les facteurs environnementaux et les effets sur la santé associés à la qualité de l'air et de l'eau, aux radiations et aux contaminants environnementaux. Afin de gérer les changements technologiques rapides et l'arrivée sur le marché de nouveaux produits qui brouillent les définitions traditionnelles et qui contiennent des éléments novateurs, Santé Canada a poursuivi la modernisation des programmes de réglementation.

En 2013-2014, 12 règlements ont été approuvés ou modifiés par la Ministre. Le Ministère a continué à faire avancer la transformation des cadres de réglementation pour les aliments et les produits de santé en un système de réglementation harmonisé qui contribue directement à la sécurité des Canadiens. Voici certaines des initiatives importantes :

- L'annexe F du *Règlement sur les aliments et drogue*[xvi] est une liste de médicaments qui nécessitent une ordonnance pour un usage humain et vétérinaire au Canada. Cette annexe a été abrogée et remplacée par la Liste des drogues sur ordonnance, une liste affichée sur le Web qui est tenue à jour au niveau administratif. Auparavant, une modification réglementaire était nécessaire pour ajouter un médicament à l'annexe F ou en retirer un. Étant donné que la nouvelle Liste des drogues sur ordonnance n'est pas le *Règlement sur les aliments et drogues*, des mises à jour peuvent être faites au niveau administratif. Cette approche non réglementaire pour le maintien de la liste facilite la mise à jour, favorisant l'efficience opérationnelle pour Santé Canada.
- Une proposition réglementaire visant à modifier le *Règlement sur les aliments et drogues* a été publiée dans la partie I de la *Gazette du Canada*, concernant les exigences d'étiquetage pour la viande de bœuf attendrie mécaniquement, qui comprendraient des directives sur la cuisson sécuritaire afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire.
- Le lancement d'une initiative d'étiquetage en langage clair afin d'améliorer l'utilisation sûre des médicaments en rendant l'information sur les étiquettes des médicaments et l'information sur la sécurité plus faciles à lire, y compris une révision de la partie III (renseignements pour les patients) du document d'orientation sur la monographie de produits pour l'industrie.
- Un nouveau *Règlement sur le sang*[xvii] a officialisé les pratiques exemplaires reconnues à l'échelle internationale du Canada pour les exigences en matière de sécurité relativement au sang qui est recueilli au cours de transfusion ou qui est utilisé pour la fabrication d'un médicament à usage humain.

Santé Canada a amélioré l'examen réglementaire et la prise de décisions en établissant une infrastructure des technologies d'information, telle que le Portail commun de demandes électroniques, qui accepte diverses transactions réglementaires électroniques. Au 31 mars 2014, plus de 60 % des renseignements réglementaires gérés par la Direction générale des produits de santé et des aliments étaient sous forme électronique.

Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* (LCSPC), incluant :

- des activités de sensibilisation.
- l'augmentation du contrôle et de la surveillance stratégiques, y compris la mise en œuvre d'une approche fondée sur les données probantes et la transparence pour la priorisation des incidents signalés et l'évaluation des risques liés aux dangers que présentent les produits.
- le recentrage des activités de conformité et d'application de la loi au niveau des établissements.
- l'établissement d'un programme de surveillance pour les rappels.
- la mise en œuvre des sanctions administratives pécuniaires (règlements visant les produits de consommation[xviii]) de manière à disposer d'une approche d'application souple et réactive pour composer avec les incidences particulières de non-conformité.

Santé Canada et l'Agence des services frontaliers du Canada ont lancé conjointement un projet pilote visant à fournir aux négociants un guichet unique pour la transmission par voie électronique de tous les renseignements requis afin de se conformer aux règlements douaniers et aux autres règlements gouvernementaux des États-Unis (É.-U.) et de l'Union européenne.

En septembre 2013, Santé Canada a organisé le deuxième Sommet nord-américain sur la sécurité des produits de consommation. Il a conclu un accord sur un nouveau plan de travail concernant la coopération entre le Canada, les É.-U. et le Mexique et a réalisé des activités conjointes de sensibilisation et de liaison avec la Consumer Product Safety Commission des É.-U., et l'Agence fédérale de protection des consommateurs du Mexique.

Santé Canada a entrepris une série de mesures visant à renouveler le régime pour la marijuana à des fins médicales et à mettre en œuvre le nouveau *Règlement sur la marihuana[2] à des fins médicales* [xix] (RMFM), qui est entré en vigueur en juin 2013.

Santé Canada a élaboré, de concert avec les organismes de réglementation nord-américains et internationaux et avec les partenaires de l'industrie, un cadre scientifique afin de mieux évaluer les risques éventuels que représentent les pesticides pour les insectes pollinisateurs, ce qui a donné lieu à l'élaboration de nouvelles pratiques exemplaires de gestion des semences traitées.

Santé Canada a poursuivi l'intégration des renseignements sur la réglementation internationale et leur utilisation uniforme. Les initiatives comprennent ce qui suit :

- Participer à l'International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use.
- Collaborer à l'examen des médicaments génériques avec la Therapeutic Goods Administration (TGA) de l'Australie, le Consortium des chefs d'agences, l'autorité de réglementation pharmaceutique de Singapour et Swissmedic.
- Participer au Projet pilote des organismes internationaux de réglementation en matière de médicaments génériques qui se concentre sur les fichiers maîtres des ingrédients actifs, les bioéquivalences et les modèles d'échange de renseignements.
- Travailler avec le Asia Pacific Economic Cooperation Regulatory Harmonization Steering Committee à promouvoir une plus grande convergence et un plus grand renforcement des capacités réglementaires liés aux produits médicaux.
- Coanimer la conférence du Réseau panaméricain d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique avec l'Organisation panaméricaine de la santé.
- Participer aux comités internationaux de normalisation pour l'élaboration de normes et de ligne

[2] Tandis que le gouvernement du Canada est revenu à l'orthographe originale de marijuana avec un « j », dans le règlement, le terme est encore écrit avec un « h » (c.-à-d. marihuana) et ne peut donc pas être modifié.

directrices portant sur les produits de consommation.

- Collaborer avec les homologues d'organismes de réglementation américains afin de réduire le fardeau de la réglementation relativement aux produits de santé et d'harmoniser les approches réglementaires pour les produits chimiques du milieu de travail.
- Utiliser les examens conjoints afin de faciliter l'accès simultané aux nouvelles technologies liées aux pesticides pour les agriculteurs canadiens. Par exemple, parmi les six ingrédients actifs destinés aux activités agricoles, trois des personnes inscrites ont choisi un examen conjoint général en collaboration avec les partenaires internationaux.

| Priorité | Type | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité III** – Renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits | En cours | RS3<br>3.1 Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits<br>3.2 Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits<br>3.3 Soutien à l'infrastructure de santé dans les Collectivités des Premières Nations et des Inuits<br>Services internes (DGDPF-GI-TI) |

**Sommaire des progrès**

Santé Canada a travaillé avec les Premières Nations, les Inuits et d'autres ministères fédéraux et partenaires provinciaux et territoriaux afin d'améliorer les résultats pour la santé, de renforcer l'accès à des services de santé de qualité et d'appuyer un plus grand contrôle du système de santé par les Premières Nations et les Inuits.

Santé Canada a soutenu l'amélioration continue du système de santé par le renforcement des capacités des collectivités. Il a élaboré des solutions relativement aux RH en santé de concert avec les partenaires et les intervenants, en insistant sur les soins communautaires pertinents adaptés à la culture. Cela comprenait des bourses d'études dans le domaine de la santé, des possibilités de stages et d'emplois d'été pour étudiants et la formation pour les travailleurs de la santé de la communauté.

Le Ministère a investi dans des programmes tels que l'infrastructure de cybersanté afin d'offrir des services de santé primaires et publics modernes aux collectivités éloignées géographiquement, ce qui permet aux professionnels de la santé de consulter des professionnels de la santé spécialisés et de collaborer avec eux, et d'accroître leurs connaissances et leurs compétences par l'éducation à distance.

Santé Canada a collaboré avec les provinces, les territoires et les collectivités des Premières Nations et des Inuits afin d'améliorer les services de santé publique. Le Ministère a travaillé sur une approche nationale afin d'aborder les taux élevés d'infections transmises par le sang et celles transmises sexuellement chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, en insistant particulièrement sur le VIH/sida; il a élaboré un cadre de gestion du rendement pour les programmes de lutte contre la tuberculose dans le cadre de la mise en œuvre hâtive de la Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves; il a terminé une campagne de marketing social sur la vaccination d'une durée de quatre ans; et a aidé les collectivités des Premières Nations à améliorer leur capacité de surveiller la qualité de l'eau potable en travaillant étroitement avec les collectivités ciblées.

Santé Canada a terminé la mise en œuvre de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique (C.-B.), en réaffectant les ressources de façon importante au sein du Résultat stratégique n$^{o}$ 3 (voir plus bas). En octobre 2013, l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) a assumé la responsabilité pour la conception et la prestation des programmes de santé offerts précédemment par Santé des Premières Nations et des Inuits, région du Pacifique, de Santé Canada.

Santé Canada a investi dans des programmes liés au mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits afin d'améliorer la qualité et la disponibilité de services exhaustifs en matière de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Le Ministère, en partenariat avec des intervenants clés, a appuyé l'élaboration du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Ce travail de collaboration porte sur la cartographie complète des programmes existants de santé mentale et

de lutte contre la toxicomanie, y compris ceux qui sont axés sur la prévention du suicide chez les Premières Nations. Le travail s'est également poursuivi avec l'Inuit Tapiriit Kanatami et les régions en vue de planifier l'élaboration d'une approche de continuum de mieux-être mental propre aux Inuits.

Santé Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) ont commencé à simplifier et à uniformiser les politiques, les procédures et la gestion des paiements de transfert. Par exemple, ils ont conçu conjointement une vérification des bénéficiaires et des protocoles de vérification des bénéficiaires; ils ont établi un rapport financier uniformisé pour le fédéral, y compris des états financiers consolidés vérifiés pour les bénéficiaires courants; et élaborer un cadre commun de contrôle de la gestion et une approche de gestion par défaut.

Santé Canada a continué de financer les prestations de santé supplémentaires aux Premières Nations et aux Inuits admissibles. Dans le cadre des efforts continus en vue d'augmenter les efficacités, Santé Canada a centralisé l'administration des prestations de soins dentaires à Ottawa et a travaillé afin d'améliorer le délai d'exécution pour l'approbation des prestations de soins dentaires. De plus, dans le cadre de sa Stratégie de lutte contre l'abus (LCA) de médicaments d'ordonnance, il a retiré de la liste ou limité les opioïdes et les autres médicaments pouvant faire l'objet d'abus, augmenté l'accès aux médicaments non opioïdes, fourni l'accès au traitement de la dépendance aux opioïdes et amélioré le Programme de contrôle des prescriptions.

| Priorité | Type | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité IV** – Moderniser les communications afin d'offrir aux Canadiens des renseignements transparents, novateurs et accessibles | En cours | Services internes (DGAPC) |
| **Sommaire des progrès** | | |
| Les Canadiens s'attendent à un accès continu aux renseignements dont ils ont besoin pour prendre des mesures relativement à leur santé et à leur sécurité. Santé Canada s'engage à faire participer les Canadiens pour faire en sorte que ses politiques, programmes et services reflètent les priorités et le point de vue des citoyens, et à utiliser Internet et les nouveaux outils technologiques pour faciliter l'accès à l'information.<br><br>Santé Canada a augmenté la transparence et l'engagement avec les Canadiens et les intervenants par des outils et des approches de communication novateurs, tels que l'affichage d'examens de l'innocuité et l'utilisation des médias sociaux et d'outils 2.0 afin de compléter les consultations sur l'étiquetage nutritionnel. De plus, le Ministère a élaboré et mis en œuvre avec succès le Cadre réglementaire de transparence et d'ouverture ainsi que le Plan d'action associé, et collaboré à l'Initiative pour un gouvernement ouvert du gouvernement du Canada.<br><br>Santé Canada est engagé à élaborer des solutions, des produits et des outils de communication novateurs sur le Web. Dans le cadre du Plan d'action pour le renouvellement du Web, du gouvernement du Canada, Santé Canada a contribué à rendre accessibles les 35 000 pages de son site Web pour faire en sorte que tous les Canadiens puissent obtenir les renseignements dont ils ont besoin en ligne. Il s'est également assuré que le site Web Canadiens en santé, qui regroupe tous les renseignements sur la santé du gouvernement du Canada, se conforme aux normes Web actuelles.<br><br>Santé Canada a travaillé à développer des capacités plus solides pour mobiliser les citoyens aux communications interactives bidirectionnelles qui s'étendent dans l'ensemble des communautés des médias sociaux. Cette approche permet de fournir des conseils de plus en plus intégrés à partir du point de vue de l'ensemble du portefeuille de la Santé et qui appuient les priorités et les orientations en matière de communication de la ministre de la Santé. Pour rejoindre les Canadiens de manière pertinente, la campagne sur les médias sociaux Canadiens en santé a élargi sa plateforme de campagne afin d'inclure Pinterest, Twitter et YouTube, en plus de sa populaire page Facebook, qui compte plus de 35 700 admirateurs.<br><br>Santé Canada a terminé le lancement du Système de gestion de l'information sur les consultations et les intervenants, en plus d'une stratégie de formation et de communication. Ce système offrira un guichet unique pour la participation des intervenants et des citoyens et permettra au Ministère d'améliorer ses consultations. Il a aussi offert un atelier de formation aux intervenants internes et externes sur le Projet pilote de sécurité des produits de consommation. | | |

| Priorité | Type | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité V** – Bâtir une organisation plus solide et flexible grâce à des investissements stratégiques et à la transformation opérationnelle | En cours | Services internes (DGSM - RH ; DGDPF – Finances, GI-TI, Immobilisations) |

**Sommaire des progrès**

Santé Canada a continué de se concentrer sur l'harmonisation des services internes avec ceux de l'ASPC afin d'offrir des services rationalisés et novateurs de grande qualité, à un coût moindre pour les Canadiens. Par l'entremise du Partenariat de services partagés, un Cadre d'harmonisation des politiques a été élaboré afin de souligner la façon dont les secteurs de services internes devraient aller de l'avant au cours de la transition vers un ensemble commun de politiques et d'approches.

Santé Canada a mis en place une initiative de transformation importante appelée le Processus d'approvisionnement au paiement (PAP). L'initiative a révolutionné le milieu des transactions pour la comptabilité et l'approvisionnement en créant une plateforme de services uniques, intégrés et partagés qui dessert Santé Canada et l'ASPC. Le PAP a atteint les objectifs suivants : remanié à l'aide de technologies de pointe le processus de transactions comptables et d'approvisionnement de bout-en-bout de Santé Canada et de l'ASPC, exploité par Santé Canada en tant que service partagé; éliminé la « signature sur papier », lorsque c'est possible; et passé à un environnement sans papier avec un flux de travail intégré et des approbations électroniques; consolidé 14 bureaux de comptabilité régionaux en deux bureaux nationaux; et regroupé les équipes multiples chargées de l'approvisionnement pour Santé Canada et dispersées partout au Canada en une organisation de services d'approvisionnement plus centralisée. Le PAP donne des résultats sur les plans de l'efficience et de l'efficacité, et renforce les pratiques financières par l'uniformisation des processus opérationnels de bout-en-bout et la mise en œuvre de validation et de contrôle des données informatisées afin de rehausser la préparation à la vérification.

Une vérification équilibrée initiale a été réalisée avec succès et satisfait à un engagement antérieur du RMR de s'assurer que Santé Canada est en position pour effectuer des vérifications d'appui pour les contrôles de ses états financiers, si l'on devait lui demander de le faire.

Les travaux sur un modèle de prestation de service intégré de RH ont permis d'achever le projet du processus opérationnel commun des RH. Conçu afin de rationaliser et d'uniformiser les processus de RH, le processus opérationnel permet d'effectuer des gains d'efficience sur le plan des processus, il définit clairement les rôles et les responsabilités en matière de gestion des personnes et dirige la prise de décisions stratégiques dans tous les domaines opérationnels des RH. Santé Canada a également terminé plusieurs initiatives horizontales y compris la mise en œuvre de l'initiative Gestion du rendement des employés, le Projet de consolidation des services de paye à l'ensemble du gouvernement et l'Harmonisation des opérations régionales.

Un Cadre de gestion du portefeuille des applications a été élaboré afin de définir le processus pour la création d'un inventaire d'applications de la TI en évolution pour Santé Canada et l'ASPC, et une évaluation initiale de toutes les applications en place.

Par la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de locaux, Santé Canada a offert un certain nombre de projets de modernisation de bureau à l'ensemble du pays pour Santé Canada et l'ASPC. Plusieurs projets conçus dans le cadre de la Stratégie ont dépassé les échéances du gouvernement, permettant au Ministère de réaliser des économies de l'ordre de 4,3 millions de dollars dès mars 2014, c'est-à-dire un an plus tôt que prévu. L'optimisation de l'espace de bureau du Ministère a permis la consolidation de groupes de clients et le la cession de l'espace locatif à des

endroits ciblés de la région de la capitale nationale

Les projets régionaux terminés en soutien de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé des Premières Nations de la C.-B. étaient les éléments clés pour le transfert des programmes de santé à l'ASPN.

## Analyse des risques

Le tableau suivant décrit les principaux risques cernés par Santé Canada en 2013-2014, c'est-à-dire ceux les plus susceptibles d'avoir des incidences, ainsi que des exemples de mesures prises par le Ministère à l'égard de ces risques.

Principaux risques

| Risque | Stratégie d'atténuation du risque | Lien à l'architecture d'alignement des programmes |
|---|---|---|
| Des risques sont associés à la conception et à la réforme des systèmes réglementaires visant à accroître l'efficacité et la durabilité. | • Poursuivi la mise en œuvre de la feuille de route pour la réglementation.<br>• Continué de mettre en œuvre les pratiques exemplaires internationales en matière de réglementation.<br>• Travaillé en collaboration avec les partenaires internationaux pour harmoniser les processus réglementaires. | RS2 |
| Des risques sont associés à l'innovation en matière de prestation de services de santé, à la transformation régionale et aux liens avec les systèmes de santé locaux. | • Harmonisé la prestation des programmes et des services avec les systèmes provinciaux.<br>• Continué d'harmoniser les programmes de subventions et de contributions avec AADNC.<br>• Poursuivi la mise en œuvre des outils de collecte de données sur les résultats en santé.<br>• Élaboré de nouveaux indicateurs pour mesurer les progrès réalisés.<br>• Amélioré les processus de planification opérationnelle en matière de santé des Premières Nations et des Inuits. | RS3 |
| Des risques sont associés à la capacité de diffuser rapidement des communications pertinentes et efficaces aux intervenants, aux clients et au public, et à les faire participer. | • Poursuivi la mise en œuvre de la Stratégie de gouvernement ouvert dans le but d'améliorer l'accès du public à de l'information en ligne sur la santé et la sécurité.<br>• Élaboré un système de consultation ministérielle et de gestion de l'information | RS1<br>RS2<br>RS3<br>Services internes |

| Risque | Stratégie d'atténuation du risque | Lien à l'architecture d'alignement des programmes |
|---|---|---|
| | et de déclaration destiné aux intervenants.<br>• Élaboré un processus de communication et d'approbation rapide et fondé sur le risque.<br>• Élaboré des approches en matière de relations avec les médias et de sensibilisation dans les régions.<br>• Travaillé pour établir une présence Web accessible, pertinente et axée sur l'utilisation finale.<br>• Élaboré et lancé le Cadre réglementaire de transparence et d'ouverture ainsi que le Plan d'action. | |
| Des risques sont associés à la mise en œuvre d'innovations en matière de prestation des subventions et contributions aux Canadiens. | • Continué de mettre en œuvre des exigences harmonisées de gestion du risque et de déclaration en matière de subventions et contributions.<br>• Normalisé la gestion des subventions et contributions.<br>• Favorisé l'utilisation des accords interministériels, y compris des modalités horizontales.<br>• Élaboré des exigences communes en matière de responsabilisation.<br>• Adopté des techniques d'évaluation novatrices.<br>• Transformé les systèmes de gestion financière et de subventions et contributions et les a harmonisés à ceux d'AADNC. | RS1<br>RS2<br>RS3<br>Services internes |

## Compte-rendu des risques

Les pratiques efficaces de gestion du risque ont permis à Santé Canada de répondre de façon proactive au changement et à l'incertitude en faisant appel à de l'information et à des approches axées sur le risque qui permettent une prise de décisions plus efficace à l'échelle de l'organisation. En 2013-2014, le Ministère a apporté d'importantes améliorations dans la manière de gérer ses risques. Le processus de renouvellement du Profil de risque ministériel de 2013-2014 s'est concentré sur une plus grande participation de la haute direction ainsi que sur l'élaboration de stratégies d'atténuation du risque plus solides.

Des pressions internes et externes avaient le potentiel de nuire au Ministère lors de la prestation de ses programmes et de ses services. Ces pressions comprenaient les nouvelles thérapies et les nouveaux médicaments; les changements scientifiques et technologiques; les conditions économiques mondiales imprévisibles; les crises sanitaires éventuelles imprévisibles; le changement du mode de vie et de la démographie; et le vieillissement de la population active. Ces pressions ont été prises en compte au moment de déterminer les risques du Profil de risque ministériel et de l'exercice de vote. Les risques et les stratégies d'atténuation du risque mentionnés précédemment ont également été mentionnés dans le RPP et ont servi à documenter la priorisation, le processus décisionnel et la répartition des ressources, en mettant l'accent sur les résultats stratégiques et les priorités à long terme.

Santé Canada a géré ses principaux risques de diverses manières. Par exemple, afin d'assurer l'uniformité réglementaire et législative avec les partenaires internationaux, Santé Canada a poursuivi la coordination avec ses homologues internationaux et le partage des pratiques exemplaires afin d'harmoniser efficacement les processus réglementaires. Le Ministère a continué de faire preuve de souplesse en s'adaptant au changement survenant dans le milieu réglementaire et aux leçons apprises tout au long de 2013-2014.

De plus, Santé Canada a continué de prendre des mesures pour assurer une gestion efficace des risques afin de permettre une plus grande harmonisation et intégration des soins de santé des Premières Nations et des Inuits aux systèmes de santé provinciaux et aux organismes locaux de prestation de services. Alors que le Ministère va de l'avant avec la mise en œuvre de son programme de transformation, ses mesures reflèteront les leçons apprises, notamment l'importance de maintenir une relation efficace avec nos partenaires et nos intervenants; l'engagement précoce relativement aux principaux enjeux et aux principales priorités; et la reconnaissance des défis inhérents liés à l'application d'une solution nationale à une question régionale.

Enfin, les Canadiens s'attendaient de plus en plus à communiquer avec Santé Canada et à recevoir des renseignements à jour par l'Internet et les médias sociaux. Le Ministère a continué d'offrir des renseignements opportuns et fondés sur des données probantes sur la santé et la sécurité de manière à combler les attentes du public, des clients et des intervenants.

# Dépenses réelles

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) |
|---|---|---|---|---|
| 3 292 207 430 | 3 301 143 553 | 3 947 321 110 | 3 828 179 497 | 527 035 944 |

Remarque : L'écart de 527,0 millions de dollars inclut une augmentation de 646,2 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales qui est compensée par une diminution de 119,1 $ entre les autorisations totales et les dépenses réelles.

L'augmentation de 646,2 millions de dollars s'explique principalement par la réception de financement en cours d'année dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses et des reports des budgets de fonctionnement du Ministère qui ont été autorisés pour financer des investissements stratégiques dans la GI-TI et les biens immobiliers. S'ajoutent aux autorisations totales les paiements exigés dans le cadre des conventions collectives, aux postes législatifs et au remboursement des dépenses admissibles au chapitre de la rémunération.

L'écart de 119,1 millions de dollars est principalement attribuable à une demande inférieure à ce qui était prévu pour les Services de santé non assurés (SSNA), aux économies de coûts réalisées par les services pharmaceutiques des SSNA, en raison de l'utilisation accrue de médicaments génériques à bas prix, ainsi que par une partie du budget de fonctionnement qui a été reportée pour appuyer des investissements stratégiques en 2014-2015.

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014[3] | Réel 2013-2014 | Écart (réel moins prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 9 375 | 9 160 | -215 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les économies que le Ministère a réalisées plus tôt que ce qui était prévu au moyen des activités de simplification et de rationalisation, tout en maintenant ou en améliorant les services offerts aux Canadiens.

## Sommaire du rendement budgétaire pour les résultats stratégiques et les programmes (dollars)

| Résultats stratégiques, programmes et Services internes | Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses prévues 2015-2016 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2012-2013 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2011-2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Résultat stratégique 1 : Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens** | | | | | | | | |
| 1.1 Politique du système de santé canadien | 294 238 083 | 296 189 883 | 244 186 030 | 238 002 805 | 375 031 600 | 353 877 280 | 405 697 982 | 371 307 898 |
| 1.2 Services de santé spécialisés | 21 939 744 | 21 939 744 | 18 728 166 | 18 840 212 | 17 981 606 | 16 475 781 | 19 926 803 | 22 342 044 |

[3] Alors que le nombre total d'ETP prévus est exact, il faut les harmoniser à un niveau inférieur pour refléter les exigences opérationnelles actuelles.

| Résultats stratégiques, programmes et Services internes | Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses prévues 2015-2016 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2012-2013 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2011-2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.3 Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire | 23 752 874 | 23 752 874 | 37 527 825 | 37 527 598 | 26 252 493 | 25 830 789 | 39 011 188 | 38 954 051 |
| Total-partiel | 339 930 701 | 341 882 501 | 300 442 021 | 294 370 615 | 419 265 699 | 396 183 850 | 464 635 973 | 432 603 993 |
| **Résultat stratégique 2 : Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances et aux facteurs environnementaux sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens** | | | | | | | | |
| 2.1 Produits de santé | 156 037 552 | 156 763 818 | 152 060 884 | 149 855 419 | 179 564 906 | 179 564 797 | 164 654 898 | 177 232 253 |
| 2.2 Salubrité des aliments et nutrition | 51 402 965 | 54 154 918 | 59 175 139 | 59 092 172 | 71 238 986 | 71 238 491 | 69 655 161 | 67 876 527 |
| 2.3 Risques pour la santé liés à l'environnement | 109 816 852 | 109 816 852 | 102 849 859 | 99 641 612 | 107 621 366 | 101 141 190 | 103 655 546 | 105 098 576 |
| 2.4 Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail | 30 713 667 | 31 439 933 | 37 725 014 | 37 287 118 | 36 455 580 | 35 535 627 | 28 148 044 | 27 660 103 |
| 2.5 Consommation et abus de substances | 84 926 070 | 85 652 336 | 82 748 939 | 82 311 043 | 88 593 095 | 88 591 578 | 115 533 278 | 123 029 291 |
| 2.6 Radioprotection | 14 963 096 | 15 689 362 | 20 522 668 | 20 565 167 | 21 421 594 | 21 420 658 | 15 303 974 | 14 034 921 |
| 2.7 Pesticides | 40 442 256 | 41 168 522 | 40 651 125 | 40 214 339 | 47 823 266 | 46 299 835 | 42 148 137 | 46 821 505 |
| Total-partiel | 488 302 458 | 494 685 741 | 495 733 628 | 488 966 870 | 552 718 793 | 543 792 176 | 539 099 038 | 561 753 176 |
| **Résultat stratégique 3 : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé** | | | | | | | | |
| 3.1 Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits | 954 094 539 | 954 094 539 | 853 702 552 | 772 090 493 | 931 062 884 | 927 125 272 | 945 580 413 | 949 048 229 |
| 3.2 Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits | 1 017 260 925 | 1 017 260 925 | 1 133 324 859 | 1 084 380 043 | 1 113 116 336 | 1 071 034 484 | 1 140 213 493 | 1 111 497 049 |
| 3.3 Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits | 231 648 633 | 231 648 633 | 604 177 779 | 612 878 547 | 525 566 179 | 525 066 806 | 356 715 000 | 351 559 090 |
| Total-partiel | 2 203 004 097 | 2 203 004 097 | 2 591 205 190 | 2 469 349 083 | 2 569 745 399 | 2 523 226 562 | 2 442 508 906 | 2 412 104 368 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Services internes** | | | | | | | | |
| Total-partiel | 260 970 174 | 261 571 214 | 271 531 249 | 264 293 347 | 405 591 219 | 364 976 909 | 374 914 169 | 379 838 149 |
| **Total** | | | | | | | | |
| | **3 292 207 430** | **3 301 143 553** | **3 658 912 088** | **3 516 979 915** | **3 947 321 110** | **3 828 179 497** | **3 821 158 086** | **3 786 299 686** |

Au début de l'exercice 2013-2014, les dépenses prévues de Santé Canada s'élevaient à 3 301,1 millions de dollars. Dans le Budget principal et le Budget supplémentaire des dépenses, le total des autorisations accordées à Santé Canada était de 3 947,3 millions de dollars. Les dépenses réelles de Santé Canada se sont élevées à 3 828,2 millions de dollars.

L'augmentation de 8,9 millions de dollars entre le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues pour 2013-2014 découle du financement versé à la Société pour les troubles de l'humeur du Canada; de la rationalisation des règlements en matière d'importation et des processus frontaliers pour les échanges commerciaux du gouvernement; et de la poursuite de l'amélioration de la capacité de prévenir, de détecter et de réagir aux épidémies de maladies d'origines alimentaires.

Quant à l'augmentation de 646,2 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2013-2014, elle s'explique surtout par les éléments suivants : les fonds octroyés au soutien des programmes et des services de santé des Premières Nations et des Inuits; le soutien pour la mise en œuvre de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique (C.-B.) pour le transfert à l'ASPN; le report du budget de fonctionnement du Ministère; les conventions collectives, les postes législatifs et le remboursement des dépenses admissibles au chapitre de la rémunération.

L'écart de 119,1 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles pour 2013-2014 est principalement attribuable à des dépenses plus faibles pour les SSNA en raison du nombre moins élevé que prévu de nouveaux clients parmi les nouvelles populations admissibles (c.-à-d. les personnes inscrites en vertu des dispositions de la *Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens*[xx], ou celles qui sont devenues admissibles aux SSNA à la suite de la création de la bande de la Première Nation Qalipu Mi'kmaq). On a noté une réduction importante du coût des prestations pharmaceutiques des SSNA attribuable à une plus grande utilisation des médicaments génériques à faible coût. De plus, une partie du budget de fonctionnement du Ministère a été reporté afin de soutenir des investissements stratégiques en 2014-2015.

# Harmonisation des dépenses avec le cadre pangouvernemental

## Harmonisation des dépenses réelles pour 2013-2014 avec le cadre pangouvernemental[xxi] (dollars)

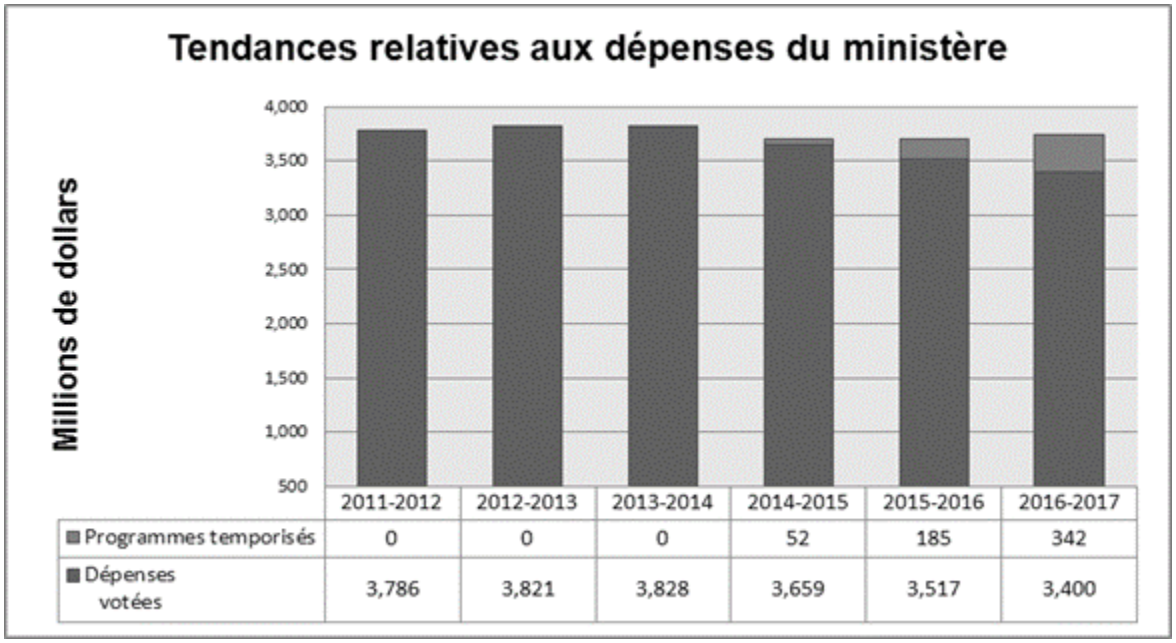
| Résultat stratégique | Programme | Secteur de dépenses | Résultat du gouvernement du Canada | Dépenses réelles 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| **RS 1 Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens** | 1.1 Politique du système de santé canadien | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 353 877 280 |
| | 1.2 Services de santé spécialisés | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 16 475 781 |
| | 1.3 Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 25 830 789 |
| **RS 2 Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances et aux facteurs environnementaux sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens** | 2.1 Produits de santé | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 179 564 797 |
| | 2.2 Salubrité des aliments et nutrition | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 71 238 491 |
| | 2.3 Risques pour la santé liés à l'environnement | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 101 141 190 |
| | 2.4 Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 35 535 627 |
| | 2.5 Consommation et abus de substances | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 88 591 578 |
| | 2.6 Radioprotection | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 21 420 658 |
| | 2.7 Pesticides | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 46 299 835 |
| **RS 3 Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à** | 3.1 Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 927 125 272 |
| | 3.2 Prestations supplémentaires | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 1 071 034 484 |

| Résultat stratégique | Programme | Secteur de dépenses | Résultat du gouvernement du Canada | Dépenses réelles 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| **leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé** | en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits | | | |
| | 3.3 Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 525 066 806 |

Total des dépenses par secteur de dépenses (dollars)

| Secteur de dépenses | Total des dépenses prévues | Total des dépenses réelles |
|---|---|---|
| Affaires économiques | | |
| Affaires sociales | 3 039 572 339 | 3 463 202 588 |
| Affaires internationales | | |
| Affaires gouvernementales | | |

## Tendances relatives aux dépenses du ministère




Remarque : Les ajouts aux dépenses prévues votées reflètent le renouvellement estimé de certains programmes temporaires qui font l'objet d'un examen plus approfondi par le gouvernement. La réduction des dépenses prévues par rapport aux exercices précédents est principalement attribuable à la poursuite des économies, et l'exclusion en cours d'année du financement provenant des crédits du Conseil du Trésor et prévus par la loi.

En 2013-2014, Santé Canada a dépensé 3 828,2 millions de dollars afin d'atteindre les résultats prévus dans le cadre de ses activités de programme ainsi que ses résultats stratégiques. Le graphique qui précède illustre les tendances de Santé Canada en matière de dépenses de 2011-2012 à 2016-2017.

Pour la période de 2011-2012 à 2013-2014, les dépenses par crédit voté représentent les autorisations totales utilisées, tel qu'il est démontré dans les Comptes publics du Canada.

Pour la période 2014-2015 à 2016-2017, les dépenses par crédit voté correspondent aux dépenses prévues, qui excluent le financement en cours d'exercice provenant du Budget supplémentaire des dépenses, du financement prévu par la loi et les rajustements reportés.

## Budget des dépenses par crédit voté

Pour obtenir des renseignements au sujet des crédits votés et des dépenses législatives de Santé Canada, veuillez consulter les *Comptes publics du Canada 2014*[xxii] sur le site Web de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

# Section II : Analyse des programmes par résultat stratégique

## Résultat stratégique n° 1 : Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens

## Programme 1.1 : *Politique du système de santé canadien*

### Description

Le programme sur la politique du système de santé canadien offre des conseils stratégiques et des services de recherche et d'analyse visant à appuyer la prise de décisions relatives aux enjeux du système de soins de santé, ainsi qu'un soutien aux provinces, aux territoires, aux partenaires et aux intervenants quant aux priorités du système de soins de santé.

En ayant à l'esprit l'équité à long terme, la viabilité et le caractère abordable des soins de santé, Santé Canada collabore avec des partenaires et cible ses efforts afin d'améliorer le système de soins de santé, notamment l'accès aux services de santé et la qualité et l'intégration de ces services.

En gérant les ententes de subventions et contributions de pair avec d'importants partenaires en santé de tout le pays, le programme des politiques relatives au système de santé canadien contribue à régler les problèmes prioritaires en santé, ce qui nécessite un leadership national et de forts partenariats.

L'objectif du programme est d'appuyer les politiques et les programmes de santé innovateurs pour aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur santé.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 294 238 083 | 296 189 883 | 375 031 600 | 353 877 280 | 57 687 397 |

Remarque : L'écart de 57,7 millions de dollars inclut une augmentation de 78,8 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales, due principalement à l'obtention d'une subvention législative pour les technologies de communication électronique de l'information sur la santé, laquelle est compensée par une variation de 21,2 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles, principalement attribuable à des surplus provenant du Fonds de recherche sur le cerveau du canada (FRCC) et du Programme de contribution sur les politiques en matière de soins de santé, ainsi qu'à la réaffectation interne du financement entre les programmes.

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 267 | 126 | -141 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une diminution de personnel à la suite d'économies réalisées au moyen des activités de simplification et de rationalisation et par le transfert de divers programmes à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), notamment la responsabilité des services liés à la gestion des urgences et aux affaires internationales, dans la cadre du Partenariat de services partagés du portefeuille de la Santé. Les diminutions d'ETP découlent de l'attrition et des départs volontaires.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Rôle de catalyseur permettant de se pencher sur les enjeux actuels et émergents en matière de santé ainsi que sur les priorités. | Nombre de mesures prises (p. ex. : subventions et contributions signées) pour résoudre les questions actuelles et futures. | 6 au 31 mars 2014 | 6 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a fait progresser l'innovation dans les soins de santé comme un domaine de priorité stratégique, soulevant l'intérêt et établissant des liens dans le milieu des soins de santé et dans d'autres secteurs. Le Ministère a géré des accords de financement nouveaux et existants qui ont fait avancer les questions de santé prioritaires, incluant le financement suivant :

- 6,5 millions de dollars répartis sur trois ans pour la McMaster University pour soutenir les approches innovatrices de prestation de soins en équipe, les solutions de rendement des soins de santé et l'intégration des dossiers électroniques.
- 3 millions de dollars pour l'initiative de la Fondation Pallium du Canada visant à fournir les compétences et les connaissances dont ont besoin les fournisseurs de soins de première ligne pour offrir des soins palliatifs de qualité aux personnes atteintes de maladies très graves dans divers contextes de soins.
- 1,6 millions de dollars pour le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux, par l'intermédiaire du Programme de contribution sur les politiques en matière de soins de santé, générer des données probantes sur les incidents touchant les médicaments afin d'améliorer la sécurité du patient.
- 5 millions de dollars pour la première année d'un accord de cinq ans conclu avec la Société canadienne du sang (SCS) pour des travaux de recherche et de développement sur le sang.
- 14,6 millions de dollars pour la Commission de santé mentale et 1.6 million de dollars pour la Société pour les troubles de l'humeur du Canada afin d'appuyer la recherche en

santé mentale, élaborer des politiques et collaborer avec les provinces et les territoires afin d'améliorer la santé mentale au Canada.
- 6,7 millions de dollars pour appuyer le FRCC, géré par la Fondation Neuro Canada, qui se consacre à faire avancer la recherche de pointe sur le cerveau.
- 3,43 millions de dollars à la SCS pour la dernière année de l'accord pour le programme de Don et greffe d'organes et de tissus (DGOT).

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation : des programmes de la Société canadienne du sang bénéficiaires de subventions et de contributions de Santé Canada de 2008-2009 à 2012-2013[xxiii].

## Sous-programme 1.1.1 : *Priorités du système de santé*

### Description

Par le biais du programme de priorités du système de santé, Santé Canada collabore étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes nationaux et internationaux, les fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants afin de concevoir et de mettre en œuvre des méthodes et des interventions novatrices, d'améliorer la reddition de comptes, de respecter les priorités en matière de santé et de répondre aux besoins des Canadiens en ce qui a trait aux services de santé. Parmi les principales activités se trouvent l'accroissement de la réserve de professionnels de la santé, l'accès dans des délais raisonnables à des services de santé de qualité et l'accélération de la conception et de la mise en œuvre de technologies électroniques de la santé.

Le programme gère aussi les ententes concernant les subventions et les contributions pour un certain nombre de priorités liées aux soins de santé, comme Inforoute Santé du Canada (Inforoute), l'Institut canadien d'information sur la santé, la Commission de la santé mentale du Canada et le Partenariat canadien contre le cancer, afin de soutenir les services de santé offerts à tous les Canadiens.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des services de santé rentables et de qualité.

#### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 294 442 000 | 352 078 271 | 57 636 271 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique par l'inclusion d'une subvention pour la communication des renseignements électroniques sur la santé, compensée par un surplus pour l'accord de contribution pour établir le FCRC.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 252 | 111 | -141 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une diminution de personnel à la suite d'économies réalisées au moyen des activités de simplification et de rationalisation et par le transfert de divers programmes à l'ASPC, notamment la responsabilité des services liés à la gestion des urgences et aux affaires internationales, dans la cadre du Partenariat de services partagés du portefeuille de la Santé. Les diminutions d'ETP découlent de l'attrition et des départs volontaires.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| On constate le maintien et l'amélioration des partenariats stratégiques avec les principaux partenaires nationaux, provinciaux ou territoriaux et régionaux (p. ex. : grâce à du financement comme des subventions et contributions) de manière à faire progresser les priorités rattachées au système de santé. | Nombre et type d'ententes ou d'accords nouveaux/maintenus et/ou améliorés entre le gouvernement du Canada, les provinces et les territoires ainsi que les intervenants visant à faciliter le renouvellement du système de santé. | 10 au 31 mars 2014 | 62 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

En 2013-2014, Santé Canada prévoyait conclure dix nouveaux accords de financement et de travail en collaboration, mais a pu en établir 62 avec les partenaires. Le nombre d'accords conclus était plus élevé que prévu à cause du renouvellement des accords d'une durée limitée et de la prorogation d'initiatives en cours et annuelles. La collaboration a été renforcée grâce au financement et aux relations de travail étroites avec divers partenaires, y compris les provinces, les territoires, les établissements universitaires et les organismes non gouvernementaux (ONG).

Santé Canada a poursuivi son travail avec Inforoute pour faire avancer l'innovation dans le système de santé en collaborant avec les partenaires afin d'appuyer la mise en œuvre des dossiers électroniques et les technologies connexes. En date de mars 2014, Inforoute avait appuyé l'inscription de plus de 16 000 cliniciens aux programmes gouvernementaux pour les systèmes destinés aux cabinets de médecins. Il est possible d'obtenir de plus amples renseignements dans le rapport annuel[xxiv] d'Inforoute.

Le PCCC reçoit un financement de 241 millions de dollars réparti sur cinq ans, qui se terminera en 2017. Il a fait progresser la lutte contre le cancer au Canada et a apporté des améliorations au système de santé, y compris l'amélioration au chapitre de l'élaboration et de la mise en œuvre du savoir, des pratiques exemplaires et des lignes directrices.

Le financement accordé par Santé Canada à l'ICIS a permis de soutenir la conception et le lancement d'un site Web interactif qui aide les Canadiens à comprendre le rendement du système de soins de santé en fonction de 15 indicateurs de rendement. L'ICIS a également publié le *Guide de données et d'information sur la maladie mentale et la toxicomanie*, qui procure aux personnes et aux organismes de soins de santé un accès à l'information sur la santé mentale et la toxicomanie.

Santé Canada a poursuivi l'investissement en santé mentale en finançant la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, qui a créé le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression. En mars 2014, le Réseau a lancé trois carrefours pour la dépression afin de faire avancer la recherche sur la dépression et le trouble de stress post-traumatique.

La Fondation Neuro du Canada va recevoir un financement allant jusqu'à 100 millions de dollars sur une période de six ans, qui se terminera en 2017, pour la création du FRCC qui vise à faire avancer les connaissances et le traitement des maladies du cerveau et des troubles mentaux. Par exemple, en avril 2013, cinq équipes ont reçu un montant de 1,5 million de dollars chacune sur une période de trois ans, dans le cadre de l'Initiative de recherche multi-chercheurs de Cerveau Canada-Fondation W. Garfield Weston.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé les évaluation suivantes : du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé[xxv]; l'Initiative d'information sur la santé de 2007-2008 à 2011-2012[xxvi]; de synthèse des paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes de 2008-2009 à 2012-2013[xxvii]; du paiement de transfert de Santé Canada à la Fondation Rick Hansen de 2007-2008 à 2012-2013[xxviii].

## Sous-programme 1.1.2 : *L'administration de la Loi canadienne sur la santé*

### Description

L'administration de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) comporte la surveillance d'un large éventail de sources pour évaluer la conformité des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux aux critères et aux conditions de la *Loi*. Il faut aussi travailler en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour examiner et résoudre les problèmes éventuels, donner des avis sur les politiques et informer le ministre des cas possibles de non-conformité à la *Loi*, recommander au besoin des mesures appropriées et rendre compte au Parlement de tous les aspects de l'administration de la *Loi*.

L'objectif du programme est de faciliter un accès satisfaisant aux services assurés de soins santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 1 747 883 | 1 799 009 | 51 126 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les exigences en matière de rémunération[4].

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 15 | 15 | 0 |

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les provinces et les territoires respectent les exigences de la LCS. | % de problèmes de conformité avec la LCS qui ont été réglés. | 100 au 31 mars 2014 | 67 |

## Analyse de rendement et leçons retenues

Afin d'administrer la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires à l'examen et au règlement des problèmes de conformité. Dans les cas où un problème relatif à la LCS n'est pas réglé après un examen initial, des agents de la Division demandent à l'administration concernée d'effectuer un examen et de faire rapport.
En 2013-2014, neuf problèmes de conformité ont été réglés, dont six sont à l'étape finale (soit 67 %). Trois sont encore à l'examen. Ces problèmes ont été relevés vers la fin de l'exercice; l'examen et le règlement, s'il y a lieu, nécessitent souvent plus de douze mois. La plupart du temps, les problèmes de conformité sont associés à la facturation de frais additionnels par les fournisseurs de services de santé assurés (hôpitaux, cliniques et médecins). Dans d'autres cas, il s'agit de problèmes associés aux critères de programme, comme l'intégralité, la transférabilité et l'accessibilité.

Conformément aux objectifs du programme du Système de santé canadien, la LCS vise à faciliter l'accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires pour tous les Canadiens. La loi énonce les critères et les conditions que les provinces et les territoires doivent

[4] Les exigences en matière de rémunération comprennent des fonds pour les prestations parentales, les indemnités de départ et les crédits de congés annuels payables au moment de la cessation d'emploi dans la fonction publique.

respecter afin de recevoir le montant complet au titre du Transfert canadien en matière de santé auxquels ils ont droit au cours d'un exercice donné.

Les problèmes de conformité à la LCS pris en considération aux fins du présent exercice de rapport sont ceux qui ont été soulevés ou résolus au cours de la période de rapport, ainsi que les problèmes continus qui ont donné lieu à l'application de déductions des paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé à une province ou à un territoire. Les enjeux sont considérés comme étant réglés une fois qu'une province ou un territoire s'est engagé à prendre de mesures en vue de corriger le problème de conformité.

Les provinces et les territoires doivent garantir que les fournisseurs de services assurés opèrent conformément aux exigences prévues dans la Loi. Santé Canada n'a pas la compétence sur les fournisseurs de services assurés ni le pouvoir de mener des enquêtes officielles afin de recueillir des renseignements sur diverses pratiques pouvant être incompatibles avec les exigences énoncées dans la Loi. Par conséquent, les fonctionnaires fédéraux doivent collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux lors de l'enquête et de la résolution de problèmes de conformité. Les enquêtes de conformité sont complexes et souvent sensibles sur le plan de la confidentialité. Elles exigent souvent la recherche de faits et des négociations entre les fonctionnaires gouvernementaux et les fournisseurs de services.

## Programme 1.2 : *Services de santé spécialisés*

### Description

Le programme des services de santé spécialisés aide le gouvernement du Canada à remplir son obligation de protéger la santé et la sécurité de ses employés et celle des dignitaires en visite officielle.

Santé Canada fournit des services de counseling, de développement organisationnel et de soutien en cas d'incident critique aux ministères fédéraux par l'entremise d'un réseau de professionnels de la santé mentale travaillant à forfait, en plus d'apporter une aide immédiate aux employés après un incident traumatique dans le milieu de travail.

Santé Canada fournit des services médicaux aux fonctionnaires fédéraux qui peuvent être exposés à des risques particuliers pour la santé en raison de la nature de leur travail. En fournissant des services de santé professionnelle et psychosociale aux fonctionnaires fédéraux, Santé Canada contribue de façon proactive à la réduction du nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie dans l'administration fédérale.

Santé Canada arrange aussi la fourniture de services de santé aux personnes jouissant d'une protection internationale (PPI) qui viennent au Canada pour des rencontres internationales ou des visites officielles, comme les chefs de gouvernement ou les membres de la famille royale. Une PPI est un représentant d'un État, habituellement un chef d'État ou un membre de la famille royale, ou un représentant d'une organisation internationale à caractère intergouvernemental.

L'objectif du programme consiste à poursuivre la prestation des services et à maintenir la santé au travail des fonctionnaires fédéraux qui peuvent fournir des résultats aux Canadiens en toutes circonstances, ainsi qu'à assurer la prestation de services de santé pour les PPI.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 21 939 744 | 21 939 744 | 17 981 606 | 16 475 781 | -5 463 963 |

Remarque : L'écart de 5,5 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est principalement attribuable à la réaffectation du financement à d'autres programmes, de même qu'à une demande inférieure à ce qui était prévu pour des psychologues et fournisseurs de services en santé mentale pour le Programme d'aide aux employés et les services associés, entraînant des dépenses moins importantes que prévu.

## Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 288 | 185 | -103 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est principalement attribuable à la réorientation du mandat de prestation de services et la restructuration des opérations. Les diminutions d'ETP découlent de l'attrition et des départs volontaires. La réduction des ETP a entraîné des économies plus importantes découlant de la restructuration du Programme de santé professionnelle des fonctionnaires fédéraux (PSPFF).

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les fonctionnaires fédéraux sont capables de gérer leurs problèmes psychosociaux pendant des événements stressants ou traumatisants ou tout de suite après de tels événements. | % de dossiers psychosociaux qui sont classés à l'intérieur de 8 séances prévues par le Programme d'aide aux employés. | 70 au 31 mars 2014 | 94,8 |
| L'absentéisme au travail chez les employés qui utilisent les Services d'aide aux employés (SAE) est réduit. | % de réduction de l'absentéisme dans les 30 jours qui suivent la dernière séance d'un employé relevant du Programme d'aide aux employés par rapport aux 30 jours avant cette | 25 au 25 mars 2014 | 43,5 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | séance. | | |
| Les PPI ont accès aux services de santé et aux traitements médicaux dont elles pourraient avoir besoin quand elles se trouvent au Canada pour une visite régulière ou pour prendre part à des événements internationaux d'envergure. | % de dossiers examinés pour lesquels le soutien offert a été coté acceptable ou important (évaluation par le client). | 100 au 31 mars 2014 | 100 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a poursuivi la prestation d'un soutien psychosocial et en santé au travail aux fonctionnaires afin d'assurer la continuité des services aux Canadiens. En général, le programme a atteint les objectifs du PSPFF, des SAE et du Programme des PPI.

Santé Canada a constaté une augmentation des évaluations de la santé et des services relatifs aux maladies transmissibles comparativement à 2012-2013. Il a mené un sondage auprès de la clientèle sur les services offerts par le PSPFF, qui a obtenu un taux de réponse élevé et a révélé un taux de satisfaction de 92 % pour les services offerts. De plus, Santé Canada, en partenariat avec le ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement, a lancé un projet pilote afin de rationaliser les évaluations de santé pour les fonctionnaires affectés à une mission non difficile à l'étranger, et les résultats initiaux sont positifs.

Santé Canada a négocié des Lettres d'ententes interministérielles supplémentaires (contrats de services dans le cadre du Programme d'aide aux employés) avec le Service correctionnel Canada, régions du Québec et de l'Ontario, l'Agence de promotion économique du Canada atlantique, la Société d'expansion du Cap-Breton et la Commission d'examen des plaintes concernant la police militaire. De plus, les SAE ont reçu leur troisième accréditation consécutive du Council on Accreditation (COA). L'accréditation du COA représente le niveau le plus élevé de services de qualité et de rendement organisationnel dans l'industrie des SAE.

En 2012-2013, les SAE ont connu une croissance importante au chapitre du volume d'activités en raison de l'ajustement de la main-d'œuvre dans la fonction publique fédérale. L'estimation des projections quant aux recettes pour 2013-2014 était inférieure à celle de l'exercice précédent en raison de la diminution prévue du nombre de demandes de service. Les recettes pour 2013-2014 s'élevaient à 12,2 millions de dollars, une diminution d'environ 4 % par rapport à l'exercice précédent. Santé Canada a géré efficacement cette situation puisque la réduction des recettes a entraîné une réduction des coûts de fonctionnement.

Santé Canada a préparé 128 plans d'intervention sanitaire pour les PPI et leur famille qui ont séjourné au Canada en 2013-2014.

# Programme 1.3 : *Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire*

## Description

Le programme de développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire consiste en l'exécution des responsabilités de Santé Canada en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*[xxix]. Cette loi oblige le gouvernement fédéral à favoriser la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) et à promouvoir la pleine reconnaissance et l'utilisation de l'anglais et du français dans la société canadienne.

Le programme prévoit des consultations régulières auprès des CLOSM; l'appui rendant possible la prestation de services et de programmes de contribution aux CLOSM; la reddition de comptes au Parlement et aux Canadiens quant aux réalisations de Santé Canada en vertu de l'article 41; ainsi que la coordination de la sensibilisation et des activités de Santé Canada en ce qui a trait à la participation des CLOSM et à la réponse aux besoins de ces communautés en matière de santé.

Les objectifs du programme sont d'améliorer l'accès aux services de santé dans les CLOSM et d'accroître l'usage des langues officielles dans la prestation des services de soins de santé.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 23 752 874 | 23 752 874 | 26 252 493 | 25 830 789 | 2 077 915 |

Remarque : L'écart de 2,1 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est principalement attribuable à une augmentation du financement reçu en cours d'année dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin de promouvoir les langues officielles et de favoriser l'épanouissement des CLOSM en vertu de la Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne.

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 10 | 7 | -3 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est le résultat de la simplification des opérations afin de se concentrer sur les activités générales associées à l'accès aux soins de santé pour les Canadiens de langue minoritaire.

Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les CLOSM ont accès à des services de santé dans la langue officielle de leur choix. | Nombre de professionnels de la santé qui ont réussi des programmes de formation (financés par Santé Canada). | 1 900 par le 31 mars 2014 | 2 318 |
| | % de professionnels de la santé ayant suivi un programme de formation et qui restent en poste. | 86 par le 31 mars 2014 | 86 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Le Programme de contribution pour les langues officielles en santé appuie des projets du domaine de la santé axés sur l'accès aux soins dans les CLOSM. Le 28 novembre 2013, le Conseil du Trésor a renouvelé le Programme pour une période de cinq ans. En 2013-2014, il y avait 29 accords de contribution actifs, dont 15 représentaient des prolongations d'un an d'engagements continus précédents, tandis que Santé Canada a attendu l'approbation pour le renouvellement du programme. Le financement destiné aux bénéficiaires de ce programme s'élevait à 24,9 millions de dollars, et les paiements ont été effectués en temps opportun.

En 2013-2014, Santé Canada a mis en œuvre des mesures en réaction à une évaluation de son programme précédent et a fait appel à des intervenants de l'ensemble du pays afin de proposer de nouvelles approches en vue d'améliorer la disponibilité des ressources humaines (RH) en santé bilingues. Un appel de proposition public, dont la date de clôture était le 31 janvier 2014, a permis de recevoir 96 propositions de projet en réponse au défi d'établir des initiatives relatives aux RH dans les régions où les CLOSM et leurs établissements de soutien sont moins concentrés.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012[xxx].

# Résultat stratégique n° 2 : Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances et aux facteurs environnementaux sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens

## Programme 2.1 : *Produits de santé*

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Loi sur les aliments et drogues* ainsi que son règlement d'application donnent à Santé Canada le pouvoir d'élaborer, de tenir à jour et de mettre en œuvre un cadre réglementaire régissant différents produits de santé utilisés au quotidien par les Canadiens, notamment des médicaments pharmaceutiques, des produits biologiques et radiopharmaceutiques, des instruments médicaux et des produits de santé naturels.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des produits de santé sont respectées en procédant à des évaluations des risques, qui peuvent prendre la forme d'activités de supervision et de surveillance, de vérification de la conformité et d'application de la réglementation.

De plus, Santé Canada fournit des renseignements dignes de foi et fondés sur des données probantes aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins, les pharmaciens et les praticiens en santé naturelle, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des produits de santé sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 156 037 552 | 156 763 818 | 179 564 906 | 179 564 797 | 22 800 979 |

Remarque : L'écart de 22,8 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales ainsi que les dépenses réelles, est attribuable en majeure partie aux exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération), aux augmentations prévues dans le cadre de conventions collectives et à la réaffectation du financement provenant d'autres programmes au programme des Produits de santé naturelle.

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 2 130 | 1 867 | -263 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par des revenus moins élevés que prévu en fonction de la demande actuelle en examens réglementaires en 2013-2014 et par l'harmonisation connexe des plans de dotation pour correspondre à la charge de travail.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les produits de santé offerts à la population canadienne sur le marché canadien sont sûrs et efficaces. | % des parties réglementées qui sont réputées être conformes à la *Loi sur les aliments et drogues* et à son Règlement afférent par l'intermédiaire des programmes d'inspection. | 95 au 31 mars 2014 | 98 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada est responsable de la conformité et de l'application de la loi et des règlements liées à la production, à la distribution ou à l'utilisation sécuritaire de médicaments, de produits biologiques, de matériels médicaux et de produits de santé naturels. Des inspections internes sont effectuées pour les établissements de médicaments, de matériels médicaux et du sang, des tissus, des organes et des xénogreffes, mais pas pour les établissements de produits de santé naturels à ce moment-ci.

Santé Canada a continué de moderniser le cadre pour les produits de santé afin d'obtenir un système de réglementation efficace, durable et transparent. Les points saillants comprennent :

- Une nouvelle loi sur la sécurité des patients, appelée *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses*[xxxi] (Loi de Vanessa), qui permet au gouvernement du Canada d'exiger que les établissements de soins de santé déclarent les réactions indésirables graves, de rappeler les produits thérapeutiques dangereux et d'exiger que les compagnies pharmaceutiques révisent les étiquettes pour y inclure des renseignements sur les risques pour la santé et procéder à d'autres analyses lorsque des problèmes ont été détectés avec certaines populations à risque, comme les enfants. Santé Canada a consulté les patients, les fournisseurs de soins de santé et l'industrie sur les enjeux identifiés dans cette nouvelle loi.
- Santé Canada a publié le *Règlement modifiant certains règlements concernant les drogues sur ordonnance*[xxxii]. Ces modifications ont abrogé l'annexe F et l'on remplacée par la Liste des drogues sur ordonnance, une liste de médicaments qui nécessitent une ordonnance affichée sur le Web pour un usage humain et vétérinaire. Elles fournissent

également les critères scientifiques que le Ministre doit prendre en considération pour la tenue à jour de la Liste des drogues sur ordonnance. Auparavant, une modification réglementaire était nécessaire pour ajouter un médicament à l'annexe F ou en retirer un. Étant donné que la nouvelle Liste des drogues sur ordonnance n'est pas le *Règlement sur les aliments et drogues*, des mises à jour peuvent être faites au niveau administratif. Cette approche non réglementaire pour le maintien de la liste facilite la mise à jour, et favorise ainsi l'efficience opérationnelle pour Santé Canada. Les modifications sont entrées en vigueur le 19 décembre 2013 et depuis, des drogues ont été ajoutées à la Liste des drogues sur ordonnance et certaines ont été retirées pour devenir des médicaments en vente libre de façon opportune et transparente. De telles modifications mobilisent beaucoup moins de ressources que lorsqu'il était nécessaire de mettre à jour l'annexe F.

- Le Ministère a poursuivi l'élaboration de politiques, en plus de mener d'autres consultations sur un cadre réglementaire pour les médicaments vétérinaires, y compris des discussions auprès du Comité consultatif canadien sur la réglementation de produits de santé animale.

Collaboration internationale

- Santé Canada et la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis (É.-U.) ont collaboré sur l'ébauche d'une norme en matière d'étiquetage des antihistaminiques pour usage oral chez les adultes vendus sans ordonnance. La norme est prête à être déposée conjointement avec la FDA.
- Santé Canada et la Australian Therapeutic Goods Administration (TGA) ont entrepris l'ébauche de normes en matière d'étiquetage (médicaments décongestionnants nasaux vendus sans ordonnance topiques et médicaments pour adultes en vente libre contre la toux et le rhume administrés par voie orale).

Ouverture et transparence

- La base de données des essais cliniques a fourni au public une liste de renseignements précis se rapportant aux étapes I, II et III des essais cliniques chez les patients portant sur les médicaments pharmaceutiques et biologiques pour humains. Les Canadiens peuvent avoir accès à la base de données afin de déterminer si un essai clinique a satisfait aux exigences réglementaires ou si un essai clinique pourrait être pertinent pour leur état de santé.
- Les documents de la base de données sur les Sommaire des motifs de décision expliquent pourquoi Santé Canada a autorisé la vente au Canada de médicaments contenant de nouvelles substances actives.
- Le Rapport d'inspection annuelle disponible dans le site Web de Santé Canada contient des renseignements globaux sur les inspections réalisées conformément aux normes réglementaires.

# Sous-programme 2.1.1 : *Produits pharmaceutiques*

## Description

Le *Règlement sur les aliments et drogues* fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme sur les médicaments pharmaceutiques, qui comprend les médicaments pharmaceutiques à usage humain et vétérinaire, y compris les médicaments sur ordonnance et en vente libre, les désinfectants et les agents d'assainissement aux propriétés désinfectantes.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des médicaments soient respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins et les pharmaciens, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation des médicaments.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des médicaments pharmaceutiques sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 64 208 997 | 75 722 583 | 11 513 586 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération) et par les augmentations prévues aux conventions collectives.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 1 122 | 898 | -224 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par des revenus moins élevés que prévu en fonction de la demande actuelle en examens réglementaires en 2013-2014 et par l'harmonisation connexe des plans de dotation pour correspondre à la charge de travail.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie des produits pharmaceutiques comprend les exigences réglementaires. | % de présentations de produit pharmaceutique qui satisfont aux exigences réglementaires. | 80 au 31 mars 2014 | 76 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Les retards dans l'évaluation des génériques ont augmenté depuis 2008-2009, puisque le volume de présentations a augmenté beaucoup plus rapidement que prévu en raison de la protection par brevet qui a pris fin pour un nombre record de médicaments « très populaires sur le marché ». Par conséquent, les génériques commercialisés au Canada et ailleurs sont devenus plus attirants et le nombre de compagnies de médicaments génériques en exploitation au Canada a augmenté. Ces facteurs ont entraîné une croissance de 104 % du volume de présentations de médicaments génériques reçues à la DPT en cinq ans, de l'exercice 2007-2008 à 2011-2012. Les retards se sont accumulés rapidement de l'exercice 2009-2010 jusqu'à leur sommet de 203 présentations en retard en mars 2012. L'effort visant à éliminer les retards a nécessité près de deux années supplémentaires. Le 28 novembre 2013, les retards dans les présentations de médicaments génériques ont été éliminés et, à l'heure actuelle, aucune présentation de médicament générique n'est en retard.

Dans le but d'éliminer les retards, une approche à trois volets a été utilisée en vue d'améliorer la capacité d'examen et d'accroître le nombre de décisions d'examen par mois. Ces trois volets sont les suivants : 1) les améliorations au processus; 2) une faible augmentation durable pour les RH; et 3) l'utilisation d'examens de présentations menés à l'étranger dans le cadre du Projet pilote sur l'utilisation des examens étrangers. La capacité de prise de décisions a augmenté au point où le nombre de décisions par mois était supérieur au taux de présentations entrantes, tout en assurant l'innocuité, la qualité et l'efficacité des approbations de médicaments génériques.

En 2013-2014, 76 % des présentations de drogues pharmaceutiques reçues étaient conformes aux exigences réglementaires. Afin d'améliorer la qualité des présentations reçues, Santé Canada va offrir une présentation intitulée *Améliorer la qualité des présentations* pour l'industrie des médicaments nouveaux à la Journée d'éducation de l'Association canadienne des professionnels en réglementation ainsi qu'à la communauté du développement de la recherche. Ces présentations porteront sur les améliorations administratives de la réglementation pour les présentations de nouveaux médicaments. Une présentation similaire a été préparée et présentée à l'industrie du médicament générique.

### Collaboration internationale

Santé Canada a poursuivi l'utilisation et l'intégration plus efficace, uniforme et systématique de l'information provenant d'organismes de réglementation étrangers. Le Ministère a collaboré avec ses homologues américains dans le domaine de la réglementation afin de réduire le fardeau

réglementaire lié aux produits de santé et de se rapprocher d'un environnement d'automatisation de l'échange, de l'examen et de la gestion des renseignements à l'appui du processus d'examen des produits de santé, par des initiatives telles que les suivantes :

- La International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use, qui comporte l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre collaborative des lignes directrices de la International Conference on Harmonization.
- La collaboration internationale pour l'examen des médicaments génériques comporte une série d'initiatives intégrées qui définissent une manière nouvelle et efficiente d'examiner les médicaments génériques. Les initiatives comprenaient : la Regulatory Cooperation Initiative avec la TGA d'Australie; le Consortium de chefs d'agences avec la TGA d'Australie, la Health Sciences Authority de Singapour et Swissmedic; et le International Generic Drug Regulators Pilot qui continue de promouvoir la collaboration internationale pour la réglementation des médicaments génériques, en mettant l'accent sur les fichiers maîtres des substances actives, les bioéquivalences et les modèles de travail partagé.
- Le Asia Pacific Economic Cooperation Regulatory Harmonization Steering Committee, présidé par Santé Canada, a continué de faire des progrès dans la promotion d'une plus grande convergence et d'un plus grand renforcement des capacités au chapitre de la réglementation. Il s'est concentré sur les essais cliniques multirégionaux, l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement, les produits biothérapeutiques, les thérapies cellulaires, les bonnes pratiques d'examen, la pharmacovigilance et les produits de combinaison.
- L'examen en parallèle des présentations de médicaments vétérinaires afin de fournir la disponibilité concurrente des médicaments aux utilisateurs finaux par l'entremise de la FDA des É.-U. et de Santé Canada. La collaboration à sept examens pilotes simultanés, qui, ensemble, couvrent toutes les sections techniques des présentations, a donné lieu du même coup à l'approbation d'une présentation. L'intérêt de l'industrie reste élevé, alors que le travail s'est poursuivi vers un mécanisme d'examen simultané évolutif.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé les évaluations suivantes : Programme des médicaments vétérinaires de 1999-2012[xxxiii] et Programme des médicaments à usage humain de 1999-2000 à 2011-12[xxxiv]

## Sous-programme 2.1.2 : *Produits biologiques et radiopharmaceutiques*

### Description

Le *Règlement sur les aliments et drogues*, le *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*[xxxv] et le *Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée*[xxxvi] fournissent le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme des produits biologiques et radiopharmaceutiques, qui comprend le sang et les produits sanguins, les vaccins antiviraux et antimicrobiens, les produits de thérapie génique, les tissus, les organes et les xénogreffes qui sont fabriqués au Canada ou ailleurs dans le monde.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des produits biologiques et radiopharmaceutiques soient respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins et les pharmaciens, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation des produits biologiques et radiopharmaceutiques.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des produits biologiques et radiopharmaceutiques sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 55 601 252 | 60 290 186 | 4 688 934 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération) et par les augmentations prévues aux conventions collectives.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 500 | 445 | -55 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par des revenus moins élevés que prévu en fonction de la demande actuelle en examens réglementaires en 2013-2014 et par l'harmonisation connexe des plans de dotation pour correspondre à la charge de travail.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie des produits biologiques, des produits radiopharmaceutiques et des thérapies génétiques comprend les exigences réglementaires. | % de présentations de produits biologiques et radiopharmaceutiques qui satisfont aux exigences réglementaires. | 80 au 31 mars 2014 | 85 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

En 2013-2014, 85 % des présentations de produits biologiques et radiopharmaceutiques reçues se conformaient aux exigences réglementaires, et Santé Canada poursuit le travail avec les intervenants afin d'améliorer ce taux de conformité.

Le nouveau *Règlement sur le sang* a officialisé les pratiques exemplaires existantes du Canada relatives aux exigences en matière de sécurité reconnues à l'échelle internationale pour ce qui est du sang recueilli aux fins de transfusion ou de fabrication de médicaments destinés aux humains.

Collaboration internationale

Santé Canada continue de s'efforcer d'accroître l'efficience et la cohérence en faisant appel à l'éducation en matière de réglementation étrangère, et à la collaboration et coopération étrangère. Les initiatives comprennent :

- Augmenter la convergence réglementaire et l'échange de pratiques exemplaires, de politiques et de protocoles nationaux et internationaux liés à la réglementation des vaccins, en se concentrant sur les vaccins contre le VIH/sida, dans le cadre de divers forums et conférences internationaux.
- Améliorer l'état de préparation réglementaire et renforcer la capacité des organismes de réglementation dans les pays à revenu faible et moyen dans le domaine des produits de vaccination et des essais cliniques par la formation des homologues internationaux et la création d'un programme de mentorat en Afrique.

Ouverture et transparence

Dans le cadre de son engagement à créer un environnement qui favorise une plus grande transparence de l'industrie, Santé Canada a rencontré l'Alliance de médecine nucléaire et BIOTECanada, et a organisé un atelier sur les produits radiopharmaceutiques. Lors de la rencontre avec BIOTECanada, Santé Canada a fait une présentation sur les progrès réalisés par de nombreuses initiatives réglementaires en cours, comme la modernisation des lois et des règlements, le cadre de réglementation des médicaments orphelins, la thérapie à l'aide de cellules souches, le Programme d'autorisation de mise en circulation des lots de produits et l'agriculture moléculaire.

À la réunion avec l'Alliance de médecine nucléaire, Santé Canada a discuté de l'élaboration de documents d'orientation pour les produits radiopharmaceutique et les produits radiopharmaceutiques émetteurs de positrons utilisés dans la recherche fondamentale.

Le Ministère a organisé un atelier sur les produits radiopharmaceutiques, qui a fourni un excellent tremplin à Santé Canada pour mobiliser et éduquer plus de 75 intervenants du milieu des produits radiopharmaceutiques et améliorer la transparence sur les initiatives à l'échelle du gouvernent liées au cadre réglementaire pour les produits radiopharmaceutiques.

Dans le cadre de nos initiatives en matière de transparence afin de mettre l'information à la disposition des Canadiens et des intervenants sur la manière dont Santé Canada prend ses décisions, le Ministère a publié dans Science.gc.ca[xxxvii] des renseignements sur la réglementation des laboratoires de recherche et des profils de scientifiques.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation des Programmes de la Société canadienne du sang bénéficiaires de subventions et de contributions de Santé Canada de 2008-2009 à 2012-2013[xxxviii].

## Sous-programme 2.1.3 : *Matériel médical*

### Description

Le *Règlement sur les instruments médicaux*[xxxix] fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme des instruments médicaux, qui comprennent les instruments médicaux utilisés dans le traitement, l'atténuation, le diagnostic ou la prévention d'une maladie ou d'une affection physique chez l'humain.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des instruments médicaux soient respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins et les pharmaciens, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation d'instruments médicaux.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à du matériel médical sûr, efficace et de qualité supérieure.

#### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 13 840 412 | 16 141 169 | 2 300 757 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération) et par les augmentations prévues aux conventions collectives.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 301 | 281 | -20 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par des revenus moins élevés que prévu en fonction de la demande actuelle en examens réglementaires pour 2013-2014 et par l'harmonisation connexe des plans de dotation pour correspondre à la charge de travail.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie des instruments médicaux comprend les exigences réglementaires. | % de demandes (classes III et IV*) qui satisfont aux exigences réglementaires. (*Les classes I et II présentent les plus faibles risques pour la santé et la sécurité des Canadiens.) | 80 au 31 mars 2014 | 49 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

En 2013-2014, 49 % des demandes de matériel médical reçues étaient conformes aux exigences réglementaires, ce qui est inférieur à la cible de 80 %. Santé Canada procède à la mise en œuvre et à la mise à jour de plusieurs stratégies afin de mieux faire comprendre à l'industrie ses exigences réglementaires. À l'heure actuelle, le cadre stratégique est en cours afin de s'assurer que seules les demandes soumises selon le format prescrit sont acceptées aux fins d'examen. À cause des restrictions relatives au format, les fabricants devront examiner les renseignements réglementaires requis et les ajouter avant de présenter une demande. On prévoit qu'une augmentation des exigences relatives à la qualité des demandes nécessitera de mieux sensibiliser les fabricants à la réglementation.

De plus, des webinaires, des ateliers destinés à l'industrie et des séances de formation réglementaires seront offerts afin d'accroître la sensibilisation.

### Collaboration internationale

On s'attend à ce que le pilote du Programme unique d'audit pour le matériel médical (PUAMM) contribue à rendre le programme plus solide, plus efficace et uniforme à l'échelle internationale et, en même temps, permette de réduire le fardeau réglementaire des fabricants et favorisera l'innovation et le commerce. Santé Canada a joué un rôle clé dans l'élaboration de tous les documents requis pour le lancement du programme pilote, notamment les critères de reconnaissance de l'organisme d'audit, les exigences en matière de compétence de l'organisme d'audit, le processus du modèle d'audit et le document connexe, le modèle de rapport d'audit, le

système de gestion de la qualité du PUAMM (processus et procédures) et la stratégie d'audit pour la reconnaissance de l'organisme d'audit.

En janvier 2014, les organismes de réglementation participants au projet pilote du PUAMM (Santé Canada, Australie, Brésil et É.-U.) ont utilisé les documents, les processus et les systèmes nouvellement créés pour évaluer les demandes présentées par les organismes d'audit dans le cadre du programme.

Les documents, les processus et les systèmes évolueront tout au long du projet pilote et des améliorations et des changements y seront continuellement apportés alors qu'ils seront utilisés par les organismes de réglementation participants et par les organismes d'audit.

Santé Canada est un membre du Forum international des organismes de réglementation des matériels médicaux, qui a poursuivi l'harmonisation et la convergence de la réglementation internationale du matériel médical, par l'entremise de ses six groupes de travail. Le Forum a approuvé la publication de quatre documents utilisés pour le lancement du pilote du PUAMM, et un document d'orientation qui décrit comment un système d'Identification unique des dispositifs (IUD) devrait fonctionner. Santé Canada utilisera les principes énoncés dans le document sur l'IUD pour élaborer des lignes directrices destinées aux fabricants et qui portent sur la mise en œuvre d'un système d'IUD pour le matériel médical au Canada.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation du Programme des matériels médicaux de 1999-2012[xl].

## Sous-programme 2.1.4 : *Produits de santé naturels*

### Description

Le *Règlement sur les produits de santé naturels*[xli] fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme des produits de santé naturels, qui comprennent les remèdes à base de plantes médicinales, les remèdes homéopathiques, les vitamines, les minéraux, les produits médicinaux traditionnels, les probiotiques, les acides aminés et les acides gras essentiels.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des produits de santé naturels soient respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les pharmaciens, les praticiens de la médecine chinoise, les herboristes et les naturopathes, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation des produits de santé naturels.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des produits de santé naturels sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 23 113 157 | 27 410 859 | 4 297 702 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les (exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération), les augmentations prévues aux conventions collectives ainsi que par la réaffectation du financement provenant d'autres programmes au programme des Produits de santé naturelle.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 207 | 243 | 36 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par la dotation temporaire afin de réagir à la demande plus grande que prévue des fabricants pour la réalisation d'examens réglementaires dans le cadre du programme des Produits de santé naturels.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie des produits de santé naturels comprend les exigences réglementaires. | Pourcentage des demandes de produits de santé naturels qui satisfont aux exigences réglementaires. | 80 au 31 mars 2014 | 94 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Le niveau de compréhension des exigences réglementaires par les demandeurs de l'industrie, est très élevé puisque 94 % des demandes de produits de santé naturels examinées ont donné lieu à des demandes de mise en marché nouvelles ou modifiées. Les résultats du rendement reflètent l'approche collaborative du Ministère relativement aux licences d'exploitation. En maintenant des lignes de communication ouvertes avec les demandeurs, le Ministère aide l'industrie à comprendre les exigences réglementaires et à s'y conformer. Par conséquent, 10 166 produits de santé naturels ont été homologués ou modifiés au cours de l'exercice.

Santé Canada a continué de moderniser l'orientation des produits de santé naturels afin d'obtenir un système réglementaire efficient, durable et transparent. Les principales réalisations comprennent ce qui suit :

- La consultation sur une nouvelle approche pour un système à trois classes pour l'autorisation d'un produit et l'autorisation d'un site.
- En juillet 2013, la responsabilité de l'examen des médicaments sans ordonnance et des désinfectants a été transférée au sous-programme des Produits de santé naturels du sous-programme Médicaments pharmaceutiques, afin d'accroître l'harmonisation des fonctions d'autorisation de produits tant pour les produits de santé naturels que pour les médicaments sans ordonnance.
- L'analyse de l'harmonisation opérationnelle se poursuit pour les produits de santé naturels et les médicaments sans ordonnance, et influence les pratiques exemplaires pour les deux secteurs fonctionnels.

Collaboration internationale

Santé Canada a poursuivi l'harmonisation des orientations réglementaires en établissant des partenariats avec d'autres organismes de réglementation internationaux des industries des produits de santé. Il a continué de faire une utilisation et une intégration plus efficaces, uniformes et systématiques de l'information reçue des organismes de réglementation étrangers. À titre de membre du Conseil de coopération en matière de réglementation, Santé Canada a collaboré avec ses homologues des organismes de réglementation américains afin de réduire le fardeau réglementaire pour les produits de santé et de se rapprocher d'un environnement informatique permettant l'échange, l'examen et la gestion d'information qui appuie le processus d'examen des produits de santé, par des initiatives telles que les suivantes :

- É.-U. – Conseil de coopération en matière de réglementation – (Interfaces, harmonisation des données).
- Australie – Initiative de coopération en matière réglementation, Réseaux de coopération internationale pour la réglementation des plantes médicinales– (Interfaces, harmonisation des données).
- Union européenne – Relations avec l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments et l'Allemagne.

Ouverture et transparence

Santé Canada a continué de publier un calendrier des activités (site Web du Calendrier semestriel des activités de la Direction des produits de santé naturels : de janvier à juin 2014[xlii]) qui présente un aperçu des activités d'examen, des publications, des ateliers et des réunions prévus, y compris les monographies de produits nouvelles ou mises à jour.

## Programme 2.2 : *Salubrité des aliments et nutrition*

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Loi sur les aliments et drogues* autorisent Santé Canada à élaborer, à maintenir et à mettre en œuvre un cadre réglementaire portant sur la salubrité et la

qualité nutritionnelle des aliments. L'Agence canadienne d'inspection des aliments est responsable de l'application des normes relatives à la salubrité.

Santé Canada veille à l'élaboration et à la promotion de politiques et de normes nationales pour une saine alimentation qui sont fondées sur des données probantes et qui s'adressent aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les ONG, les professionnels de la santé et les associations industrielles, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet des aliments et de la sécurité nutritionnelle, ainsi qu'en matière de saine alimentation.

Les objectifs du programme sont de gérer les risques pour la santé et la sécurité des Canadiens associés aux aliments et à leur consommation ainsi que d'informer les Canadiens des avantages découlant d'une saine alimentation.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 51 402 965 | 54 154 918 | 71 238 986 | 71 238 491 | 17 083 573 |

Remarque : L'écart de 17,1 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales ainsi que les dépenses actuelles est principalement attribuable à la réception de financement supplémentaire dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin de poursuivre le renforcement de la capacité de prévenir, de détecter et de réagir aux éclosions de maladies d'origine alimentaire, à la réaffectation du financement provenant d'autres programmes, aux exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération) et aux augmentations prévues aux conventions collectives.

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 563 | 513 | -50 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les économies réalisées avec la simplification et la rationalisation des opérations, tout en maintenant les services pour les Canadiens. Les diminutions d'ETP découlent de l'attrition et des départs volontaires.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Le processus de prévention et de gestion des maladies, des vagues d'intoxication alimentaire et des incidents liés à la | % du temps que le Canada se classe parmi les 5 premiers pays au monde pour la gestion efficace des rappels associés à la salubrité des aliments. | 100 au 31 mars 2014 | * |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| salubrité des aliments est efficace. | (Note : L'initiative de classement mondial sur les rendements en matière de salubrité des aliments vise à faciliter la détermination des forces et des faiblesses relatives du rendement du Canada sur le plan de la salubrité alimentaire en faisant une comparaison entre 16 pays.) | | |
| La population canadienne prend des décisions éclairées en matière d'alimentation. | % de Canadiens qui consultent l'information de Santé Canada sur une saine alimentation (p. ex. : Guide alimentaire canadien) pour éclairer les décisions qu'ils prennent. | 40 au 31 mars 2015 | 40.7 |

* Ce sondage externe n'a pas été réalisé en 2013-2014. Le Canada se classe toujours parmi les cinq principaux pays à l'échelle internationale qui réagissent efficacement aux rappels associés à la salubrité des aliments, selon le rapport de Charlebois de 2010.

## Analyse du rendement et leçons retenues

L'initiative de classement est réalisée tous les deux ans et il n'y a aucune nouvelle donnée à signaler cette année.

Le programme est sur la bonne voie d'atteindre sa cible pour 2015 de faire en sorte que les Canadiens prennent des décisions éclairées en consultant l'information de Santé Canada sur une saine alimentation. Les mesures comprenaient le travail lié aux risques nutritionnels et les mesures améliorées de gestion du risque pour les risques prioritaires relatifs à la salubrité des aliments et aux contaminants présents dans les aliments.

Ouverture et transparence

Santé Canada a conçu des renseignements et des outils conviviaux sur la nutrition et les a affichés afin d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés en matière d'alimentation. Le Ministère s'est concentré à aider les Canadiens à mieux comprendre comment faire des choix santé et à utiliser le tableau de la valeur nutritive retrouvé sur la plupart des aliments pré-emballés. Le contenu Web actuel contient des renseignements utiles et ciblés pour les consommateurs, les éducateurs et les professionnels de la santé.

Santé Canada a élaboré un plan de consultation multidimensionnel afin d'orienter les engagements pris par le gouvernement dans son discours du Trône de 2013 qui visaient à entreprendre des consultations auprès des parents canadiens sur les manières d'améliorer l'information figurant sur l'étiquette des aliments.

# Sous-programme 2.2.1 : *Salubrité des aliments et risque nutritionnel*

## Description

Le *Règlement sur les aliments et drogues* fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme sur la salubrité des aliments et nutrition.

Le programme constitue l'autorité sanitaire fédérale responsable de la mise en place des normes, des politiques et des règlements liés à la salubrité des aliments et nutrition, ainsi que de l'examen et de l'évaluation de la salubrité des ingrédients qui composent les aliments, des médicaments à usage vétérinaire administrés aux animaux destinés à la consommation, de la transformation des aliments et des aliments prêts à être consommés. Dans le cadre du programme, des évaluations de la salubrité des aliments sur le plan chimique, microbiologique et nutritionnel sont menées. De plus, le programme prévoit la planification et la mise en œuvre des initiatives de surveillance de la salubrité des aliments et nutrition ainsi que la recherche en la matière, en appui au mandat de normalisation des produits alimentaires attribué au Ministère.

L'objectif du programme est d'informer les Canadiens afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de la salubrité des aliments et nutrition.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 50 253 761 | 61 655 265 | 11 401 504 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération), les augmentations prévues aux conventions collectives et l'accroissement des exigences du programme.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 516 | 469 | -47 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les économies réalisées avec la simplification et la rationalisation des opérations, tout en maintenant les services pour les Canadiens. Les diminutions d'ETP découlent de l'attrition et des départs volontaires.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Intervention efficace face aux nouveaux incidents liés à la salubrité des aliments et au risque nutritionnel, dont les vagues d'intoxication alimentaire. | % des évaluations des risques pour la santé fournies à l'Agence canadienne d'inspection des aliments en vertu des normes de délai prévu pour gérer des incidents liés à la salubrité des aliments. | 90 au 31 mars 2014 | 100 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Les évaluations des risques élevés pour la santé ont été traitées en moins de huit heures, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, contribuant à la capacité du gouvernement du Canada de prévenir, de détecter et de réagir aux éclosions de maladies d'origine alimentaire.

Collaboration internationale

Le Ministère a continué de diriger l'élaboration de normes nationales et internationales sur les aliments et de normes sur la gestion de risques, et d'en tirer parti, en contribuant efficacement au processus d'établissement de normes alimentaires internationales en vertu de la Commission Codex Alimentarius (Codex). Le Canada a dirigé les travaux du Comité du Codex sur la nutrition et les aliments diététiques ou de régime lors de la révision des Principes généraux régissant l'addition d'éléments nutritifs essentiels aux aliments afin de refléter les plus récentes preuves scientifiques et les tendances actuelles du marché mondial tout en assurant l'ajout justifié et sécuritaire d'éléments nutritifs essentiels aux aliments.

Dans le cadre de la participation du Canada au Forum de coopération en matière de salubrité des aliments de la Coopération économique de la zone Asie-Pacifique, le Ministère a fait la promotion d'une plus grande harmonisation dans l'approche réglementaire afin d'aborder la présence d'allergènes alimentaires dans les produits alimentaires.

Ouverture et transparence

Le Ministère a :

- Amélioré la transparence des processus décisionnels scientifiques et réglementaires relativement à la salubrité des aliments et à la nutrition par la publication uniforme des preuves scientifiques liées aux décisions réglementaires concernant les aliments.
- Poursuivi les communications et l'engagement auprès des intervenants sur les décisions clés relatives à la gestion du risque, aux politiques et à la réglementation.
- Fourni d'importants conseils et émis des lignes directrices à l'intention de l'industrie sur la mise en œuvre des contrôles améliorés des pathogènes alimentaires tels que les suivants : *E.coli* O157 et *Salmonella Enteritidis*.

- Participé à la campagne de promotion « Soyez prudents avec les aliments », du Partenariat canadien pour la salubrité des aliments, dans le cadre de laquelle il a élaboré de nouveaux documents éducatifs à l'intention des consommateurs en vue de réduire les éclosions de maladies d'origine alimentaire au Canada. Santé Canada a contribué à la conception d'un encart « Soyez prudents avec les aliments » portant sur le hamburger destiné à être utilisé par les membres des associations de producteurs de viande afin d'éduquer les consommateurs sur l'importance de cuire les hamburgers jusqu'à ce qu'ils atteignent la température interne appropriée, en favorisant l'utilisation d'un thermomètre numérique pour aliments.

Santé Canada a entrepris un vaste éventail de consultations auprès de l'industrie, des consommateurs et des intervenants de la santé qui porte sur la modernisation de la réglementation des aliments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, qui portaient sur l'ouverture, la transparence et la prévisibilité des activités obligatoires préalables à la mise en marché des aliments au moyen de l'engagement et de la publication de décisions préalables à la mise en marché. Les activités se sont poursuivies afin d'améliorer les activités d'examen obligatoires préalables à la mise en marché pour les additifs alimentaires, les préparations pour nourrissons et les aliments nouveaux, de même que les programmes d'examen avant la mise en marché pour les agents technologiques, les matériaux d'emballage alimentaire et les additifs indirects. Cela comprenait l'amélioration des procédés et les mises à jour nécessaires au cadre de réglementation désuet des additifs alimentaires.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé les évaluations suivantes : Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments de 1999-2000 à 2011-2012[xliii] et les Initiatives de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) I et II[xliv].

## Sous-programme 2.2.2 : *Politique et promotion de la nutrition*

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé* confère le pouvoir d'élaborer, de tenir à jour et de mettre en œuvre le programme de politique et de promotion de la nutrition.

Le programme définit, met en œuvre et fait la promotion de politiques et de normes nutritionnelles fondées sur des données probantes et se charge de la surveillance et de la supervision des activités. Il prévoit les enjeux de santé publique associés à la nutrition et intervient si un tel enjeu survient, et apporte sa contribution à des stratégies nationales et internationales de grande envergure.

De plus, le programme favorise les initiatives dont le but est d'accroître les connaissances des intermédiaires et des consommateurs sur l'alimentation saine et de leur faire prendre des mesures pour une saine alimentation. Dans le cadre du programme, une collaboration avec d'autres ministères et organismes fédéraux ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux a été établie, et la participation d'intervenants tels que des organisations non gouvernementales,

des professionnels de la santé et des associations industrielles a été obtenue en vue d'adopter une approche coordonnée vis-à-vis des enjeux liés à la nutrition.

L'objectif du programme est de sensibiliser les Canadiens à faire des choix sains en matière d'alimentation.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 3 901 157 | 9 583 226 | 5 682 069 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les (exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération), les augmentations prévues aux conventions collectives et l'accroissement des exigences pour la Campagne sur la saine alimentation.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 47 | 44 | -3 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les économies réalisées avec la simplification et la rationalisation des opérations, tout en maintenant les services pour les Canadiens. Les diminutions d'ETP découlent de l'attrition et des départs volontaires.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les intervenants intègrent l'information sur la nutrition et une saine alimentation. | % des intervenants ciblés qui intègrent des connaissances, des produits, des politiques ou du matériel d'information de Santé Canada portant sur une saine alimentation dans leurs propres stratégies, politiques, programmes et initiatives qui s'adressent aux Canadiens. | 80 au 31 mars 2014 | 89 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Les facteurs recensés pour l'atteinte d'une intégration de 89 % de cette information étaient les suivants : la crédibilité des recommandations alimentaires fondées sur des preuves scientifiques;

l'inclusion de différents modèles et styles d'alimentation; et les éléments qui vont au-delà de la nutrition, comme l'activité physique, qui favorise la santé globale et la vitalité.

Santé Canada a poursuivi la réalisation d'activités visant à maintenir ses recommandations alimentaires pertinentes, à jour et fondées sur les plus récentes preuves scientifiques. Les principales réalisations comprennent :

- La révision des recommandations énoncées dans le document *La nutrition du nourrisson à terme et en santé* destinées aux enfants de six à 24 mois, et qui offrent aux professionnels de la santé des directives fondées sur les faits. On incite les professionnels de la santé à utiliser le document pour élaborer des directives pratiques en matière d'alimentation que les parents et les soignants peuvent utiliser, et à promouvoir la communication de messages exacts et uniformes.
- L'évaluation des conclusions du Rapport sur le Guide alimentaire canadien a fourni des renseignements sur les personnes qui utilisent le Guide alimentaire canadien (et les produits connexes), sur le niveau de sensibilisation, de connaissances et d'acceptation du Guide par les intervenants et les consommateurs, et a déterminé les principaux intervenants et obstacles à une plus grande intégration du Guide aux politiques, aux messages et à l'éducation sur la nutrition au Canada.
- Le lancement du site Web afin de faciliter la désignation d'éléments nutritifs aux fins d'examen potentiel pour faire en sorte que les valeurs des Apports nutritionnels de référence soient fondées sur des données probantes les plus récentes.

Santé Canada a également poursuivi sa collaboration avec les partenaires et les intervenants pour la phase 3 de l'Initiative de sensibilisation et d'éducation à une saine alimentation, qui a porté sur les compétences alimentaires, sur l'ensemble de compétences qu'il faut nécessairement posséder pour préparer des repas sains, nourrissants et culturellement adaptés pour tous les membres des ménages. Cela comprenait l'établissement de partenariats et la collaboration avec des intervenants de divers organismes, comme le Conseil canadien du commerce de détail, la Fédération canadienne des épiciers indépendants et la Fondation des maladies du cœur, pour créer des outils et des ressources (comme la mise en œuvre du projet sur les aptitudes en cuisine) et promouvoir des messages clairs et uniformes afin d'aider les Canadiens à faire des choix santé.

Collaboration internationale

Santé Canada a également fourni une expertise stratégique en nutrition afin d'appuyer l'engagement du Canada à l'élaboration de stratégies, de plans d'action et de cadres de surveillance internationaux en matière de santé. Des exemples récents sont liés à la prévention de maladies chroniques et à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, comme le document *Global Action Plan for the Prevention of Control of Non-communicable Diseases 2013-2020*, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et les initiatives connexes, le document *Strategy and Plan of Action for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, de l'Organisation panaméricaine de la santé, et le document *Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant,* de l'OMS.

# Programme 2.3 : *Risques pour la santé liés à l'environnement*

## Description

La *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* [xlv](LCPE) et la *Loi sur le ministère de la Santé* confèrent au programme sur les risques pour la santé liés à l'environnement le pouvoir d'évaluer et de gérer les risques pour la santé associés aux changements climatiques, à la qualité de l'air, à la qualité de l'eau potable et aux substances chimiques. L'activité de ce programme est étroitement liée aux activités des programmes de Santé Canada en matière de produits de santé, de salubrité des aliments et de nutrition, de sécurité des produits de consommation et de pesticides, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* (LCSPC) confèrent le pouvoir de gérer les risques pour la santé que posent les substances chimiques dans les produits en vertu des programmes en question.

Les principales activités comprennent l'évaluation et la gestion des risques, ainsi que la recherche et la biosurveillance des substances chimiques; la fourniture d'un soutien technique pour les urgences chimiques qui exigent une intervention fédérale coordonnée; l'élaboration de lignes directrices pour la qualité de l'air intérieur et extérieur; l'élaboration et la diffusion de lignes directrices pour la qualité de l'eau; et le soutien de la mise en place un Systèmes d'avertissement et d'intervention en cas de chaleur (SAIC) dans les collectivités canadiennes.

L'objectif du programme est de protéger la santé des Canadiens par l'évaluation et la prise en charge des risques pour la santé provenant des substances chimiques et de fournir des avis spécialisés et des lignes directrices aux partenaires concernant les effets sur la santé de facteurs environnementaux comme les contaminants de l'air et de l'eau et le changement climatique.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 109 816 852 | 109 816 852 | 107 621 366 | 101 141 190 | -8 675 662 |

Remarque : L'écart de 8,7 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est principalement attribuable au reprofilage du financement destiné au réaménagement du Centre de recherche Sir Frederick Banting pour 2014-2015; et au transfert du Programme du public voyageur à l'ASPC.

Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 801 | 639 | -162 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est attribuable en majeure partie aux retards du processus d'embauche du programme et les départs sans remplacement. De plus, 36 ETP du Programme du public voyageur ont été transférés à l'ASPC.

Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Canadiens, les établissements et les partenaires des gouvernements disposent des directives et des outils dont ils ont besoin pour faire face aux risques environnementaux pour la santé possibles et réels. | % de documents d'orientation dont la production était prévue et qui sont prêts. | 100 au 31 mars 2014 | 93 |
| | % de substances jugées nocives pour la santé humaine après évaluation pour lesquelles au moins un outil de gestion des risques a été élaboré dans les délais fixés, par catégorie de substance (nouvelle et existante). | 100 au 31 mars 2014 | 96 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a continué de protéger la santé des Canadiens par l'évaluation et la prise en charge des risques pour la santé provenant des substances et par la prestation d'avis spécialisés et de lignes directrices aux partenaires concernant les effets sur la santé de facteurs environnementaux tels que les contaminants de l'air et de l'eau et le changement climatique.

En particulier, Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre du Plan de gestion des produits chimiques (PGPC). Le Ministère a fait de bons progrès vers l'évaluation des 1 500 substances prioritaires existantes qui restent en vue d'en déterminer les risques environnementaux et pour la santé. Plus de 1 400 évaluations de substances ont été publiées ou ont été conclues aux diverses étapes du processus prévus par le LCPE. De plus, 12 des 13 substances du défi et existantes ont respecté l'échéance pour la publication des outils de gestion des risques proposés dans les 24 mois suivant la publication des évaluations finales des risques, et la publication des outils finaux de gestion des risques dans les 18 mois suivants la publication des outils proposés de gestion des risques. Cela comportait la publication de cinq outils de gestion des risques. L'évaluation d'une des substances a été retardée afin d'aborder une préoccupation d'un intervenant. La publication d'un outil de gestion des risques pour cette substance est prévue pour 2014-2015. Pour neuf nouvelles substances fabriquées ou importées au Canada, qui avaient été évaluées comme étant nocives pour la santé, on a élaboré des mesures de contrôle à l'intérieur des délais prescrits.

En 2013-2014, Santé Canada a également réalisé des évaluations des risques, effectué des analyses des avantages pour la santé et mené des activités de recherche et de sensibilisation dans le but d'élaborer des Lignes directrices sur la qualité de l'air intérieur résidentiel, un règlement visant à réduire les émissions provenant des transports, des Normes nationales de qualité de l'air ambiant (NCQAA) plus rigoureuses pour les matières particulaires et l'ozone. Il s'est employé à mieux faire connaître la Cote air santé (CAS) et à en étendre la portée. Santé Canada a également protégé la santé des Canadiens en élaborant des lignes directrices sur l'eau axées sur la santé. En résumé, 93 % des lignes directrices prévues ont été terminées. Une évaluation des risques pour la santé de l'air n'a pu être achevée à cause de la complexité des analyses requises. Santé Canada a également mené 73 activités de sensibilisation au Canada.

De plus, afin de minimiser les risques pour la santé causés par la chaleur accablante liée aux changements climatiques, Santé Canada a réorienté ses efforts qui consistaient à appuyer l'élaboration sur une base communautaire de SAIC dans les collectivités à risque afin d'établir des systèmes provinciaux, comme le système en place au Manitoba.

En 2013-14, le sous-ministre a approuvé l'évaluation du Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement de 2008-2009 à 2012-2013[xlvi].

## Sous-programme 2.3.1 : *Changements climatiques et santé*

### Description

Le programme des changements climatiques et de la santé favorise les activités permettant de réduire les conséquences des changements climatiques sur la santé des Canadiens en vertu du Programme sur la qualité de l'air du gouvernement du Canada.

Le Projet sur la résistance à la chaleur, dont le but est d'informer et de conseiller les organismes de santé publique et la population du Canada sur les stratégies d'adaptation en cas d'épisode de chaleur accablante, constitue une activité fondamentale de ce programme.

Il comprend notamment la création de SAIC, l'élaboration et la diffusion d'outils de formation, de lignes directrices et de stratégies à l'intention des professionnels de la santé et des services de coordination et d'intervention d'urgence, la collaboration avec les principaux intervenants et partenaires en vue d'évaluer et de réduire la vulnérabilité à la chaleur accablante et la recherche scientifique sur les effets de cette dernière sur la santé en vue de favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes.

L'objectif du programme est d'aider les Canadiens à s'adapter à un changement climatique grâce à des mesures visant à prendre en charge les risques pour leur santé associés à la chaleur accablante

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 1 472 903 | 1 851 527 | 378 624 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par la déclaration des coûts réels qui avait été prévue antérieurement en vertu des Répercussions des produits chimiques sur la santé.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 10 | 12 | 2 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par la déclaration d'ETP qui avait été prévue antérieurement en vertu des Répercussions des produits chimiques sur la santé.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Application des connaissances sur l'incidence des changements climatiques sur la santé et sur les mesures d'adaptation mises en œuvre par les communautés canadiennes. | Nombre de communautés canadiennes disposant de SAIC. | 12 au 31 mars 2016 | 12 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

La chaleur accablante devient de plus en plus menaçante pour la santé et le bien-être des Canadiens puisqu'on s'attend à ce que les périodes de chaleur s'intensifient, se multiplient et se prolongent en raison des changements climatiques. Il est possible de réduire les risques associés à la chaleur accablante en prenant les mesures appropriées pour s'y préparer, notamment en mettant en place des SAIC. En 2013-2014, Santé Canada a réorienté ses efforts qui consistaient à soutenir l'élaboration sur une base communautaire d'un système SAIC dans les collectivités à risque afin d'établir des systèmes provinciaux, comme le système en place au Manitoba.

Les partenariats communautaires existants en Ontario ont été regroupés sous une nouvelle initiative afin d'établir une approche uniforme aux SAIC pour la province. La création d'un système provincial est également en cours en Alberta, et l'on prévoit qu'un projet pilote sera lancé au cours de l'été 2014 et il sera opérationnel d'ici 2016. La réorientation vers des systèmes

provinciaux a permis d'établir les SAIC dans 12 collectivités en 2013-2014, c'est-à-dire plus tôt que prévu par rapport à la cible d'établissement de 12 collectivités d'ici 2015-2016.

L'augmentation de la résilience des collectivités à la chaleur accablante nécessite la participation de tous les ordres de gouvernement ainsi que du public. Les processus de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et locaux, qui font participer un large éventail d'intervenants, ont été la clé pour l'élaboration de SAIC, ainsi que pour fournir des avis techniques aux professionnels de la santé publique et de la santé.

## Sous-programme 2.3.2 : *Qualité de l'air*

### Description

Le programme sur la qualité de l'air évalue les risques pour la santé des polluants intérieurs et extérieurs et sert à l'élaboration des lignes directrices et des normes, en vertu de la LCPE. Ces activités appuient le Programme sur la qualité de l'air du gouvernement du Canada.

Le programme fournit des conseils scientifiques et politiques fondés sur la santé appuyant l'adoption de mesures par tous les ordres de gouvernement pour améliorer la qualité de l'air et la santé des Canadiens. Les principales activités comprennent la direction de la conception de normes et de lignes directrices en matière de qualité de l'air fondées sur la santé pour l'air intérieur et extérieur; la détermination des avantages pour la santé des mesures proposées visant à réduire la pollution de l'air; la réalisation de recherches sur le niveau d'exposition aux polluants intérieurs et extérieurs et leurs effets sur la santé afin de documenter la conception de normes, de lignes directrices, de règlements et d'autres mesures et la mise en œuvre de la CAS en partenariat avec Environnement Canada.

L'objectif du programme est de prendre en charge les risques pour la santé des Canadiens associés à la qualité de l'air.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 20 999 573 | 17 503 254 | -3 496 319 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par des frais d'entretien de laboratoire inférieurs à ce qui était prévu ainsi qu'au retard sur les plans de la passation de marchés.

Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu 2013-2014 |
|---|---|---|
| 103 | 103 | 0 |

Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les mesures prises par tous les ordres de gouvernement et par les partenaires des gouvernements pour réduire l'exposition de la population canadienne aux polluants atmosphériques tiennent compte des conseils et directives de Santé Canada sur l'air et la santé. | % des mesures fédérales prévues qui visent la réduction des émissions de polluants atmosphériques et la protection de la santé. | 100 au 31 mars 2014 | 100 |
| | % de Canadiens ayant accès à la CAS. | 85 au 31 mars 2015 | 63 |
| Tous les ordres de gouvernement ont accès à des données scientifiques sur l'incidence de la qualité de l'air sur la santé. | % des activités de transfert du savoir ciblées qui ont été réalisées. | 95 au 31 mars 2014 | 100 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a poursuivi la promotion de la réduction des émissions de polluants atmosphériques et la protection de la santé des Canadiens. Par exemple, un jalon important quant à la mise en œuvre du Système national de gestion de la qualité de l'air a été atteint en 2013-2014 alors que de nouvelles NNQAA pour les matières particulaires et l'ozone, plus rigoureuses et axées sur la santé, ont été élaborées en vertu de la LCPE. Santé Canada a codirigé l'élaboration de ces normes en s'appuyant sur les conclusions de l'Évaluation scientifique canadienne sur le smog qu'il a réalisée avec Environnement Canada en 2011.

Santé Canada a également terminé certaines évaluations des risques pour la santé représentées par des contaminants de l'air extérieur clés, y compris le monoxyde de carbone, les poussières grossières et le dioxyde de soufre, et de contaminants de l'air intérieur, y compris le dioxyde d'azote et certains composés organiques volatils. Le Ministère a fait d'importants progrès relativement à des évaluations supplémentaires, y compris le carburant diesel et le dioxyde d'azote, même si ces évaluations accusent un retard en raison de la complexité des analyses. De

plus, le Ministère a conçu une méthodologie d'évaluation du secteur industriel et des techniques rapides de dépistage qui permettront d'accroître l'efficience de la réalisation d'évaluations de la santé à l'avenir.

Un certain nombre d'études ont conclu que l'augmentation des niveaux de pollution de l'air affecte des paramètres de santé, y compris le diabète et les issues de grossesses. La publication continue de résultats d'études dans des revues scientifiques crédibles permet de s'assurer que les travaux scientifiques réalisés par Santé Canada contribuent à l'ensemble des connaissances sur les répercussions de la qualité de l'air sur la santé. Le déploiement continue dans l'ensemble du Canada de la CAS et des autres produits de sensibilisation du public a permis d'améliorer la capacité des Canadiens de gérer et de réduire quotidiennement leur exposition aux polluants de l'air. Le pourcentage de la portée de la CAS poursuit sa montée afin d'atteindre la cible révisée de 80 % pour l'exercice 2014-2015. La CAS est maintenant disponible pour environ 63 % des Canadiens de 10 provinces et d'un territoire et de 79 lieux.

La réussite de la mise en œuvre du Programme de la qualité de l'air repose sur la collaboration des différents ordres de gouvernement, des ONG et de l'industrie. La participation des intervenants dès le début et tout au long du processus est essentielle pour assurer l'efficience et l'efficacité des mesures prises pour améliorer la qualité de l'air.

Les travaux de recherche sur la qualité de l'air et la santé ont donné lieu à 73 activités de transferts du savoir, y compris des réunions de clients, des rapports, des publications et des présentations, ce qui représente l'ensemble de la cible de Santé Canada pour 2013-2014.

## Sous-programme 2.3.3 : *Qualité de l'eau*

### Description

En vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, le programme sur la qualité de l'eau fait appel à des intervenants et des partenaires clés comme les provinces et les territoires pour établir des lignes directrices relatives à la qualité de l'eau potable canadienne, des eaux utilisées à des fins récréatives et des eaux recyclées. Ces lignes directrices sont le fondement des règlements sur la qualité de l'eau des provinces et des territoires.

Le programme collabore aussi avec des organismes de normalisation nationaux et internationaux à l'élaboration de normes sanitaires visant les produits qui entrent en contact avec l'eau potable. Il travaille aussi avec des partenaires à la conception de stratégies et d'outils pour améliorer la sécurité de l'approvisionnement en eau potable dans les petites communautés.

Les principales activités découlant de ce programme comprennent l'élaboration et la diffusion de lignes directrices et de documents d'orientation techniques sur la qualité de l'eau, de stratégies et d'autres outils.

L'objectif du programme est de prendre en charge les risques pour la santé des Canadiens associés à la qualité de l'eau.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 3 424 489 | 3 770 044 | 345 555 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par la déclaration des coûts réels qui avait été prévue antérieurement en vertu des Répercussions des produits chimiques sur la santé.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 31 | 25 | -6 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les retards dans l'embauche pour le programme.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les partenaires du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires utilisent les lignes directrices de Santé Canada sur la qualité de l'eau comme point de départ pour leurs exigences réglementaires sur la gestion des risques pour la santé de la population canadienne. | Nombre de lignes directrices et de documents d'orientation sur la qualité de l'eau approuvés par des comités fédéraux, provinciaux ou territoriaux. | 5 au 31 mars 2014 | 5 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Le Ministère a atteint sa cible d'approbation de cinq lignes directrices finales sur la qualité de l'eau par les provinces et territoires portant sur l'ammoniaque, le nitrate, 1, 2-dichloroéthane et le sélénium. Ces lignes directrices servent de base aux exigences en matière de qualité de l'eau potable au Canada. Pour respecter son engagement d'élaborer une moyenne de cinq lignes directrices et documents d'orientation par année sur une base continue, le Ministère a travaillé simultanément sur 20 à 30 évaluations des risques en tout temps. De multiples partenaires et intervenants ont contribué aux examens et ont discuté des aspects scientifiques, techniques et pratiques des documents actifs d'évaluation des risques à leurs diverses étapes d'élaboration.

# Sous-programme 2.3.4 : *Incidence des produits chimiques sur la santé*

## Description

La LCPE confère au programme sur les effets sur la santé des substances chimiques le pouvoir d'évaluer l'impact des substances chimiques et de gérer les risques sur la santé des substances nouvelles et existantes fabriquées, importées ou utilisées au Canada. L'activité de ce programme est étroitement liée aux activités des programmes de Santé Canada en matière de produits de santé, de salubrité des aliments et de nutrition, de sécurité des produits de consommation et de pesticides. La *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et de la LCSPC confèrent le pouvoir de gérer les risques pour la santé que posent les substances chimiques dans les produits en vertu des programmes en question.

Le PGPC, mis en œuvre en partenariat avec Environnement Canada, établit les priorités et les échéanciers relatifs à l'évaluation des risques et à la gestion des produits chimiques préoccupants ainsi que les initiatives de recherche et de biosurveillance à l'appui.

En plus des activités susmentionnées liées à l'évaluation des risques et à la gestion, ce programme fournit des conseils spécialisés axés sur la santé et du soutien à d'autres ministères fédéraux dans la réalisation de leur mandat. Il offre aussi du soutien technique en cas d'urgences chimiques nécessitant une intervention coordonnée du gouvernement fédéral.

L'objectif du programme est de déterminer et de prendre en charge les risques pour la santé des Canadiens associés aux substances chimiques préoccupantes.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 83 919 887 | 78 016 365 | -5 903 522 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le reprofilage du financement pour le réaménagement du Centre de recherche Sir Frederick Banting pour 2014-2015; et par le transfert du Programme du public voyageur à l'ASPC.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 657 | 499 | -158 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est attribuable en majeure partie aux retards du processus d'embauche du programme et les départs sans remplacement. De plus, 36 ETP du Programme du public voyageur ont été transférés à l'ASPC.

Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les risques liés aux substances chimiques sont évalués. | % de nouvelles substances au sujet desquelles l'industrie a envoyé une déclaration de fabrication ou d'importation qui sont évaluées dans les délais fixés. | 100 au 31 mars 2014 | 100 |
| | % du total des 1 500 substances existantes visées par l'échéance de 2016 qui ont été évaluées. | 33 au 31 mars 2014 | 24 |
| Tous les ordres de gouvernement ont accès à des données scientifiques sur l'impact des substances chimiques sur la santé. | % des activités de transfert du savoir ciblées qui ont été réalisées. | 95 au 31 mars 2014 | 100 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre du PGPC. Dans le cadre du Programme, le Ministère a reçu 463 déclarations de nouvelles substances (fabriquées ou importées) de l'industrie, et les a toutes évaluées dans les délais fixés. Santé Canada a également élaboré des mesures de contrôle pour neuf nouvelles substances évaluées comme étant potentiellement nocives pour la santé humaine. La réussite découle de l'identification précoce des priorités et des cibles de rendement, du suivi continu des progrès et de l'ajustement des ressources au besoin afin d'attendre les cibles.

Grâce à l'initiative des groupes de substances et à l'examen préalable rapide, Santé Canada a atteint environ 24 % de l'objectif global, à savoir évaluer et gérer les risques pour la santé et l'environnement de près de 1 500 substances. Même s'il n'a pas atteint ses cibles en 2013-2014 en raison de la nécessité de tenir d'importantes discussions préparatoires avec les intervenants au sujet de la collecte d'information et de l'évaluation du risque, et des discussions à l'interne et à l'externe au sujet des approches d'évaluation des classes et des mélanges complexes, Santé Canada a tout de même publié 362 évaluations de substances préliminaires et 117 évaluations finales. De plus, Santé Canada a terminé 48 évaluations des risques préliminaires et 653 évaluations finales des substances classifiées dans les catégories Défi, Existants, Approche pour le secteur pétrolier, Évaluation rapide 1 et Risques élevés, et a conclu que 249 substances avaient déjà été évaluées ou gérées. Pour poursuivre les progrès vers l'évaluation de 1 500 substances ciblées d'ici 2016, le programme gère activement la prestation continue de produits liés au PGPC et continue de donner suite aux commentaires des intervenants.

Santé Canada a également continué d'offrir des conseils d'experts et des orientations afin de réduire au minimum les risques pour les Canadiens associés aux facteurs environnementaux. Le Ministère a terminé toutes les activités d'application des connaissances prévues (300), comme les rencontres avec les clients, les rapports, les publications et les présentations, à l'appui de la recherche et des activités de surveillance du PGPC. Par exemple, Santé Canada a redéfini son rôle en tant qu'autorité fédérale en vertu de la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*[xlvii] en émettant de nouvelles orientations stratégiques sur la mobilisation et le soutien d'experts. En vertu du Plan d'action pour les sites contaminés fédéraux, Santé Canada a offert le soutien d'experts et des documents d'orientation aux ministères ayant la garde de biens immobiliers sur les évaluations des risques pour la santé humaine afin de réduire les risques pour la santé des Canadiens que posent les lieux contaminés.

Santé Canada a également publié son Deuxième rapport sur la biosurveillance humaine des substances chimiques de l'environnement au Canada en avril 2013. Ce rapport présente des données nationales de biosurveillance sur l'exposition de la population canadienne aux produits chimiques, recueillies dans le cadre du Cycle 2 (2009-2011) de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé.

## Programme 2.4 : *Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail*

### Description

Le programme de la sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail appuie les efforts visant à protéger les Canadiens contre les produits de consommation et les produits chimiques dangereux.

Le programme de la sécurité des produits de consommation aide l'industrie à s'acquitter de sa responsabilité d'assurer la sécurité de ses produits, ainsi que les consommateurs à s'occuper de faire des choix éclairés au sujet de l'achat et de l'utilisation des produits. Les efforts de Santé Canada sont axés sur la prévention active; la surveillance ciblée et l'intervention rapide.

Le programme de la sécurité des produits chimiques utilisés au travail assure l'application d'une norme nationale pour la communication des renseignements sur les dangers fondée sur l'étiquetage de sécurité et des fiches signalétiques pour les produits chimiques dangereux servant dans les lieux de travail canadiens. Le programme assure également la protection des renseignements commerciaux confidentiels.

Les objectifs du programme sont de protéger les Canadiens en prenant en charge les risques pour la santé et la sécurité que posent les produits de consommation et les cosmétiques sur le marché canadien, ainsi que les produits chimiques dangereux utilisés au travail.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 30 713 667 | 31 439 933 | 36 455 580 | 35 535 627 | 4 095 694 |

Remarque : L'écart de 4,1 millions de dollars entre les dépenses prévues et dépenses réelles est principalement attribuable au transfert des fonctions et des responsabilités de l'ancien Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses (CCRMD) à Santé Canada en date du 1er avril 2013, et aux exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération).

## Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 249 | 282 | 33 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est principalement attribuable au transfert de fonctions et de responsabilités entre l'ancien CCRMD et Santé Canada en date du 1er avril 2013.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les risques associés aux produits de consommation et aux cosmétiques sur le marché canadien sont gérés adéquatement. | % des produits non conformes ciblés par le Plan d'application cyclique et les rapports d'incident, pour lesquels des mesures de gestion des risques sont prises conformément aux procédures opérationnelles et aux échéances établies. | 85 au 31 mars 2014 | 97 |
| Les renseignements commerciaux confidentiels sont protégés conformément aux exigences de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*. | Nombre de violations de la confidentialité. | 0 au 31 mars 2014 | 0 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

À la suite de l'évaluation de programme des Activités liées aux produits de consommation, qui a eu lieu en 2012-2013, Santé Canada a élaboré de nouvelles procédures et normes de services pour certaines mesures de gestion du risque. En 2013-2014, Santé Canada a pris des mesures relativement aux produits de consommation et des cosmétiques non conformes à peu près 97 % du temps à l'intérieur des normes de services. Au moyen des résultats de cette évaluation du rendement, Santé Canada a poursuivi la surveillance de l'efficacité de ses procédures opérationnelles de gestion du risque afin de s'assurer de prendre rapidement des mesures pour réduire les risques représentés par les produits de consommation et les cosmétiques dangereux sur le marché canadien.

Le Programme de la sécurité des produits chimiques utilisés au travail assurait la protection des renseignements d'affaires confidentiels pour l'industrie, conformément aux exigences de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, tout en s'assurant que les travailleurs disposaient de renseignements exacts et complets en matière de santé et de sécurité. Afin de s'acquitter d'une initiative clé énoncée dans le Plan d'action du Conseil de coopération Canada-É.-U. en matière de réglementation, Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques utilisés au travail dans le but d'alléger le fardeau lié au respect de la réglementation, d'accroître la protection des travailleurs et de collaborer avec ses principaux partenaires commerciaux.

## Sous-programme 2.4.1 : *Sécurité des produits de consommation*

### Description

LCSPC ainsi que la *Loi sur les aliments et drogues* et son *Règlement sur les cosmétiques*[xlviii] confèrent à ce programme le pouvoir de s'assurer que l'industrie assume la responsabilité de la sécurité de ses produits et que les consommateurs se chargent de prendre des décisions éclairées au sujet de l'achat et de l'utilisation des produits. Les efforts de Santé Canada sont axés sur la prévention active; la surveillance ciblée et l'intervention rapide.

Grâce à la prévention active, le programme collabore avec l'industrie, les organismes de réglementation et ses homologues internationaux pour concevoir des normes ainsi que des lignes directrices et communiquer ses pratiques exemplaires au besoin. Le programme encourage aussi la sensibilisation des consommateurs à l'utilisation sécuritaire de certains produits de consommation afin de favoriser une prise de décisions éclairées.

Grâce à une surveillance ciblée, le programme entreprend régulièrement des cycles de vérification de la conformité et d'application de la loi pour les catégories de produits sélectionnés et analyse les problèmes ciblés en plus d'y répondre par le biais de rapports obligatoires, d'études de marché, de résultats de laboratoire et d'autres méthodes.

Grâce aux interventions rapides, lorsque des produits de consommation représentant un risque inacceptable sont ciblés, le programme peut agir rapidement pour protéger la population et

prendre des mesures d'application de la loi appropriées, y compris la publication d'avis aux consommateurs, la collaboration avec l'industrie pour négocier le rappel des produits ou d'autres mesures correctives.

L'objectif du programme est de prendre en charge les risques pour la santé et la sécurité que posent les produits de consommation et les cosmétiques sur le marché canadien.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 31 439 933 | 30 184 564 | -1 255 369 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est principalement attribuable au transfert de ressources afin d'appuyer les efforts du SGH de classification et d'étiquetage des produits chimiques.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 249 | 243 | -6 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est principalement attribuable au transfert de ressources afin d'appuyer les efforts du SGH de classification et d'étiquetage des produits chimiques.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie est au courant des exigences réglementaires rattachées aux produits de consommation et aux cosmétiques. | % des industries canadiennes qui sont au courant des exigences réglementaires. | 95 au 31 mars 2014 | 95 |
| Détection rapide des produits de consommation et des cosmétiques potentiellement dangereux. | % des rapports d'incident reçus et triés à l'intérieur de la norme de service. | 90 au 31 mars 2014 | 85 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre de la LCSPC. En 2013-2014, le Ministère a continué de concevoir et de mettre en œuvre de nouvelles politiques et procédures conformément à la nouvelle loi. Malgré tous les efforts déployés par Santé Canada pour informer l'industrie de ses

obligations en vertu de la Loi, une évaluation du programme des Activités relatives aux produits de consommation a révélé qu'une faible proportion de l'industrie, en particulier les petites et moyennes entreprises, ignorait toujours certaines de ses obligations. Pour remédier à la situation et informer l'industrie au sujet de ses obligations, le Ministère a organisé des webinaires et des campagnes de sensibilisation et publié des fiches de renseignements et des guides. L'évaluation des séances d'information a révélé que les répondants de l'industrie étaient quelque peu ou fortement d'accord que les séances avaient contribué à accroître leur sensibilisation (90 %) et leur compréhension (100 %) de leurs obligations en vertu de la Loi. Santé Canada poursuivra la réalisation d'initiatives visant à mieux faire connaître à l'industrie ses obligations en se basant sur les résultats de ces évaluations.

Santé Canada fait le tri des rapports d'incidents afin de détecter les produits de consommation et les cosmétiques potentiellement dangereux dès que possible. Puis il achemine les rapports d'incidents en vue de les soumettre à une évaluation adéquate des risques, à la gestion des risques, à la conformité et à l'application de la loi, ou de les mettre sous surveillance. En 2013-2014, Santé Canada a reçu 1 793 rapports d'incidents (59 % de l'industrie, 41 % des consommateurs) et a fait le tri de 85 % d'entre eux en tenant compte des normes de service. En raison d'une perturbation des outils de rapport et de la gestion de cas en ligne, la cible des normes de services n'a pas été atteinte. Afin d'atténuer l'effet de cette perturbation, Santé Canada a immédiatement procédé au tri manuel des rapports d'incidents, conformément à son protocole en cas d'interruption de service. Tous les rapports ont fait l'objet d'une évaluation initiale, et tous les incidents graves ont immédiatement été suivis en fonction de leur priorité. Santé Canada utilisera les leçons apprises de l'élaboration de normes de service sur le triage pour mettre la dernière main aux normes de services sur l'évaluation des risques en 2014-2015.

Dans l'esprit de la collaboration internationale et de l'harmonisation avec le Cadre d'engagement coopératif nord-américain, Santé Canada a participé avec les É.-U. et le Mexique au deuxième Sommet nord-américain organisé à Ottawa en septembre 2013. Le cadre favorise une coopération accrue en ce qui concerne l'échange de renseignements sur les produits de consommation qui peuvent poser un danger pour la santé ou la sécurité des humains. À la suite du Sommet, les trois pays ont convenu de collaborer afin d'aborder les problèmes communs, comme la sensibilisation des consommateurs, la communication des douanes avec les organismes de réglementation et l'application du partage de l'information.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation des Activités relatives aux produits de consommation[xlix] (initiative horizontale dirigée par Santé Canada).

## Sous-programme 2.4.2 : *Sécurité des produits chimiques au travail*

### Description

La *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses* confèrent à ce programme le pouvoir de protéger la santé et la sécurité des travailleurs canadiens.

En vertu de la *Loi sur les produits dangereux*, Santé Canada réglemente la vente et l'importation des produits chimiques dangereux utilisés par des travailleurs canadiens en précisant les exigences en ce qui a trait à l'étiquetage de mises en garde et aux fiches signalétiques.

En vertu de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, Santé Canada utilise un mécanisme opportun pour permettre aux entreprises de protéger leurs renseignements commerciaux confidentiels, assurant ainsi la compétitivité de l'industrie, tout en exigeant que tous les renseignements essentiels concernant les dangers soient divulgués aux travailleurs.

Le programme établit les normes générales du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail, qui lie étroitement la législation fédérale, provinciale et territoriale visant à ce que les étiquettes et les fiches signalétiques soient accessibles et compréhensibles, à ce que les critères d'étiquetage et de classification soient appliqués de façon homogène et à ce que les activités de vérification de la conformité et d'application de la loi soient harmonisées partout au pays.

L'objectif du programme est de veiller à ce qu'un système national coordonné fournisse des renseignements essentiels sur la santé et la sécurité des produits chimiques dangereux aux travailleurs canadiens.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 0 | 5 351 063 | 5 351 063 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est attribuable au transfert des fonctions et des responsabilités de l'ancien Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux produits dangereux à Santé Canada en date du 1er avril 2013.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 0 | 39 | 39 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est attribuable au transfert des fonctions et des responsabilités de l'ancien Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux produits dangereux à Santé Canada en date du 1er avril 2013.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les normes de prestation des services | % des demandes d'exemption inscrites à | 100 au 31 mars 2014 | 75 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| sont respectées pendant la période de transition et la période d'intégration du programme. | l'intérieur de la norme de service de 7 jours. | | |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Le 1er avril 2013, les fonctions et les responsabilités du CCRMD ont été transférées à la Direction des matières dangereuses utilisées au travail, une nouvelle direction de Santé Canada.

Le Ministère a poursuivi le travail sur les priorités clés, y compris sur la mise en œuvre du SGH de classification et d'étiquetage des produits chimiques afin de réduire le fardeau réglementaire, d'augmenter la protection des travailleurs et d'appuyer la collaboration avec les principaux partenaires commerciaux dans le cadre de l'engagement du Conseil de coopération en matière de réglementation relatif aux produits chimiques utilisés au travail. Une consultation préliminaire sur l'ébauche du projet de règlement pour le *Règlement sur les produits dangereux* a eu lieu de juin à septembre 2013. Les modifications législatives visant à permettre la mise en œuvre du SGH pour les produits chimiques utilisés au travail au Canada ont été présentées au Parlement le 28 mars 2014 dans le cadre de la *Loi d'exécution du budget*[l].

Au cours de la période de transition et d'intégration du programme, 75 % des demandes d'exemption remplies en vertu de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses* ont été inscrites à l'intérieur de la norme de service de sept jours. Le Ministère a identifié d'importantes améliorations au processus d'exemption, incluant des procédures et des méthodes de réévaluation avec l'objectif d'aller vers une approche davantage axée sur le risque pour ce qui est des demandes d'exemption.

À la suite de la révision de cette approche, des modifications ont été apportées à certains des rôles et responsabilités liés aux demandes, ce qui, au départ, a prolongé les périodes de traitement et a nécessité une certaine période d'adaptation afin de permettre au personnel de se familiariser avec l'approche révisée. Selon cette approche, le programme a également augmenté sa diligence et sa capacité d'assurer un suivi exact lorsque les demandes remplies respectaient la norme de service de sept jours. Il vaut également la peine de souligner que le grand nombre de demandes reçues à l'intérieur d'une très courte période (18 % des demandes reçues sur une période de deux semaines) ont eu des répercussions sur la capacité d'atteindre la norme de service.

Au cours des prochaines années, l'amélioration des processus opérationnels entreprise en 2013-2014 devrait permettre de renforcer la capacité de Santé Canada d'atteindre la cible de rendement de 100 % en ce qui concerne l'enregistrement des demandes d'exemption en vertu de la LCRMD. La mise en œuvre du SGH de classification et d'étiquetage des produits chimiques, en 2015, pourrait avoir une incidence sur le rendement à l'étape initiale. Toutefois, des stratégies seront mises en place pour atténuer cette incidence.

# Programme 2.5 : *Consommation et abus de substances*

## Description

En vertu de plusieurs lois, le programme sur la consommation et l'abus de substances réglemente les produits du tabac et les substances contrôlées.

Conformément à la *Loi sur le tabac* et à son règlement, le programme réglemente la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac. Il dirige également la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), dont l'objectif consiste à réduire la prévalence du tabagisme par des activités de réglementation, de programmation, d'éducation et d'application.

En vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS) et de son règlement d'application, le programme réglemente l'accès aux substances contrôlées et aux précurseurs chimiques afin d'appuyer leur utilisation légitime et de diminuer le risque de détournement à des fins illicites. À titre de ministère partenaire dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue (SNA), le programme appuie la prévention, la promotion de la santé et les initiatives de traitement, de même que les mesures d'application qui visent à réduire la consommation et l'abus de substances.

De plus, le programme fournit en temps utile des renseignements fondés sur des données probantes à d'importants intervenants, entre autres les organismes d'application de la loi, les professionnels de la santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les Canadiens. L'objectif du programme est de gérer les risques pour la santé des Canadiens découlant de la consommation de produits du tabac, et de l'usage illicite de substances contrôlées et des précurseurs chimiques.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 84 926 070 | 85 652 336 | 88 593 095 | 88 591 578 | 2 939 242 |

Remarque : L'écart de 2,9 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales ainsi que les dépenses réelles s'explique principalement par le financement visant à rationaliser le règlement en matière d'importation du gouvernement et les formalités frontalières régissant les échanges commerciaux, par les ressources requises pour réduire progressivement le régime précédent de marijuana à des fins médicales et mettre en œuvre le nouveau *Règlement sur la marihuana à des fins médicales* (RMFM), et par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération).

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 372 | 431 | 59 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une augmentation des ressources requises pour réduire progressivement le régime précédent de marijuana à des fins médicales et mettre en œuvre le nouveau RMFM.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Diminution dans la prévalence du tabagisme. | % de la baisse du nombre de fumeurs canadiens actuels (15 ans et +). | 17 au 31 mars 2015 | 16 |
| Diminution dans la consommation de drogues illicites. | % de la baisse du nombre de Canadiens qui consomment des psychotropes de façon abusive (15 ans et +). | 10 au 31 mars 2015 | 11 |
| | % de la baisse du nombre de jeunes (15-24 ans) qui consomment des psychotropes de façon abusive.<br><br>Nota : Le % de Canadiens qui consomment des psychotropes de façon abusive se définit comme suit : personnes ayant consommé au moins une des substances suivantes au moins une fois dans les 12 derniers mois pour se droguer : cannabis, cocaïne/crack, méthamphétamine/meth en cristaux, ecstasy, hallucinogènes, salvia, inhalants, héroïne et analgésiques, stimulants ou sédatifs. | 23 au 31 mars 2015 | 22 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a continué d'accomplir des progrès par rapport aux priorités en matière de lutte contre le tabagisme et de prévention de la consommation et de l'abus de drogues.

Le taux de tabagisme national est plus bas que jamais et par conséquent, le programme renouvelé de lutte contre le tabagisme a trouvé sa place parmi les responsabilités essentielles du gouvernement fédéral pour poursuivre la tendance à la baisse de la prévalence du tabagisme, y compris investir dans de nouvelles priorités pour les populations affichant un taux de tabagisme plus élevé.

Outre la *Loi modifiant la Loi sur le tabac*[li], Santé Canada a continué à mettre en œuvre les nouvelles exigences en matière d'étiquetage pour les cigarettes et les petits cigares, qui sont entrées en vigueur en 2011. Malgré la stabilité relative des taux de tabagisme au cours des trois dernières années, le tabagisme chez les jeunes a atteint un creux sans précédent de 7 p. 100.

Santé Canada a collaboré avec le ministère de la Justice et d'autres partenaires dans le cadre de la SNA à l'avancement de la prévention de la consommation de drogues illicites, des traitements connexes et de l'application de la loi dans ce domaine. En février 2014, le gouvernement du Canada a annoncé un nouveau financement de 44,9 millions de dollars sur cinq ans afin d'aborder l'utilisation abusive des médicaments sur ordonnance et d'élargir la SNA afin d'inclure les médicaments sur ordonnance.

Santé Canada a également collaboré avec l'Association canadienne des chefs de police et le partenariat pour un Canada sans drogue afin d'encourager les Canadiens à retourner leurs médicaments inutilisés aux pharmacies du pays. En 2013, lors de la Journée de retour des médicaments d'ordonnance, entre deux et trois tonnes de médicaments inutilisés ont été retournés, éliminant ainsi la possibilité qu'ils soient mal utilisés.

Conformément au plan d'action en matière d'application de la loi de la SNA, Santé Canada a également contribué à prévenir la consommation de drogues illicites en assurant un suivi important et en réalisant des inspections ciblées auprès des parties réglementées et est intervenu dans des situations à risque élevé découlant de nouveaux enjeux, de rapports de perte ou de vol et de signalements de transactions douteuses. Le Ministère a aussi analysé les matériels saisis, contribué à des enquêtes et au démantèlement sécuritaire de laboratoires clandestins, et témoigné à titre d'expert devant les tribunaux.

Enfin, en vertu des plans d'action de prévention et de traitement prévus par la SNA, Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre de la Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA) et du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) afin de contribuer à réduire la consommation de drogues illicites.

## Sous-programme 2.5.1 : *Produits du tabac*

### Description

La *Loi sur le tabac* permet au programme sur le tabac de réglementer la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac.

Le programme dirige aussi la SFLT, qui appuie les programmes et les activités de réglementation, d'éducation et d'application de la loi, en collaboration avec des partenaires fédéraux ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Parmi les principales activités faisant partie de la Stratégie se trouvent : la surveillance de la conformité et de l'application de la *Loi sur le tabac* et de la réglementation connexe; la surveillance de la consommation des produits du tabac et des habitudes en matière de tabagisme et la collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux pour s'assurer que le Canada respecte ses obligations en vertu de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

L'objectif du programme est de réduire la consommation de tabac ainsi que les décès et les maladies possiblement liés au tabac au Canada.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 24 598 917 | 20 440 669 | -4 158 248 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par la réduction des coûts des litiges en raison des succès devant le tribunal et des exigences en matière de financement provincial et territorial inférieures à ce qui avait été prévu pour la ligne pancanadienne d'aide au renoncement au tabac. Le reste du financement des activités du programme de lutte contre le tabagisme a été réaffecté pour réduire progressivement le régime précédent de marijuana à des fins médicales et mettre en œuvre le nouveau RMFM.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 116 | 103 | -13 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation prévue des ETP est principalement attribuable à la réaffectation de fonds pour réduire progressivement le régime précédent de marijuana à des fins médicales et mettre en œuvre le nouveau RMFM.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie respecte la *Loi sur le tabac* et son Règlement afférent. | % des parties réglementées réputées conformes à la *Loi sur le tabac* et à son Règlement afférent par l'intermédiaire du programme d'inspection. | 95 au 31 mars 2014 | 92 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Outre le Canada, peu de pays sont parvenus à réduire le taux de tabagisme et à modifier l'attitude des gens à l'égard du tabac. Le taux global de prévalence du tabagisme n'a jamais été aussi bas. En 2011, le taux de fumeurs courants au Canada s'élevait à 16 %, comparativement à 22 % en 2001. De plus, la prévalence du tabagisme chez les adolescents âgés de 15 à 17 ans était de 7 %, soit le taux le plus bas jamais observé.

La SFLT 2012-2017 a réorienté les activités de lutte contre le tabagisme afin de poursuivre la tendance à la baisse de la prévalence du tabagisme, y compris l'investissement dans de nouvelles priorités pour les jeunes adultes et les Premières Nations et les Inuits – populations affichant le taux de tabagisme le plus élevé. Santé Canada, qui dirige la Stratégie, a entrepris diverses activités liées à la réglementation, aux programmes, à l'éducation et à l'application de la loi afin de réduire davantage la prévalence du tabagisme.

Par exemple, Santé Canada a mené des activités de surveillance de la conformité et d'application de la loi, conformément à la *Loi sur le tabac*. Lors des inspections, on a constaté que 92 % des parties se conformaient à la *Loi sur le tabac* et à ses règlements. Il n'y a eu aucun cas de non-conformité à la norme sur le potentiel incendiaire des cigarettes ni à l'interdiction concernant les additifs aromatisés. Santé Canada continuera d'informer l'industrie de ses responsabilités en vertu de la *Loi sur le tabac*.

Dans le cadre de la Semaine nationale sans fumée, Santé Canada, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, a lancé la campagne « Je te laisse »[lii] à Vancouver, en janvier 2014. « Je te laisse » est une campagne de marketing, de sensibilisation et d'abandon du tabac destinée aux jeunes adultes se déroulera jusqu'en 2017.

Selon le nouveau règlement sur le tabac introduit en 2011 en vertu de la *Loi sur le tabac*, les mises en garde graphiques, comprenant notamment le numéro de la ligne pancanadienne d'aide au renoncement et l'adresse du portail Web, doivent figurer sur les emballages de cigarettes et de petits cigares. Santé Canada a offert un financement aux provinces et aux territoires pour les aider à mettre en œuvre le numéro sans frais et le portail.

En 2013-2014, Santé Canada a distribué plus de 148 000 publications sur le tabac et répondu à plus de 580 demandes de renseignements du public sur des questions liées au tabac.

## Sous-programme 2.5.2 : *Substances contrôlées*

### Description

La LRDS et son règlement confèrent au programme le pouvoir d'autoriser la possession, la production, la vente et l'élimination de substances contrôlées et de précurseurs chimiques.

Parmi ses principales activités se trouvent le maintien et la mise à jour des listes des substances contrôlées et des précurseurs chimiques; la gestion des règlements concernant l'octroi de licences

et les activités de surveillance de la conformité; l'analyse des produits saisis; la fourniture d'une formation et d'aide quant aux enquêtes sur les laboratoires clandestins et à leur démantèlement (services d'analyse de drogues); la surveillance de la consommation de drogues par l'entremise de sondages et la collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux afin de concevoir de solides recommandations fondées sur des données scientifiques concernant l'analyse des drogues illicites auxquelles ont accès les laboratoires d'analyse des drogues partout dans le monde.

À titre de partenaire de la SNA, Santé Canada soutient des initiatives liées aux drogues illicites, notamment en ce qui a trait à l'éducation, la prévention, la promotion de la santé et les traitements pour les Canadiens, ainsi que des initiatives de conformité et d'application de la loi.

L'objectif du programme est d'autoriser les activités légitimes impliquant des substances contrôlées et des précurseurs chimiques tout en prenant en charge les risques de détournement et d'abus ainsi que les préjudices connexes.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 61 053 419 | 68 150 909 | 7 097 490 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par une augmentation des dépenses requises pour réduire progressivement le régime précédent de marijuana à des fins médicales et mettre en œuvre le nouveau RMFM.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 256 | 328 | 72 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par l'augmentation des ressources requises pour réduire progressivement le régime précédent de marijuana à des fins médicales et mettre en œuvre le nouveau RMFM.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les titulaires de licences, d'autorisations et de permis pour des substances contrôlées et des produits chimiques précurseurs respectent la LRDS et son Règlement | % des parties réglementées réputées conformes à la LRDS et à son Règlement afférent. | 95 au 31 mars 2015 | 99 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| afférent. | | | |
| Les bénéficiaires d'un financement fédéral sont autorisés à mettre en œuvre des programmes de prévention et de traitement en matière de drogue. | Nombre de projets financés offrant des programmes de prévention et de traitement en matière de drogue. | 55 au 31 mars 2014 | 55 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a mené des activités de surveillance de la conformité et d'application de la loi conformément à la LRDS. L'objectif a été dépassé, en ce sens que moins d'un pour cent des parties soumises à l'inspection ont été jugées comme n'étant pas conforme à la LRDS et son Règlement afférent.

La SNA est la réponse complète du gouvernement fédéral à la lutte contre la consommation de drogues illicites au Canada. La Stratégie comprend trois plans d'action : prévenir la consommation de drogues illicites, traiter les personnes atteintes de dépendance aux drogues illicites et combattre la production et la distribution de drogues illicites. Afin d'appuyer la SNA, le PSFTT et le Fonds des initiatives communautaires, de la FICSA, ont poursuivi le financement de projets de traitement et de prévention de la toxicomanie. Les deux programmes ont contribué à 55 projets provinciaux, territoriaux et communautaires ciblés. Dans le discours du Trône de 2013, on a annoncé que la SNA serait étendue afin d'inclure l'abus de médicaments d'ordonnance. Les appels de proposition pour les nouveaux projets du FICSA et du PSFTT ont inclus l'abus des médicaments d'ordonnance dans la portée du projet ou comme secteur prioritaire.

En janvier 2014, le ministre de la Santé a organisé conjointement avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie un symposium sur l'abus de médicaments d'ordonnance. Le symposium a permis de réunir un certain nombre de dirigeants du gouvernement et des Premières Nations ainsi que des experts des domaines de la santé et de l'application de la loi afin qu'ils prennent des mesures collectives relativement à l'abus de médicaments d'ordonnance.

Santé Canada a mis la dernière main au nouveau *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales* (RAMM), qui est entré en vigueur en juin 2013.

En outre, Santé Canada a poursuivi l'élaboration de politiques sur les questions entourant les substances contrôlées. Par exemple, le 17 octobre 2013, la ministre de la Santé a déposé le projet de loi C-2, la *Loi sur le respect des collectivités*[liii], devant la Chambre des Communes. Le projet de loi C-2 est fondé sur le double objectif de la LRCDAS, qui consiste à protéger la santé publique et à maintenir la sécurité publique. De plus, dans le cadre de son engagement continu d'être un organisme de réglementation moderne et efficace, Santé Canada a demandé l'avis d'un

vaste éventail d'intervenant à propos de la LRCDAS et son règlement d'application afin de déterminer les lacunes ou de suggérer des améliorations à son important cadre législatif.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie[liv].

## Programme 2.6 : Radioprotection

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* (LDER) et la *Loi de mise en œuvre du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires*[lv] autorisent le programme de radioprotection à surveiller et à réglementer l'exposition aux radiations de source naturelle ou artificielle, ainsi qu'à donner des conseils et à faire des comptes rendus à ce sujet. De plus, le programme est autorisé en vertu de la *Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires*[lvi] à gérer le Service national de dosimétrie, qui assure la surveillance de l'exposition professionnelle aux rayonnements.

Les principaux éléments du programme sont la surveillance environnementale, le soutien technique en cas d'urgence radiologique/nucléaire nécessitant une intervention fédérale coordonnée, la sécurité professionnelle, et la réglementation des dispositifs émettant des radiations.

L'objectif du programme consiste à informer et à conseiller les autres ministères, les partenaires internationaux et les Canadiens sur les risques pour la santé associés aux radiations, et à les informer des stratégies visant à gérer ces risques.

#### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 14 963 096 | 15 689 362 | 21 421 594 | 21 420 658 | 5 731 296 |

Remarque : L'écart de 5,7 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales ainsi que les dépenses réelles s'explique principalement par le nouveau financement visant à rationaliser le règlement en matière d'importation du gouvernement et les formalités frontalières régissant les échanges commerciaux, par l'ajout de certaines dépenses pour la gestion des urgences précédemment déclarés en vertu du programme Services de santé spécialisés et par la réaffectation de fonds provenant d'autres programmes à l'intérieur du Ministère, ainsi que par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération).

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 171 | 186 | 15 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation prévue des ETP est principalement attribuable à l'ajout de certains coûts réels pour la gestion des urgences précédemment déclarés en vertu du programme Services de santé spécialisés.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Canadiens, les établissements et les partenaires du gouvernement obtiennent les directives dont ils ont besoin pour réagir à un risque radiologique possible ou réel. | % de documents d'orientation dont la production était prévue qui sont prêts.<br><br>Note : Par document d'orientation, on entend les plans d'urgence, les codes de sécurité, les règlements et les protocoles d'entente. | 80 au 31 mars 2014 | 100 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada est le ministère fédéral responsable de la coordination de l'intervention en cas d'urgence nucléaire ou radiologique. Dans le cadre d'une série d'exercices visant à mettre à l'essai le Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN), 5e édition, un exercice de poste de commandement a eu lieu en octobre 2013. Les résultats de l'exercice ont servi à informer la planification de l'exercice à grand déploiement tenu en mai 2014.

Le Ministère a contribué à mieux faire connaître les risques, les répercussions sur la santé et les stratégies d'atténuation liées à l'exposition au radon à l'intérieur. En novembre 2013, Santé Canada a appuyé l'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick en lançant le Mois de sensibilisation au radon, afin d'inciter les Canadiens à effectuer un test de détection du radon dans leur maison et à réduire le niveau de radon, le cas échéant.

Afin de sensibiliser davantage les Canadiens aux risques liés aux dispositifs émettant des radiations et d'accroître leur compréhension de ceux-ci, Santé Canada a annoncé des modifications proposées au *Règlement sur les dispositifs émettant des radiations*[lvii] qui renforceraient les exigences en matière d'étiquetage et les mises en garde relatives à la santé pour les appareils de bronzage. Le *Règlement sur les appareils de bronzage*[lviii] révisé a été publié à la partie II de la *Gazette du Canada* en février 2014. De plus, le Ministère a publié un nouveau code de sécurité pour la mammographie : Radioprotection et normes de qualité en mammographie – Procédure de sécurité pour l'installation, l'utilisation et le contrôle des

appareils à rayons X mammographiques : Code de sécurité 36, qui traite de l'utilisation sécuritaire de les appareils de mammographie.

Afin d'appuyer les activités susmentionnées, Santé Canada a terminé un plus grand nombre prévu de documents d'orientation. Certains documents d'orientation ont été rédigés afin de documenter la planification de l'exercice à grand déploiement tenu en mai 2014; d'appuyer le lancement du mois de sensibilisation au radon; et d'accroître la sensibilisation des Canadiens aux risques liés aux dispositifs émettant des radiations et leurs connaissances de ceux-ci.

## Sous-programme 2.6.1 : *Radioprotection environnementale et surveillance*

### Description

Le programme sur la protection et la détection des radiations environnementales mène des activités de recherche et de surveillance qui relèvent de la *Loi sur le ministère de la Santé* et du *Traité d'interdiction complète des essais nucléaires*.

Le programme couvre autant les formes de radioactivités et de rayonnement naturels, comme le radon, que les sources de rayonnement artificielles, telle l'énergie nucléaire.

Les principales activités découlant de la prestation de ce programme sont la mise en œuvre d'un programme d'éducation et de sensibilisation sur les risques pour la santé que pose le radon dans l'air ambiant et la façon de réduire ces risques; la réalisation de travaux de recherche et d'évaluation des risques pour la santé des radiations; l'installation et l'exploitation de postes de surveillance afin de détecter les signes de toute explosion nucléaire et la production de rapports pour l'Organisation du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires et l'Agence internationale de l'énergie atomique.

Ce programme est aussi chargé de coordonner le PFUN. En cas d'urgences radionucléaires nécessitant une intervention coordonnée du gouvernement fédéral, Santé Canada coordonne le soutien technique et scientifique fédéral offert aux provinces et aux territoires.

Les objectifs du programme sont de surveiller et d'informer les Canadiens des dangers possibles pour leur santé et leur sécurité associés aux radiations environnementales.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 9 941 458 | 14 794 204 | 4 852 746 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par l'ajout de certains coûts réels pour la gestion des urgences précédemment déclarés en vertu du programme Services de santé spécialisés et par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération).

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 79 | 96 | 17 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par l'ajout de certains coûts réels pour la gestion des urgences précédemment déclarés en vertu du programme Services de santé spécialisés.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Santé Canada est prêt à faire face à une urgence nucléaire ou radiologique. | Nombre d'exercices d'intervention d'urgence effectués (selon les attentes des partenaires internes et externes). | 2 au 31 mars 2014 | 5 |
| Les rayonnements du milieu font l'objet d'une surveillance. | % des stations de contrôle et des laboratoires radionucléaires nationaux et du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires qui sont fonctionnels. | 90 au 31 mars 2014 | 99 |
| Des partenaires ciblés collaborent pour se pencher sur les risques pour la santé liés aux rayonnements et au radon. | % des partenaires ciblés participant à des activités de formation, de sensibilisation et de communication. | 80 au 31 mars 2014 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

En tant que ministère responsable de la coordination de l'intervention en cas d'urgence nucléaire ou radiologique du gouvernement fédéral, Santé Canada a mené certains exercices d'entraînement afin de déterminer les problèmes, les faiblesses ou les lacunes du plan de préparation et d'intervention pour ainsi résoudre ces enjeux avant une urgence réelle. En 2013-2014, un plus grand nombre d'exercices de planification d'urgence ont été réalisés afin d'informer la planification de l'exercice à grand déploiement tenu en mai 2014.

Santé Canada a continué de satisfaire aux exigences internationales et nationales en matière de surveillance des rayonnements dans l'environnement. Les activités de surveillance des rayonnements dans l'environnement soutiennent les obligations du Canada en vertu du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent (99 p. 100) des stations de surveillance nationale radionucléaire et du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires étaient opérationnelles ainsi que tous les laboratoires.

Le Programme national sur le radon a fait participer les provinces et les territoires, les ONG, les professionnels de la santé, les constructeurs et les intervenants de l'industrie de partout au Canada, afin de promouvoir la sensibilisation et les mesures liées à l'exposition au radon à l'intérieur. Les Canadiens et les intervenants ont participé à 86 activités d'éducation et de sensibilisation, tenues pendant des salons de l'habitation et des conférences, et à des centres de santé communautaire, au cours desquelles du matériel sur le radon à l'intérieur a été distribué. Les cibles de participation des partenaires visés par ces activités étaient plus élevées que prévu.

En novembre 2013, Santé Canada a lancé un nouveau cours d'éducation médicale continu accrédité en ligne sur le radon pour les professionnels de la santé.

La participation précoce et continue des intervenants et des partenaires est essentielle afin d'assurer l'uniformité du message destiné au public au sujet du radon.

## Sous-programme 2.6.2 : *Dispositifs émettant des radiations*

### Description

En vertu de la LDER, ce programme réglemente les dispositifs émettant des radiations, comme l'équipement utilisé à des fins cliniques ou analytiques (rayons X, mammographie, ultrasons), les micro-ondes, les lasers et les appareils de bronzage.

Les principales activités découlant de la prestation de ce programme sont l'évaluation de la conformité des dispositifs émettant des radiations dans les établissements réglementés à l'échelle fédérale, la recherche concernant les effets sur la santé des radiations (y compris le bruit, les rayons ultraviolets et le rayonnement non ionisant associé aux appareils sans fil comme les téléphones cellulaires et le matériel WiFi) ainsi que l'élaboration de normes et de lignes directrices quant à l'utilisation sécuritaire des dispositifs émettant des radiations.

Le programme donne des conseils spécialisés et des renseignements aux Canadiens ainsi qu'aux autres programmes de Santé Canada, aux ministères fédéraux et aux autorités provinciales de sorte qu'ils puissent s'acquitter de leur mandat législatif.

L'objectif du programme est de prendre en charge les risques pour la santé des Canadiens associés aux dispositifs émettant des radiations.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 5 165 004 | 5 818 799 | 653 795 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est attribuable à l'ajout de coûts pour la gestion des urgences précédemment déclarés en vertu du programme Services de santé spécialisés et par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération).

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 44 | 33 | -11 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est principalement attribuable aux délais d'embauche du programme.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Canadiens ont accès en temps opportun à de l'information sur les risques pour la santé liés aux dispositifs émettant des radiations (produits de consommation et produits d'usage clinique). | % de demandes de renseignements du public pour lesquelles une réponse a été donnée à l'intérieur de 5 jours ouvrables. | 90 au 31 mars 2014 | 77 |
| Les établissements sont autorisés à prendre les mesures nécessaires contre les dispositifs émettant des radiations qui sont non conformes. | % de rapports d'évaluation et/ou d'inspection terminés à la demande d'établissements. | 90 au 31 mars 2014 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a répondu à 840 demandes de renseignements du public sur les dispositifs émettant des radiations. La plupart des demandes portaient sur les effets potentiels sur la santé des champs électriques et magnétiques, des rayonnements ultraviolets ou infrarouges et de la lumière visible ainsi que des bruits émis par des appareils grand public et les sources environnementales d'origine humaine.

En milieu d'exercice, le programme a élaboré des réponses générales pour les demandes de renseignements générales et répétées provenant du public afin de mieux satisfaire à la norme de réponses de cinq jours. Toutefois, à cause de la complexité de bon nombre des demandes de renseignements, le taux de réponse dépasse toujours la norme de cinq jours ouvrables. La révision de la cible de cinq à dix jours permettra d'accorder suffisamment de temps pour répondre.

Afin de sensibiliser davantage les Canadiens aux risques liés aux dispositifs émettant des radiations et d'accroître leur compréhension de ceux-ci, Santé Canada a publié dans le site Web Canadiens en santé du gouvernement du Canada, des fiches de renseignements portant sur les *Lasers portatifs et pointeurs laser*[lix] et l'*Utilisation sécuritaire des ampoules fluocompactes*[lx], et a fourni une mise à jour des renseignements sur les appareils d'épilation au laser non homologués.

Santé Canada a également terminé toutes les évaluations ou les rapports d'inspection demandés des institutions. Des exemples de certains rapports comprennent les évaluations menées en vertu de la LDER, les évaluations de dispositifs laser et électro-optiques, l'interprétation et les conseils techniques à l'industrie en vertu de la LDER, entre autres.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé les évaluations suivantes : Programme des matériels médicaux de 1999-2012 et Activités relatives aux produits de consommations (initiative horizontale dirigée par Santé Canada).

## Sous-programme 2.6.3 : *Services de dosimétrie*

### Description

Le programme des services de dosimétrie surveille, collecte de l'information et produit des rapports au sujet de l'exposition aux radiations de ses clients, des travailleurs exposés à des radiations professionnelles régis par la *Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires* de la Commission canadienne de sûreté nucléaire ou des règlements provinciaux et territoriaux.

La dosimétrie consiste à mesurer ou à estimer des doses de rayonnement et à attribuer ces doses à des personnes.

Les Services de dosimétrie nationaux offrent des services de surveillance des radiations, selon la formule de recouvrement des coûts, aux Canadiens exposés à un rayonnement ionisant en milieu

de travail et le Fichier dosimétrique national du Canada (FDN) fournit un système centralisé d'enregistrement des doses de rayonnement.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens exposés à des radiations en milieu de travail qui sont surveillés par le programme des services de dosimétrie sont informés de leur niveau d'exposition au rayonnement.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 582 900 | 807 655 | 224 755 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est principalement attribuable à l'ajout des coûts pour le Fichier dosimétrique national précédemment inclus en vertu de la Radioprotection environnementale et surveillance.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 48 | 57 | 9 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP est principalement attribuable à l'ajout des coûts pour le Fichier dosimétrique national précédemment inclus en vertu de la Radioprotection environnementale et surveillance.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les travailleurs et leurs employeurs sont au courant de leur niveau d'exposition professionnelle. | % de dosimètres faisant l'objet d'un rapport dans les 10 jours suivant la réception des dosimètres des clients. | 90 au 31 mars 2014 | 91 |
| | % de rapports d'historique de dose envoyés aux clients dans les 10 jours suivant la réception de la demande. | 100 au 31 mars 2014 | 100 |
| | % de relevés de surexposition déclarés aux autorités de réglementation dans les 24 heures suivant la réception de l'information dans le Fichier dosimétrique national. | 100 au 31 mars 2014 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a fourni des services de dosimétrie opportuns et fiables à 12 500 groupes de clients. Le Ministère a traité 91 % des lectures de dosimètres, et en a fait rapport aux groupes clients et au Fichier dosimétrique national dans les 10 jours suivant leur réception, et tous les rapports historiques de doses ont été envoyés dans les 10 jours suivant la réception de la demande. Les 11 lectures de surexposition ont fait l'objet de rapport auprès des autorités réglementaires dans les 24 heures suivant la réception des renseignements sur la dose dans le Fichier dosimétrique national.

## Programme 2.7 : Pesticides

### Description

La *Loi sur les produits antiparasitaires* confère à Santé Canada le pouvoir de réglementer et d'enregistrer les pesticides dans le cadre du programme sur les pesticides.

Dans le cadre de ce programme, Santé Canada mène des activités qui couvrent tout le cycle de vie des pesticides, notamment l'évaluation des risques du produit sur la santé et l'environnement et de sa valeur, la gestion du risque, la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements à la suite de la commercialisation, la réévaluation de l'utilisation, l'annulation ou le retrait progressif des produits qui ne respectent pas les normes scientifiques en vigueur, des consultations et la sensibilisation du public.

Santé Canada est également un acteur important dans les efforts internationaux (p. ex. Accord de libre-échange nord-américain, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le Cadre de coopération en matière de réglementation) visant à harmoniser les approches réglementaires. Cette participation nous permet d'avoir accès à une science de pointe qui appuie les décisions réglementaires et assure la cohérence de l'évaluation des pesticides.

L'objectif du programme est de protéger la santé et la sécurité des Canadiens en lien avec l'utilisation des pesticides.

#### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 40 442 256 | 41 168 522 | 47 823 266 | 46 299 835 | 5 131 313 |

Remarque : L'écart de 5,1 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le nouveau financement reçu afin de rationaliser le règlement en matière d'importation du gouvernement et les formalités frontalières régissant les échanges commerciaux, et par les exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 4 pour une explication des exigences en matière de rémunération).

## Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 519 | 407 | -112 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les économies réalisées avec la simplification et la rationalisation des opérations, tout en maintenant les services pour les Canadiens. Les diminutions d'ETP découlent de l'attrition et des départs volontaires.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie satisfait aux exigences réglementaires canadiennes s'appliquant aux nouveaux pesticides. | % de présentations qui satisfont aux exigences réglementaires. | 80 au 31 mars 2014 | Catégorie A* = 97 %<br>Catégorie B = 96 %<br>Catégorie C = 65 % |
| Les pesticides se trouvant sur le marché sont toujours conformes aux normes scientifiques modernes. | % de pesticides homologués qui sont réévalués conformément au plan de travail pour les réévaluations. | 80 au 31 mars 2014 | 80 % |
| La collaboration internationale est optimisée afin de maximiser l'accès aux données scientifiques mondiales pour l'évaluation des risques des pesticides. | % de nouveaux pesticides examinés en collaboration avec des partenaires internationaux. | 80 au 31 mars 2014 | 100 % |

* Remarque : La catégorie A comprend les nouvelles matières actives ou nouveaux produits de systèmes intégrés, les préparations commerciales dérivées et les produits destinés à la fabrication; les nouveaux usages importants de produits antiparasitaires homologués; la fixation de la limite maximale des résidus (LMR) à l'importation pour une matière active non homologuée. La catégorie B comprend les nouveaux produits antiparasitaires contenant des matières actives homologuées; la modification de produits antiparasitaires existants; la conversion ou renouvellement d'une homologation conditionnelle; l'homologation en situation d'urgence; l'ajout de LMR à l'importation pour les matières actives ayant déjà fait l'objet d'un examen. La catégorie C comprend les homologations et modifications de produits n'ayant pas d'exigences en matière de données. Ces demandes comportent un examen mineur de l'étiquette ou de la formulation, comme les homologations de produits fondées sur des produits déjà homologués.

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a continué d'assumer les responsabilités qui lui incombent en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* en évaluant et en réévaluant les pesticides; en prenant des mesures de conformité et d'application de la loi; et en adoptant des stratégies de sensibilisation et de réduction des risques.

Le programme de réévaluation des pesticides s'est poursuivi avec l'amorce et le réexamen des réévaluations prévues, conformément au plan de travail, tout en gérant un plus grand nombre de demandes supplémentaires d'examen spécial.

La collaboration suivie avec les partenaires étrangers a permis à Santé Canada d'uniformiser et d'harmoniser des approches mondiales. Grâce au Conseil Canada-É.-U. de coopération en matière de réglementation et à l'OCDE, Santé Canada a élargi l'utilisation des examens conjoints, ce qui a facilité l'accès simultané aux nouvelles technologies de pesticides pour les cultivateurs canadiens. De plus, Santé Canada a une relation de travail très étroite avec l'Environmental Protection Agency des É.-U. et collabore avec cet organisme pour ce qui touche tous les nouveaux ingrédients actifs. Des partenariats avec les autres organismes de réglementation nord-américains et internationaux et les partenaires de l'industrie ont permis d'élaborer un cadre scientifique afin de mieux évaluer les risques que représentent les pesticides pour les insectes pollinisateurs, donnant lieu à l'élaboration et à la communication de nouvelles pratiques exemplaires de gestion des semences traitées. Santé Canada, de concert avec le réseau de l'OCDE formé de responsables gouvernementaux du secteur de la conformité et de l'application de la loi en matière de pesticides, a conçu un site Web public pour le partage des pratiques exemplaires et d'information sur les activités de conformité et d'application de la loi, et complète les activités de l'OCDE sur le commerce international illégal de pesticides.

La mise en œuvre du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et des produits de consommation a continué d'atteindre tous les engagements. Le financement reçu dans le cadre du plan a permis à l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) de mettre à exécution des programmes et des projets en matière de conformité, incluant des activités de prévention et d'inspection dans les secteurs clés.

L'évaluation des activités relatives aux produits de consommation (initiative horizontale dirigée par Santé Canada), en vertu du Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement et approuvé par le sous-ministre en 2013-2014, a conclu que d'importantes activités de sensibilisation et de rayonnement ciblées, portant sur les pesticides, en particulier dans les domaines de la conformité et du rapport des incidents, ont été terminées. D'autres conclusions d'évaluation sont décrites au sous-programme 2.4.1.

Santé Canada a également continué de moderniser son système de TI en vue d'améliorer la déclaration par le public des présentations de produits antiparasitaires, des produits et des activités. La consultation publique sur un cadre révisé de recouvrement des coûts a été entreprise et les réactions informeront l'élaboration d'une proposition au cours du prochain exercice.

# Résultat stratégique n° 3 : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé

## Programme 3.1 : *Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits*

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Politique sur la santé des Indiens* de 1979[lxi] accordent aux Premières Nations et aux Inuits du Canada le pouvoir d'offrir le programme de soins de santé primaires aux Premières Nations et aux Inuits au Canada. Les soins de santé primaires comportent la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé publique (y compris la surveillance) et les soins primaires (lorsque les individus obtiennent des services de diagnostic, des soins curatifs, des services de réadaptation, des services de soutien, des services d'aiguillage, ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie).

Le Ministère administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes liées au développement des enfants, au bien-être mental, aux modes de vie sains, au contrôle et à la gestion des maladies transmissibles, à l'hygiène du milieu, à la Pratique clinique et soins aux clients (PCSC), ainsi qu'aux soins à domicile et en milieu communautaire.

L'objectif du programme est d'améliorer la santé et la sécurité des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 954 094 539 | 954 094 539 | 931 062 884 | 927 125 272 | -26 969 267 |

Remarque : L'écart de 27,0 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est principalement attribuable au financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer les programmes et les services de santé des Premières Nations et des Inuits, et qui est compensé par les réductions associées au remaniement des ressources pour la mise en œuvre des initiatives de l'Accord-cadre tripartite de la C.-B. (75 millions de dollars), et un excédent de financement du programme Soutien en santé – résolution des questions des pensionnats.

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 1 152 | 1 441 | 289 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B. Santé Canada a droit à une croissance annuelle de 3 % sur une partie des programmes de Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits. Ces fonds sont affectés au fonds de fonctionnement. Au cours des dernières années, conformément aux autorisations de programme approuvées par le Conseil du Trésor, Santé Canada a procédé chaque année au réalignement des ressources en fonction des besoins des programmes, du fonctionnement aux salaires; par conséquent, l'utilisation réelle des ETP est plus élevée que prévu. Maintenant que les RMR sont établis au niveau des sous-sous-programmes, le Ministère entend apporter des modifications au Budget principal des dépenses futur afin de tenir compte des exigences opérationnelles actuelles.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La santé et la sécurité des Premières Nations et des Inuits sont améliorées. | % de la population adulte des Premières Nations ayant déclaré un état de santé "excellent" ou "très bon". | 45 au 31 mars 2017 | 44,1<br>18 ans et plus |
| | % de la population inuite ayant déclaré un état de santé "excellent" ou "très bon". | 50,5 au 31 mars 2017 | 42,1<br>18 ans et plus |
| | % des programmes de soins de santé primaires offerts aux Premières Nations et aux Inuits qui incorporent des approches culturelles lors de l'élaboration des programmes. | 80 au 31 mars 2017 | 100 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a continué de se concentrer sur les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, et a amélioré l'accès aux services afin de contribuer à renforcer les services de soins de santé primaires offerts dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits. Par exemple, le Ministère a dépassé sa cible d'incorporer des approches culturelles dans les programmes de soins de santé pour les Premières Nations et les Inuits. Cette réalisation a été accomplie trois ans avant la date cible originale.

Le Ministère a appuyé les collectivités des Premières Nations et des Inuits dans l'élaboration de leurs propres solutions en matière de santé; il a renforcé les programmes liés à la santé et amélioré l'accès aux services de santé par l'intégration des programmes fédéraux, provinciaux et

territoriaux. Ces mesures comprenaient l'accès au programme Développement des enfants en santé (DES); l'élaboration d'un cadre national afin d'aborder les infections transmises sexuellement et celles transmises par le sang; les investissements dans l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA); et la prestation de services de soins infirmiers essentiels dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations.

## Sous-programme 3.1.1 : *Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits*

### Description

Le programme Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits offre des services de promotion de la santé et de prévention des maladies aux Premières Nations et aux Inuits du Canada.

Ce programme administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes liées aux programmes, aux stratégies, aux initiatives et aux services communautaires adaptés à la culture. La mise en œuvre de ce programme est axée sur les trois domaines suivants : le DES, le bien-être mental et les modes de vie sains.

L'objectif du programme est de s'occuper du développement des enfants et des familles en santé, d'améliorer le bien-être mental et de réduire les conséquences des maladies chroniques sur les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 538 429 266 | 481 068 597 | -57 360 669 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par des réductions associées à la réaffectation de ressources prévues pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B., par la réaffectation des ressources provenant d'autres programmes à l'intérieur du présent résultat stratégique afin de répondre aux besoins et aux priorités, et par un excédent de fonds du Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats à cause de la nature du programme axée sur la demande.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 264 | 330 | 66 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La capacité des collectivités des Premières Nations et des Inuits est améliorée relativement à la prestation de services et l'exécution de programmes communautaires liés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. | Nombre de travailleurs qui ont achevé une formation sur les programmes DES pendant l'année sur laquelle porte le rapport (spécifiquement le Programme de soins de santé maternelle et infantile) (Base de référence 473). | 473 au31 mars 2014 | 386* |
| | Nombre de travailleurs qui ont achevé une formation sur les programmes Vie saine (spécifiquement Initiative sur le diabète chez les Autochtones - Intervenants communautaires en prévention du diabète) (Base de référence 465). | 465 au 31 mars 2014 | 466 |
| | % de conseillers en toxicomanie dans les centres de traitement qui sont des travailleurs accrédités | 77 au 31 mars 2014 | 79 |

* Environ 50 travailleurs en SMI formés en C.-B. ont été retirés du calcul en raison de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B. Si ces travailleurs avaient été comptabilités, la cible aurait été dépassée. En outre, la région de l'Ontario a formé 63 travailleurs en SMI en 2012-2013.

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a investi dans les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin de réduire les facteurs de risque et de favoriser une vie saine dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits. Cela comprend : créer des environnements de soutien et accroître la pratique de comportements sains par l'amélioration de l'accès à des aliments sains, la

promotion de la saine alimentation, l'activité physique, un poids corporel sain et la prévention des maladies chroniques.

Le Ministère a poursuivi le soutien pour la formation de travailleurs par leur participation aux programmes de DES (comme le Programme de soins de santé maternelle et infantile). Cette formation a permis d'accroître l'accès à des services de santé prénataux et postnataux, comme les activités de dépistages et d'allaitement, afin d'améliorer l'état de santé de la mère et du nourrisson. Le programme DES offre un accès à un éventail de soutien adapté à la culture, y compris le développement de la petite enfance; les visites à domicile par les infirmières communautaires et les visiteurs familiaux; les services de soins dentaires cliniques préventifs pour les enfants et le counseling sur l'hygiène buccale; et la nutrition pour les parents, les soignants et les femmes enceintes.

Les résultats de l'IDA obtenus jusqu'à maintenant ont démontré une augmentation de la capacité communautaire et organisationnelle d'offrir des programmes et des services de prévention du diabète, et un plus grand accès aux services et au soutien pour les clients et leurs soignants. En date de mars 2014, 466 travailleurs communautaires avaient reçu la formation dans le cadre de l'IDA.

Un élément essentiel du programme de mieux-être mental. Les programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie sont un leur prestation est assurée par un réseau de 55 centres de traitement ainsi qu'au moyen des services de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie offerts dans la majorité des collectivités des Premières Nations et des Inuits du Canada. Depuis 2007, 36 centres de traitement ont élargi ou restructuré leurs services pour mieux répondre aux besoins des communautés, notamment leurs services destinés aux femmes, aux jeunes ou aux personnes ayant des problèmes de santé mentale ou d'abus de médicaments. Le pourcentage de centres de traitement agréés a également continué d'augmenter pour passer de 76 p. 100, en 2011-2012, à 84 % en 2012-2013.

## Sous-sous-programme 3.1.1.1 : *Développement des enfants en santé*

### Description

Le programme DES administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des programmes, des stratégies, des initiatives et des services communautaires adaptés à la culture en ce qui concerne la santé maternelle et infantile ainsi que la santé de l'enfant et de la famille. La prévention, la promotion de la santé, l'extension des services, les visites à domicile et les programmes axés sur le développement des enfants font partie des différents services offerts.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les domaines suivant : la santé prénatale, la nutrition, l'alphabétisation et l'apprentissage précoces, la santé physique et buccodentaire des enfants.

L'objectif du programme est de s'attaquer aux risques les plus importants et aux résultats inférieurs en matière de santé associés aux bébés, aux enfants et aux familles inuits et des Premières Nations.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 123 101 727 | 107 517 805 | -15 583 922 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par des réductions associées à la réaffectation de ressources prévues pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B. et une réaffectation des fonds à l'intérieur du présent résultat stratégique PCSC afin de répondre aux besoins et aux priorités.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 70 | 86 | 16 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Premières Nations et les Inuits ont accès aux programmes et aux services de DES. | Nombre de femmes ayant accès aux services de santé prénatale et postnatale, y compris la nutrition (spécifiquement Programme canadien de nutrition prénatale) (Base de référence 9 000). | 9 000 au 31 mars 2014 | 10 200 |
| | Nombre d'enfants ayant accès aux services d'alphabétisation et d'apprentissage précoces (spécifiquement Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves) (Base de référence 9 000). | 9 000 au 31 mars 2014 | 13 012 |
| | Nombre d'enfants ayant accès au programme de santé buccodentaire pour les enfants (Base de | 22 500 au 31 mars 2014 | 23,687 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | référence 22 500). | | |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Les programmes DES, comme la santé maternelle et infantile, le Programme canadien de nutrition prénatale (composante des Premières Nations et des Inuits), le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves, les programmes sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et l'Initiative en santé buccodentaire des enfants ont augmenté l'accès aux services qui favorisent l'état de santé. L'augmentation de l'accès a été démontrée par le dépassement des cibles établies de 9 000 femmes ayant accès aux services de santé prénatale et postnatale, y compris la nutrition (en particulier le Programme canadien de nutrition prénatale) par plus de 1 000 femmes. Les données récentes ont démontré que les femmes enceintes qui recevaient des services destinés aux femmes enceintes et aux nourrissons, à raison de quatre fois ou plus, n'avaient aucune complication pendant la grossesse et leur gain de poids pendant la grossesse était plus sain, comparativement aux femmes qui n'avaient pas participé aussi souvent à cette initiative.

Les possibilités pour les enfants autochtones d'apprendre leur langue et leur culture sont importantes afin d'appuyer leurs connaissances et leurs liens à leur communauté, ce qui peut contribuer à établir la résilience et à favoriser une meilleure santé. Santé Canada a dépassé sa cible en offrant à 13 200 enfants l'accès à l'alphabétisation et à l'apprentissage précoce grâce au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves. C'est une augmentation de plus de 4 000 enfants. Des évaluations ont démontré que le développement de la petite enfance fait conformément à l'aide du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves avait produit des changements positifs dans la préparation des enfants à l'apprentissage et l'acquisition de la langue autochtone.

Ces programmes et services dirigés par la communauté et adaptés à la culture aident les enfants des Premières Nations et des Inuits et leur famille à atteindre leur plein potentiel. En même temps, le fait d'assurer un accès équitable aux programmes et services de DES pour les collectivités des Premières Nations et des Inuits reste une préoccupation.

## Sous-sous-programme 3.1.1.2 : *Bien-être mental*

### Description

Le programme Bien-être mental administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des programmes, des stratégies, des initiatives et des services communautaires adaptés à la culture en ce qui concerne le bien-être mental des collectivités des Premières Nations et des Inuits. La prévention, l'intervention précoce, le traitement et la postcure font partie des différents services offerts.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les services suivants : prévention et traitement de la toxicomanie (dans le cadre de la SNA), promotion de la santé mentale, prévention du suicide et programme de soutien en santé pour les participants de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens.

L'objectif du programme est de s'attaquer aux risques les plus importants et aux résultats inférieurs en matière de santé associés au bien-être mental des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 341 757 466 | 314 915 568 | -26 841 898 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le résultat net de la réduction associée à la réaffectation de ressources prévues pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B., compensé en partie par du financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer la mise en œuvre d'équipes de bien-être mental supplémentaires. L'écart résulte également d'un excédent de fonds du Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats en raison de la nature du programme axée sur la demande.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 90 | 110 | 20 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Abstinence de consommation de drogue et d'alcool après un traitement de la toxicomanie. | Pourcentage des clients dans les centres de traitement qui cessent de consommer au moins une substance après avoir complété le traitement. | 30 au 31 mars 2014 | 60 |
| Réduire la consommation de substances après le traitement. | Pourcentage des clients dans les centres de traitement qui réduisent leur consommation d'au moins une substance après avoir complété le traitement. | 50 au 31 mars 2014 | 94 |
| Les Premières Nations | Nombre de projets qui | 150* au 31 mars 2014 | 136 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| et les Inuits ont accès à des programmes et des services de bien-être mental. | comprennent des programmes de prévention du suicide (spécifiquement Programme national de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones). | | |

* Le Programme de bien-être mental a ajusté la cible à 125 en vue de respecter l'orientation de la stratégie et d'être en mesure de mettre davantage l'accent sur les collectivités à risque. Cette mesure s'explique aussi par le fait que le Programme, pour être plus efficace, concentre ses efforts sur certains projets regroupés.

## Analyse du rendement et leçons retenues

Le programme de bien-être mental des Premières Nations et des Inuits a permis d'améliorer la qualité et la disponibilité des services complets de santé mentale et de toxicomanie grâce aux investissements réalisés en 2013-2014. Même si les gains au chapitre du bien-être mental se sont poursuivis, des défis persistent à cause de la nature permanente des problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits. Un sondage réalisé en 2012-2013 auprès des clients qui ont réussi le traitement « Honorer nos forces » (cadre de renouvellement du Programme national de lutte contre l'abus (LCA) d'alcool et de drogues chez les Autochtones) a démontré que 94 % des clients qui avaient visité des centres de traitement avaient réduit leur consommation d'au moins une substance depuis le traitement, alors que 60 % ont répondu ne plus jamais avoir consommé.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, environ 150 projets de prévention du suicide chez les jeunes ont été financés. Ces projets étaient diversifiés, bien enracinés dans la culture, fondés sur les priorités communautaires et axés sur les facteurs de risques chez les jeunes des Premières Nations et des Inuits. Le nombre d'équipes de bien-être mental appuyant les collectivités des Premières Nations et des Inuits est passé de 7 à 11, ce qui a amélioré l'accès à ces services.

Une composante clé du Programme de bien-être mental est la prestation de services professionnels de counseling, de services de soutien culturel et affectif aux anciens étudiants de pensionnats indiens et à leur famille. En 2013-2014, Santé Canada a financé plus de 12 organismes communautaires des Premières Nations et des Inuits pour qu'ils offrent des services de soutien culturel et en santé mentale aux clients admissibles. Le rapport intérimaire de la Commission de vérité et réconciliation a reconnu que la composante culturelle constituait une pratique exemplaire.

Santé Canada, en partenariat avec des intervenants clés, a appuyé l'élaboration d'un Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations qui renforcera les programmes et soutiendra l'intégration et l'harmonisation aux priorités des collectivités le long du continuum de soins. Le Ministère a poursuivi le travail avec l'Inuit Tapiriit Kanatami et les régions afin d'élaborer un cadre lié au continuum du mieux-être mental des Inuits.

# Sous-sous-programme 3.1.1.3 : *Vie saine*

## Description

Le programme modes de vie sains administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des programmes, des stratégies, des initiatives et des services communautaires adaptés à la culture en ce qui concerne les maladies chroniques et les blessures au sein des collectivités des Premières Nations et des Inuits.

Ce programme vise à promouvoir des comportements sains et à offrir du soutien en ce qui concerne la saine alimentation, l'activité physique, la sécurité alimentaire, la prévention, la gestion et le dépistage des maladies chroniques et la politique sur la prévention des blessures.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la prévention et la gestion des maladies chroniques, la prévention des blessures, le programme Nutrition Nord Canada (une initiative d'éducation en matière de nutrition) et le volet sur les Premières Nations et les Inuits de la SFLT (mise en œuvre en 2012-2013).

L'objectif du programme est de s'attaquer aux risques les plus importants et aux résultats inférieurs en matière de santé associés aux maladies chroniques et aux blessures chez les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 73 570 073 | 58 635 224 | -14 934 849 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par la réaffectation de fonds provenant du résultat stratégique PCSC afin de répondre aux besoins et aux priorités, par les réductions associées à la réaffectation des ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B., et le reprofilage du financement de la SFLT pour les années à venir.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 104 | 134 | 30 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Premières Nations et les Inuits ont accès à des programmes et des services liés à des modes de vie sains. | Nombre de collectivités qui offrent des programmes de modes de vie sains (spécifiquement Initiative sur le diabète chez les Autochtones). | 673* au 31 mars 2014 | 637* |
| | Pourcentage des projets qui offrent des activités physiques en vertu de l'IDA. | 63 au 31 mars 2014 | 83.4 |
| | Pourcentage de projets qui offrent des activités pour une saine alimentation en vertu de l'IDA. | 66 au 31 mars 2014 | 84.7 |

* L'IDA rejoint toutes les collectivités (soit directement par les accords de financement, soit par des activités offertes dans la collectivité par une organisation ou une communauté avoisinante qui reçoit des fonds dans le cadre de l'IDA).

### Analyse du rendement et leçons retenues

Le diabète est un problème de santé important chez les Premières Nations. Ces dernières connaissent des taux de diabète trois à quatre fois supérieurs au taux des Canadiens non autochtones. En 2013-2014, Santé Canada a investi dans l'IDA, qui vise à réduire le diabète de type 2 en offrant des services de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès de 637 collectivités des Premières Nations et des Inuits. L'IDA aide ces collectivités en augmentant la sensibilisation et les connaissances des facteurs de risques et des mesures de prévention du diabète, et en leur offrant un accès aux services de prévention, de dépistage et de gestion du diabète.

Le pourcentage de projets offerts en vertu de l'IDA (liés aux activités physiques et aux activités de saine alimentation) a dépassé les cibles prévues. De plus, les résultats obtenus jusqu'à maintenant dans le cadre de l'IDA démontrent une augmentation de la capacité communautaire et organisationnelle à offrir des programmes et des services de prévention du diabète, et un plus grand accès aux services et au soutien aux clients et à leurs fournisseurs de soins. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2008-2010 a révélé que plus de la moitié (53,6 p. 100) de toutes les personnes atteintes de diabète fréquentaient une clinique sur le diabète ou qu'elles étaient à la recherche d'un traitement pour le diabète, ce qui est une augmentation de 4,2 % par rapport aux conclusions de l'enquête de 2002-2003.

L'IDA a également appuyé les activités visant à améliorer l'accès à des aliments sains et leur disponibilité, y compris l'élaboration de plans stratégiques multisectoriels, des partenariats novateurs et des initiatives dirigées par les collectivités. Grâce à Nutrition Nord Canada, Santé Canada a fourni des fonds supplémentaires pour l'éducation nutritionnelle axée sur la communauté dans 78 collectivités isolées du nord des Premières Nations et des Inuits. Malgré les

gains réalisés, des facteurs tels que la pauvreté et l'insécurité alimentaire continuent de nuire à l'adoption d'un mode de vie sain et à l'amélioration des résultats pour la santé.

## Sous-programme 3.1.2 : *Protection de la santé publique des membres des Premières Nations et des Inuits*

### Description

Le programme Protection de la santé publique des membres des Premières Nations et des Inuits offre des services de protection de la santé publique aux Premières Nations et aux Inuits du Canada. La mise en œuvre de ce programme est axée sur le contrôle et la gestion des maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu.

Le programme de protection de la santé publique des Premières Nations et des Inuits administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes du programme afin de soutenir des initiatives se rapportant au contrôle des maladies transmissibles et à la prestation de services en matière d'hygiène du milieu, dont la surveillance, la recherche et l'analyse des risques. Les services de contrôle des maladies transmissibles et d'hygiène du milieu visent les Premières Nations qui habitent dans les réserves, et offrent un soutien dans des cas précis (p. ex. pour traiter la tuberculose) aux Inuits vivant au sud du 60$^{e}$ parallèle. La recherche sur l'hygiène du milieu, la surveillance et les activités d'analyse du risque visent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et, dans certains cas (c.-à-d. changements climatiques et adaptation en matière de santé, recherche en matière de surveillance biologique), visent également les Inuits et les membres des Premières Nations qui habitent au nord du 60$^{e}$ parallèle.

Des données de surveillance étayent ces activités de santé publique et elles sont toutes réalisées en prenant en considération le fait que les déterminants sociaux jouent un rôle primordial. Pour atténuer l'incidence des facteurs au-delà du système de santé publique, le programme collabore avec les Premières Nations, les Inuits et d'autres organismes.

L'objectif du programme est de s'attaquer aux risques liés à la santé humaine pour les collectivités des Premières Nations et des Inuits en matière de santé associés aux maladies transmissibles et à l'exposition à des dangers dans les milieux naturels et artificiels en renforçant la capacité des collectivités à contrer ces risques.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 162 005 013 | 136 591 202 | -25 413 811 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par une réaffectation des fonds provenant de ce résultat stratégique afin de répondre aux besoins et aux priorités, ainsi que par une réduction connexe de la réaffectation des ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 318 | 371 | 53 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La capacité de la collectivité à faire face aux urgences de santé est améliorée. | Pourcentage des collectivités des Premières Nations ayant une planification intégrée pour l'élaboration de plans d'interventions en cas de pandémie et en cas d'urgence. | 75 au 31 mars 2015 | 72,6 |
| Les risques en matière d'hygiène du milieu sont réduits relativement à la qualité de l'eau. | Pourcentage des systèmes publics d'aqueduc dans les réserves qui rencontrent les lignes directrices nationales sur les tests hebdomadaires pour les paramètres bactériologiques (c.-à-d. en fonction de la fréquence des tests recommandée dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada). | 50,6 au 31 mars 2016 | 58 |
| | Pourcentage des collectivités des Premières Nations qui ont accès aux services d'un contrôleur communautaire de la qualité de l'eau potable ou d'un agent d'hygiène du milieu pour le contrôle de la qualité de leur eau potable. | 100 au 31 mars 2016 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

En 2013-2014, Santé Canada a continué d'aider les collectivités des Premières Nations à améliorer leur capacité à surveiller la qualité de l'eau potable en travaillant étroitement avec les collectivités ciblées et en augmentant leurs connaissances sur les moisissures présentes dans les collectivités des Premières Nations. En novembre 2013, la *Loi sur la salubrité de l'eau potable des Premières Nations*[lxii] est entrée en vigueur. Le Ministère collabore avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) à l'élaboration du règlement afférent. Même si des progrès ont été réalisés, la conformité à la fréquence de surveillance, telle qu'elle est soulignée dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada, continue d'entraîner des difficultés sur le plan logistique qui caractérisent la gestion de très petits réseaux d'aqueduc qui sont souvent en place dans les régions rurales ou éloignées.

## Sous-sous-programme 3.1.2.1 : *Contrôle et gestion des maladies transmissibles*

### Description

Le programme Contrôle et gestion des maladies transmissibles administre des accords de contribution et des dépenses directes ministérielles afin de soutenir des initiatives se rapportant aux maladies pouvant être prévenues par un vaccin, aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement, aux infections respiratoires ainsi qu'aux urgences liées aux maladies transmissibles. Les activités relatives à la gestion et au contrôle des maladies transmissibles, qui sont réalisées en collaboration avec d'autres administrations, visent les Premières Nations qui habitent dans les réserves, et offrent un soutien dans des cas précis (p. ex. pour traiter la tuberculose) dans les collectivités inuites au sud du 60$^{e}$ parallèle. Les activités de contrôle et de gestion des maladies transmissibles s'appuient sur la surveillance de la santé publique et des méthodes fondées sur des données probantes et tiennent compte du fait que toutes les administrations provinciales et territoriales disposent de lois en matière de santé publique.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la prévention, le traitement et le contrôle des cas et des éclosions de maladies transmissibles ainsi que l'éducation publique et la sensibilisation visant à encourager les pratiques saines.

Un certain nombre de ces activités sont étroitement liées à celles qui sont entreprises dans le sous-sous-programme hygiène du milieu (3.1.2.2), car elles se rapportent aux maladies infectieuses d'origine hydrique, alimentaire et zoonotique.

L'objectif de ce programme consiste à réduire l'incidence et la propagation des maladies transmissibles au sein des collectivités des Premières Nations et des Inuits ainsi que les effets de ces maladies sur la santé.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 72 982 740 | 54 193 834 | -18 788 906 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par une réaffectation du financement provenant de ce résultat stratégique PCSC, ainsi que par les réductions associées à la réaffectation des ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 124 | 147 | 23 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Accès continu aux services de contrôle et de gestion de la tuberculose dans les réserves et taux d'adhésion thérapeutique amélioré. | Pourcentage des patients chez lesquels on a diagnostiqué une tuberculose active qui doivent suivre un traitement au cours de l'année civile faisant l'objet du rapport, et qui ont complété le traitement. | 90 au 31 mars 2016 | 83,8 |
| La sensibilisation et les connaissances du public sont améliorées en ce qui a trait aux maladies pouvant être évitées par un vaccin et l'immunisation. | Pourcentage des fournisseurs de soins dans les réserves qui reconnaissent l'importance de la vaccination des enfants. | 85 au 31 mars 2016 | Les données seront disponibles le 31mars 2016 |
| | Pourcentage des fournisseurs de soins de santé offrant des services dans les collectivités qui utilisent les documents d'information et de sensibilisation sur l'immunisation développés par la Direction générale de la santé des Premières | 70 au 31 mars 2016 | Les données seront disponibles le 31 mars 2016 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | Nations et des Inuits (Santé Canada). | | |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a soutenu les mesures de santé publique afin de prévenir et de contrôler les cas et les éclosions de maladies transmissibles dans les réserves. Le Ministère a fait la promotion de l'éducation et de la sensibilisation du public afin de favoriser des pratiques saines, renforcé la capacité de la collectivité. Il a également entrepris la surveillance et la présentation de rapport sur les maladies transmissibles et assumé la fonction de liaison et de coordination pour la gestion de toutes les situations d'urgence.

Selon le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose, 83,8 % des cas de tuberculose actifs déclarés (nouveaux et retraitement), les cas diagnostiqués en 2011 chez les membres des Premières Nations (inscrits et non-inscrits) vivant dans les réserves étaient déclarés comme guéris ou ayant terminé le traitement.

Afin d'aborder les taux élevés d'infections transmises par le sang et celles transmises sexuellement chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, Santé Canada a mis en œuvre une initiative nationale, en insistant particulièrement sur le VIH/sida, de concert avec les partenaires et les intervenants. En 2013-2014, Santé Canada a établi des objectifs et des thèmes et a conçu un document de discussion pour le Cadre des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le Ministère a terminé une campagne de marketing social sur l'immunisation d'une durée de quatre ans et a rédigé la version finale du Cadre de surveillance et de rendement pour les programmes de lutte contre la tuberculose dans le cadre de la mise en œuvre précoce de sa Stratégie de lutte contre la tuberculose pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves.

Le programme a amélioré la compréhension du Ministère des besoins de la gestion du risque au sein du ministère dans le cadre du processus de planification, tout en travaillant sur le cadre des ITSS. On fait appel à des mécanismes de rechange, tels que les téléconférences et les vidéoconférences, au lieu de tenir des réunions en personne approuvées afin de faire participer les partenaires à l'élaboration du cadre.

## Sous-sous-programme 3.1.2.2 : *Hygiène du milieu*

## Description

Le programme de Santé environnementale et publique administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes se rapportant à la prestation de services d'hygiène du milieu. Ces services visent les collectivités des Premières Nations vivant au sud du 60$^{e}$ parallèle et ils concernent différents domaines, comme l'eau potable, les eaux usées, l'élimination des déchets solides, la sécurité alimentaire, la santé et le logement, l'inspection des installations, les aspects

des mesures et interventions d'urgence se rapportant à l'hygiène du milieu et le contrôle des maladies transmissibles. Les programmes d'analyse du risque et de surveillance en matière d'hygiène du milieu sont destinés aux collectivités des Premières Nations vivant au sud du 60e parallèle, et dans certains cas, aux collectivités des Premières Nations et aux Inuits vivant au nord du 60e parallèle. Ils comprennent de la recherche communautaire et participative sur les tendances et les répercussions des facteurs environnementaux (p. ex. les contaminants chimiques, les changements climatiques) sur les déterminants de la santé (p. ex. les déterminants biophysiques, sociaux, culturels et spirituels).

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la santé publique, la surveillance, le suivi et les évaluations, l'éducation publique, la formation et le renforcement de la capacité communautaire.

L'objectif du programme est de déterminer, de contrer et de prévenir les risques pour la santé des collectivités inuites et des Premières Nations associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et artificiels.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 89 022 273 | 82 397 368 | -6 624 905 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par des réductions associées à la réaffectation de ressources prévues pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B. et par une réaffectation du financement provenant du présent résultat stratégique PCSC afin de répondre aux besoins et aux priorités.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 194 | 224 | 30 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Corpus de recherches participatives communautaires qui sont axées sur les dangers liés à l'hygiène du milieu dans les collectivités | Nombre de rapports qui sont disponibles relativement à la recherche participative communautaire sur les dangers liés à l'hygiène du milieu (Base de | 25 au 31 mars 2016 | 20 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| des Premières Nations et des Inuits. | référence 18). | | |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Comme il soutient la recherche participative communautaire, le Ministère a poursuivi son examen des propositions de projets d'infrastructure d'un point de vue de la santé publique, en plus de financer des projets communautaires afin de surveiller l'exposition aux risques pour l'environnement et les répercussions des changements climatiques. L'Initiative de biosurveillance des Premières Nations de Santé Canada a publié son tout premier rapport sur les niveaux de référence représentatifs de l'exposition aux produits chimiques dans l'environnement. L'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) est une étude de portée nationale qui vise à recueillir des renseignements auprès de 100 collectivités des Premières Nations sélectionnées au hasard sur une période de dix ans (2008-2018), afin d'établir des données de références sur le niveau de contaminants présent dans les aliments traditionnels des membres des Premières Nations vivant dans les réserves; de déterminer la valeur nutritive des aliments traditionnels; et d'examiner la structure du régime moderne des Premières Nations et la sécurité alimentaire dans les réserves. L'Étude a terminé la collecte d'échantillons et de données en Alberta.

Une autre réalisation est l'amélioration importante de la compréhension des causes, de la prévention et du nettoyage des moisissures chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, à la suite de la campagne de promotion de la santé.

En 2013-2014, Santé Canada a continué d'aider les collectivités des Premières Nations à améliorer leur capacité à surveiller la qualité de l'eau potable en travaillant étroitement avec les collectivités ciblées et en augmentant leurs connaissances sur les moisissures présentes dans les collectivités des Premières Nations. En novembre 2013, la *Loi sur la salubrité de l'eau potable des Premières Nations* est entrée en vigueur. Le Ministère collabore avec AADNC à l'élaboration du règlement afférent. Malgré les progrès réalisés, la conformité à la fréquence de surveillance, telle qu'elle est soulignée dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada, reste un problème.

Santé Canada a appuyé plusieurs études sur les effets longitudinaux au sein de populations autochtones du Nord par sa participation au Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord dirigé par AADNC. En ce qui concerne l'exposition des Premières Nations du Sud aux contaminants de l'environnement, le travail de la DGSPNI porte principalement sur la surveillance et l'évaluation des niveaux d'exposition, et repose sur des écrits scientifiques évalués par des pairs et basés sur des études portant sur de vastes cohortes, en vue de mettre continuellement au point notre compréhension de l'état actuel de la connaissance scientifique quant aux liens entre les expositions aux produits chimiques et un éventail de maladies chroniques et de troubles du développement.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation du Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement de 2008-2009 à 2012-2013 (initiative horizontale dirigée par Santé Canada).

## Sous-programme 3.1.3 : *Soins primaires offerts aux membres des Premières Nations et aux Inuits*

### Description

Le programme Soins de santé primaires offerts aux membres des Premières Nations et des Inuits administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes. Ces fonds sont utilisés pour soutenir le personnel ainsi que les postes d'exploitation et de soins infirmiers dans les réserves, les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire dans les collectivités des Premières Nations et aux Inuits ainsi que les hôpitaux dans les réserves du Manitoba, où les services ne sont pas offerts par les systèmes de santé provinciaux ou territoriaux. Les soins, qui relèvent principalement du personnel infirmier, sont offerts par une équipe de santé collaborative qui fournit des services de santé intégrés et accessibles, dont les suivants : évaluation, diagnostic, soins curatifs, gestion de cas, réadaptation, soutien, relève, des soins palliatifs et de fin de vie.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la PCSC, en plus des soins à domiciles et en milieu communautaire.

L'objectif du programme est d'offrir des soins de santé primaires aux collectivités des Premières Nations et aux Inuits.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 253 660 260 | 309 465 473 | 55 805 213 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses et la réaffectation de fonds provenant d'autres programmes à l'intérieur de ce résultat stratégique, afin d'assurer la continuité de l'accès aux services infirmiers cliniques et aux clients dans les collectivités isolées et éloignées des Premières Nations. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 570 | 740 | 170 |

Remarque : L'écart par rapport l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Des services de soins de santé primaires fondés sur des besoins évalués sont fournis aux membres des Premières Nations et aux Inuits. | Taux d'utilisation par 1 000 membres admissibles dans les réserves (Soins à domicile et en milieu communautaire et PCSC). | 365,8 au 31 mars 2015 | 364,18 |
| Réponses coordonnées aux services de soins de santé primaires. | Pourcentage des collectivités des Premières Nations qui ont des accords de collaboration avec des fournisseurs de l'extérieur de la collectivité pour la prestation des services de soins de santé primaires. | 50 au 31 mars 2015 | 65,2 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Les soins de santé primaires sont un ensemble coordonné de services de santé essentiels à la préservation de la santé et au traitement des maladies. Ces soins sont le premier point de contact individuel des membres des Premières Nations et des Inuits avec le système de santé dans la réserve ou la communauté. Ces soins étaient offerts par des équipes de soins travaillant en collaboration, qui étaient le plus souvent dirigées par des infirmières, et consistaient en services de santé intégrés et accessibles, notamment : l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins palliatifs ou en fin de vie. Santé Canada a dirigé ses travaux de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès des personnes et des familles dans le cadre de la prestation de soin. Le dépistage des cas nécessitant des soins plus poussés, la coordination ou l'intégration des soins ainsi que l'aiguillage en temps voulu vers les soins secondaires ou tertiaires requis, fournis à l'extérieur de la communauté par des établissements provinciaux ou territoriaux, étaient aussi des éléments essentiels des soins primaires. Santé Canada a fourni les services de soins primaires soit directement aux communautés inuites et des Premières Nations, soit en vertu d'accords de contribution, à des endroits où ils ne sont pas offerts par le régime provincial ou territorial, et doivent être fournis pour que les membres des

Premières Nations et les Inuits aient accès à la gamme complète de services dont bénéficient les autres habitants de la province ou du territoire vivant dans des endroits semblables. Les fonds sont affectés à la dotation en personnel et au fonctionnement : des postes de soins infirmiers situés dans les réserves, des programmes de soins communautaires et à domicile offerts dans les communautés inuites et des Premières Nations, des hôpitaux situés dans les réserves du Manitoba.

## Sous-sous-programme 3.1.3.1 : *Pratique clinique et soins aux clients*

### Description

Le programme PCSC est offert par une équipe de santé collaborative, principalement dirigée par du personnel infirmier, qui fournit des services de santé et des services buccodentaires intégrés et accessibles, dont les suivants : évaluation, diagnostic, soins curatifs, réadaptation pour les soins urgents et non urgents.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les services suivants : le triage, la réanimation et la stabilisation d'urgence, les soins ambulatoires d'urgence et les services non urgents aux patients externes, les soins coordonnés et intégrés ainsi que l'aiguillage vers des soins secondaires et tertiaires appropriés à l'extérieur de la collectivité et, dans certaines collectivités, les visites d'un médecin ainsi que les services hospitaliers, ambulatoires et d'urgence aux personnes hospitalisées.

L'objectif du programme est de fournir des services de pratique clinique et de soins aux clients aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 132 450 035 | 195 883 436 | 63 433 401 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses et par la réaffectation de fonds provenant d'autres programmes à l'intérieur de ce résultat stratégique, afin d'assurer la continuité de l'accès aux services infirmiers cliniques et aux clients dans les collectivités isolées et éloignées des Premières Nations. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 528 | 669 | 141 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les populations des Premières Nations et des Inuits ont accès aux services de PCSC. | Le pourcentage de la population admissible vivant dans les réserves qui ont accès aux services de PCSC. | 29 au 31 mars 2015 | Les données seront disponibles le 31 mars 2015 |
| | Pourcentage des services de PCSC « urgents » qui sont fournis dans les postes de soins infirmiers. | 30 au 31 mars 2015 | 27,2 |
| Des ententes sont conclues avec des partenaires externes pour la prestation de services dans les communautés inuites et des Premières Nations. | Pourcentage des aiguillages qui sont dirigés vers les soins d'urgence et hospitaliers. | 28 au 31 mars 2015 | * |

***** Les chiffres de l'an dernier étaient fondés sur une étude ponctuelle menée dans le cadre du projet MPSS qui portait sur de nombreux enjeux, dont le transport pour raison médicale. L'étude ciblait deux régions : la région du Manitoba et celle de l'Ontario.

Actuellement, le système de transport pour raison médicale des SSNA ne fait pas de distinction entre l'aiguillage vers des services d'urgence ou hospitaliers, les rendez-vous avec un spécialiste et les rendez-vous avec un médecin de l'extérieur.

Afin de régler ce problème, la DGSPNI et les SSNA ont étudié au cours de la dernière année un processus qui permettrait de définir et de distinguer divers types d'aiguillage afin d'obtenir des données plus fiables.

## Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a fourni un accès aux services infirmiers essentiels et au soutien 24 heures par jour dans 77 collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, et neuf autres collectivités des Premières Nations, grâce au financement accordé à l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) de la C. B., là où l'accès aux services de soins de santé provinciaux ou territoriaux est limité.

Au cours des cinq dernières années (2008-2013), Santé Canada a examiné et conçu de nouveaux modèles de soins, en a amélioré l'accès et intégré les services de soins primaires aux collectivités

des Premières Nations éloignées et isolées. Il a élaboré des approches de changement et des mesures du rendement afin d'appuyer la mise en œuvre de nouveaux modèles de prestation de services de santé, documenté la transformation, et, finalement, permis le renouvellement à long terme des soins de santé primaires dans ces collectivités.

Santé Canada a renouvelé la stratégie nationale de recrutement du personnel infirmier visant à embaucher un plus grand nombre d'infirmières autorisées, d'infirmières auxiliaires autorisées, de techniciens en pharmacie et de laboratoire, et d'autres fournisseurs de soins de santé. Le Ministère a également établi un arrangement national d'approvisionnement de services de soins infirmiers et a créé des équipes régionales d'infirmières ressources. Le Ministère a aussi envisagé d'étendre davantage les heures de cliniques de soins infirmiers; il a conçu et mis en œuvre des cliniques de télésanté et virtuelles pour les consultations et augmenté l'accès à la formation à distance par des initiatives de cybersanté.

Pour aller de l'avant, l'approvisionnement des services de soins infirmiers et une stratégie renouvelée pour soutenir le maintien en poste et le recrutement restent un élément central.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation du Programme des soins cliniques et aux clients destinés aux Premières Nations de 2005-2006 à 2011-2012[lxiii].

## Sous-sous-programme 3.1.3.2 : *Soins à domicile et en milieu communautaire*

### Description

Le programme Soins à domicile et en milieu communautaire administre des accords de contribution en collaboration avec des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des gouvernements territoriaux pour permettre aux personnes âgées ainsi qu'aux membres de ces collectivités ayant une incapacité, une maladie chronique ou une maladie aiguë de recevoir les soins dont ils ont besoin à domicile et dans leur collectivité. Les soins sont principalement offerts par des infirmiers autorisés spécialisés dans les soins à domicile et par des fournisseurs de soins personnels formés et agréés.

Dans le cadre de la prestation de ce programme, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) offre du financement par le biais d'accords de contribution et de dépenses ministérielles directes pour un continuum de services essentiels de base comme l'évaluation du patient et la gestion de cas; les soins infirmiers à domicile; les soins personnels et le soutien à domicile de même que le répit à domicile et l'établissement de liens et l'aiguillage, au besoin, vers d'autres services de santé ou services sociaux. Selon les besoins et les priorités de la collectivité, l'infrastructure existante et la disponibilité des ressources, le programme de soins à domicile et en milieu communautaire peut être étendu pour offrir des services de soutien. Parmi ces services, on retrouve : la réadaptation et d'autres thérapies; des programmes de jour pour adultes; des programmes de repas; des soins de santé mentale à domicile, des soins palliatifs à domicile et des services spécialisés en matière de promotion de la santé de bien-être et de mise en forme.

L'objectif du programme est d'offrir des services de santé à domicile et en milieu communautaire aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 121 210 225 | 113 582 037 | -7 628 188 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les réductions associées à la réaffectation des ressources prévues pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 42 | 71 | 29 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Des services de soins à domicile et en milieu communautaire sont fournis aux collectivités des Premières Nations et aux Inuits. | Taux d'utilisation par 1 000 habitants vivant dans les réserves. | 71,2 au 31 mars 2015 | 69,5 |
| | Pourcentage de distribution des heures de soins à domicile et en milieu communautaire dispensé pour les soins infirmiers à domicile. | 8,6 au 31 mars 2014 | 17 |
| Des accords de prestation de services, avec des partenaires au sein et à l'extérieur de la collectivité, sont offerts dans les collectivités des Premières Nations et aux Inuits. | Pourcentage des collectivités qui ont des accords de prestation de services coordonnés avec des partenaires de prestation de services provenant de l'extérieur de la collectivité. | 50 au 31 mars 2015 | 64 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

La prestation de services dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des collectivités inuites et des Premières Nations a été stable. En 2013, le

nombre de clients des Premières Nations et des Inuits ayant reçu des services du programme est passé de 31 485 à 35 081, alors que 2,5 millions d'heures de soins ont été offertes dans 686 communautés des Premières Nations et des Inuits.

L'augmentation du taux de maladies chroniques et du vieillissement de la population pointe vers une augmentation de la demande pour des services de soins à domiciles et en milieu communautaire à l'avenir.

En 2013, le Ministère a élaboré un plan d'activités stratégiques échelonné sur dix ans afin d'aider le personnel du programme, à tous les échelons, à prévoir et à réagir aux nouvelles tendances en matière de santé et de démographie, aux besoins de santé complexes et changeants et d'autres défis liés aux besoins de soins à domicile des clients inuits et des Premières Nations. Le plan reflète les priorités des Premières Nations et des Inuits et tient compte des tendances et des prévisions en matière de soins à domicile au Canada dans le cadre du continuum de soins de santé. Chaque objectif est axé sur le client et soutient les fournisseurs de soins dans la prestation de soins exemplaires qui tiennent compte des besoins évalués du client alors qu'il navigue à travers l'expérience de la maladie et de la perte.

En 2013-2014, le sous-ministre  a approuvé l'évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits de 2008-2009 à 2011-2012[lxiv].

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits a élaboré un plan de 10 ans qui permettra au personnel de soins à domicile et en milieu communautaire de relever les défis à venir de façon stratégique et intégrée au cours des 10 prochaines années.

## Programme 3.2 : *Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits*

### Description

En vertu du programme de prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits, le programme des services de santé non assurés (SSNA) met à la disposition des membres inscrits des Premières Nations et des résidents Inuits reconnus au Canada une gamme spécifiée de produits et services médicaux nécessaires qui ne sont pas offerts aux clients admissibles dans le cadre de programmes privés ou provinciaux/territoriaux. Les SSNA comprennent les produits pharmaceutiques; le matériel médical et les fournitures médicales; les soins dentaires; les soins de la vue; les services de counseling et d'intervention d'urgence en santé mentale; le transport à des fins médicales pour recevoir des services de santé nécessaires du point de vue médical qui ne sont pas disponibles dans une réserve ou dans la collectivité de résidence. Le programme paie également les cotisations du régime provincial d'assurance-maladie pour les clients admissibles en C.-B.

Les services de santé sont assurés par des fournisseurs inscrits (p. ex. pharmaciens, dentistes) du secteur privé et financés par l'entremise des bureaux régionaux ou du système électronique de

traitement des demandes du programme. Certains services sont aussi fournis en vertu d'accords de contribution conclus avec des organismes inuits et des Premières Nations et les gouvernements territoriaux au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

L'objectif du programme est de fournir des SSNA aux membres des Premières Nations et aux Inuits afin que l'état de santé de ces populations s'améliore et se compare à celui du reste de la population canadienne.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 1 017 260 925 | 1 017 260 925 | 1 113 116 336 | 1 071 034 484 | 53 773 559 |

Remarque : L'écart de 53,8 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin de soutenir les programmes et les services pour la santé des Premières Nations et des Inuits, et dont une partie n'a pas été pleinement dépensée en raison de la nature du programme axée sur la demande. Cette situation est compensée par les réductions associées à la réaffectation des ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B. (100 millions de dollars).

### Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 488 | 492 | 4 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une petite réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée par les réductions associées à la réaffectation des ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Premières Nations et les Inuits ont accès à des SSNA. | Pourcentage de la population admissible des Premières Nations et Inuits qui ont eu accès à l'un des services suivants des SSNA au cours d'une année :<br>• Pharmacie et Équipement médical et fournitures médicales<br>• Transport pour raison médicale | 72 au 31 mars 2014 | 70,8 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | • Soins dentaires<br>• Soins de la vue | | |
| Gestion efficace de l'accès aux prestations des SSNA. | Rapport des coûts administratifs (rapports des coûts administratifs par rapport aux dépenses en prestation en tant que pourcentage). | < 5 au 31 mars 2014 | 5.3* |

***** L'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) n'a pas engagé de dépenses pendant toute l'année en raison d'une transition échelonnée des responsabilités, ce qui a entraîné un total des dépenses inférieur pour les SSNA et, par conséquent, un coût administratif proportionnel supérieur. De plus, des salaires pour les SSNA étaient liés au transfert à la suite de l'accord de rachat. Les coûts administratifs devraient revenir à des niveaux plus historiques de moins de 5 % pour les années à venir.

## Analyse du rendement et leçons retenues

À titre d'activité clé sous ce programme, Santé Canada a coordonné les prestations dans les cas où le client est couvert par un autre régime d'assurance. En 2013-2014, le Ministère a coordonné 1 848 006 demandes de services pharmaceutiques et 186 471 demandes de paiements de services de soins dentaires.

Afin d'appuyer la mise en œuvre de l'Accord-cadre tripartite de la C.-B. sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, Santé Canada a transféré les fonds associés à ces prestations à l'ASPN tout en continuant d'agir en tant que fournisseur de services pour l'Autorité, assurant ainsi une transition harmonieuse.

Santé Canada a travaillé afin d'améliorer les délais d'exécution pour l'approbation des soins dentaires tout en achevant la centralisation de l'administration des soins dentaires en vertu des SSNA à Ottawa.

En collaboration avec l'Inuit Tapiriit Kanatami, Santé Canada a préparé un guide pour les Inuits – *Guide des Inuits pour l'accès aux services de santé non assurés*. Dans le cadre de l'engagement pris par Santé Canada d'améliorer constamment ses communications avec les clients, les fournisseurs et leurs représentants au sujet des prestations et de l'administration des SSNA, cette publication conjointe améliorera la portée des communications du programme des SSNA.

Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre de la Stratégie de LCA des médicaments d'ordonnance en radiant des listes les opioïdes et les autres médicaments qui se prêtent à un mauvais usage, ou en les restreignant; en augmentant l'accès à des médicaments non opioïdes (p. ex. Cymbalta); en donnant accès au traitement de la dépendance aux opioïdes au besoin; et en améliorant le Programme de surveillance des ordonnances.

L'évaluation réalisée en 2009-2010 a révélé que les SSNA sont pertinents et qu'il existe un besoin manifeste continu de faciliter l'accès aux prestations et aux services de santé chez les populations des Premières Nations et des Inuits. Les SSNA fournissent un accès aux clients admissibles, et les prestations fondées sur des données probantes des SSN contribuent à

améliorer l'état de santé des peuples des Premières Nations et des Inuits. Il reste des secteurs à améliorer pour ce qui est des données administratives dans le domaine des Services d'information ne concernant pas la santé et le traitement des demandes de paiement (déplacement pour motif médical, les soins de la vue et la santé mentale) afin d'appuyer la gestion du Programme et les décisions stratégiques au sujet de l'utilisation la plus efficace des ressources.

Santé Canada s'affaire à aborder l'amélioration de la gestion des données administratives dans ces secteurs. Nous nous sommes engagés à établir une plate-forme de la TI unique pour les soins de la vue et en incluant ces secteurs de prestation dans le cadre du réapprovisionnement du Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement national qui devrait entrer en vigueur au plus tard le 1er avril 2019. Nous travaillons également sur la mise en œuvre d'un système national de transport pour raison médicale (TRM) unique afin de remplacer le miste actuel de systèmes de TRM et d'améliorer la gestion de la prestation de TRM.

## Programme 3.3 : Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé* (1996) et la *Politique sur la santé des Indiens* (1979) accordent au programme Soutien à l'infrastructure de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits le pouvoir d'administrer les accords de contribution et les dépenses ministérielles directes dans le but de soutenir la prestation de programmes et de services de santé.

Le programme fait la promotion du renforcement des capacités des collectivités des Premières Nations et des Inuits à concevoir, à gérer, à offrir et à évaluer des programmes et des services de santé. Afin de mieux répondre aux besoins uniques en santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations, ce programme appuie également l'innovation dans la prestation des programmes et des services de santé; les partenariats entre Santé Canada, les provinces et les Premières Nations en ce qui concerne la gouvernance des services de santé; l'intégration accrue des services de santé des provinces et des Premières Nations.

L'objectif du programme est d'aider à améliorer l'état de santé des membres des collectivités des Premières Nations et des Inuits afin qu'il devienne comparable à celui de la population canadienne à long terme.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 231 648 633 | 231 648 633 | 525 566 179 | 525 066 806 | 293 418 173 |

Remarque : L'écart de 293,4 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer les programmes et les services de santé des Premières Nations et des Inuits, et les fonds visant à soutenir la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Ressources humaines (Équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 113 | 262 | 149 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B. Santé Canada a droit à une croissance annuelle de 3 % sur une partie des programmes pour les Infrastructures en santé pour les Premières Nations et les Inuits. Ces fonds sont affectés au fonds de fonctionnement. Au cours des dernières années, conformément aux autorisations de programme approuvées par le Conseil du Trésor, Santé Canada a procédé chaque année au réalignement des ressources en fonction des besoins des programmes, du fonctionnement aux salaires; par conséquent, l'utilisation réelle des ETP est plus élevée que prévu. Maintenant que les RMR sont établis au niveau des sous-sous-programmes, le Ministère entend apporter des modifications au Budget principal des dépenses futur afin de tenir compte des exigences opérationnelles actuelles.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les relations de gouvernance innovatrice et intégrée en santé ont augmenté. | Pourcentage des provinces et des territoires qui ont des accords pluri gouvernementaux en vue de planifier, d'assurer la prestation ou de financer conjointement des services de santé intégrés aux Canadiens d'origine autochtone. | 100 au 31 mars 2015 | Les données seront disponibles le 31 mars 2015 |
| La capacité des Premières Nations et des Inuits est améliorée quant à l'influence et/ou au contrôle (c.-à-d. conception, prestation et gestion) des | Nombre de collectivités qui ont des accords de financement souple ou global (c. à d. les collectivités qui conçoivent, fournissent et gère leurs programmes et services de santé) (Base | 496 au 31 mars 2016<br><br>Remarque : La cible a été ajustée à 310 afin de tenir compte du retrait de l'Accord-cadre tripartite de la C.-B. | 325 |

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| programmes et des services de santé. | de référence 486). | | |

Remarque : La cible a été ajustée afin de refléter le retrait des collectivités de la C.-B. du nombre d'accords en raison du transfert des responsabilités à l'ASPN dans le cadre de l'Accord-cadre tripartite de la C.-B.

## Analyse du rendement et leçons retenues

Une bonne partie des travaux en cours le cadre de cette activité de programme touche à la participation aux initiatives d'infrastructure de santé et à leur coordination avec des partenaires, en particulier l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, l'ASPC et AADNC. En conjuguant leurs efforts, les partenaires ont élaboré des approches dans des domaines d'intérêt commun pour faire progresser la santé des Premières Nations et des Inuits, ont orienté la recherche et les analyses faisant suite aux enquêtes sur la santé et ont cherché à harmoniser ou à améliorer les pratiques et les systèmes que les ministères utilisent pour gérer les accords de contribution.

Santé Canada et AADNC se sont engagés à simplifier, à uniformiser et à harmoniser les politiques, les procédures et la gestion des paiements de transfert, et à valider les modèles de financement pour les prestataires autochtones, ce qui fournirait un seul mode de financement au nom des deux ministères. Afin de rationaliser les procédures administratives, Santé Canada et AADNC ont conçu conjointement des vérifications de prestataires et des protocoles de vérification des prestataires; établi une trousse unique uniformisée pour la présentation de rapports financiers au fédéral, y compris les états financiers consolidés vérifiés pour les prestataires communs; et élaboré un cade commun de contrôle de la gestion et une approche de la gestion des manquements. Le cadre comprend une réponse commune aux résultats de l'évaluation des risques du prestataire dans les domaines du contrôle de la gestion centrale; de la prévention et de la gestion des manquements; et du renforcement des capacités.

Santé Canada a offert un soutien continu aux collectivités des Premières Nations et des Inuits, aux gouvernements provinciaux et territoriaux afin de promouvoir une meilleure intégration des programmes et services.

Dans le cadre de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé des Premières Nations de la C.-B., le 1er octobre 2013, Santé Canada a transféré son rôle dans la conception, la gestion et la prestation des programmes de soins de santé aux Premières Nations à l'ASPN.

Santé Canada a continué de travailler avec les régions pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie de surveillance qui est pertinente aux échelons régionaux et communautaires.

# Sous-programme 3.3.1 : *Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits*

## Description

Le programme Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes axés sur la gestion globale et la mise en œuvre des programmes et des services de santé.

Ce programme favorise la participation des Premières Nations et des Inuits dans les domaines suivants : carrières dans le domaine de la santé, y compris les bourses d'études; création d'activités de recherche en santé et accès à celles-ci; acquisition d'information et de connaissances afin d'éclairer tous les aspects des programmes et des services de santé; construction et entretien d'établissements de santé. Ce programme soutient également les mesures visant à créer de nouvelles structures de gouvernance des services de santé auxquelles participeront davantage les Premières Nations.

Le programme compte sur la participation d'une variété de partenaires, d'intervenants et de clients, dont les collectivités des Premières Nations et des Inuits, les conseils de quartier, les conseils tribaux, les organismes nationaux autochtones, les ONG, les organismes de santé, les ministères de la Santé provinciaux, les autorités régionales de la santé, les établissements d'enseignement postsecondaire, les associations, les professionnels de la santé et les administrateurs de programme.

L'objectif de ce programme est d'améliorer la prestation des programmes et des services de santé offerts aux Inuits et aux Premières Nations en renforçant la capacité des Inuits et des Premières Nations à planifier et à gérer leurs programmes et leur infrastructure.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 207 995 779 | 239 955 944 | 31 960 165 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les ressources allouées au résultat stratégique à partir du report du budget de fonctionnement et d'autres programmes du Ministère ainsi que par le financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer l'accréditation des centres de santé des collectivités des Premières Nations, ce qui est compensé en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 63 | 107 | 44 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La qualité de l'exécution des programmes et de la prestation des services est améliorée. | Nombre de collectivités qui ont accès aux soins de santé fournis par des organismes accrédités (Base de référence 131). | 138 au 31 2014 | 121* |
| Les établissements de santé qui sont gérés par les Premières Nations et les Inuits sont sécuritaires. | Pourcentage des établissements de santé ayant fait l'objet d'une vérification intégrée des établissements qui n'ont aucun problème considéré critique relativement à la propriété. | 58 au 31 mars 2014 | 25** |

* Un total de 87 centres de santé communautaire servant 207 collectivités sont en cours d'accréditation, de ce nombre, 52 centres desservant 121 collectivités ont été accrédités.
** Aucun problème important n'a été relevé pour seulement 7 des 24 installations ayant fait l'objet d'une vérification. Cela représente 25 % des installations vérifiées, soit moins que les 58 % ciblés. Parmi les 34 problèmes importants cernés, 24 ont été réglés.

## Analyse du rendement et leçons retenues

Le Plan d'investissement à long terme (PILT) des établissements de santé établit un lien entre les exigences opérationnelles du programme, y compris les besoins et les risques actuels et futurs, et certaines propositions de projets d'immobilisations. Le PILT sert à déterminer, à évaluer et à classer par ordre de priorité les projets d'immobilisation à mettre en œuvre. En 2013-2014, grâce au PILT, 14 grands projets pluriannuels et 80 petits projets ont été déterminés et approuvés à des fins de financement.

Afin de faciliter l'amélioration continue du système de santé, Santé Canada a poursuivi l'élaboration des normes de prestation de services pour tous les programmes. Il s'agit d'une importante réalisation, car bon nombre de secteurs de programme ne disposaient pas de normes pour la prestation de services.

En 2013-2014, les cycles de planification régionaux du PILT n'étaient pas synchronisés aux nouveaux cycles de planification de l'ensemble de Santé Canada, ce qui a entraîné une pression

accrue sur les régions. Pour régler ce problème, des ajustements seront faits au cycle de planification du programme d'immobilisation pour la prochaine année.

## Sous-sous-programme 3.3.1.1 : *Planification de la santé et gestion de la qualité*

### Description

Le programme Planification de la santé et gestion de la qualité administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir le renforcement des capacités des collectivités des Premières Nations et des Inuits.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les services suivants : la conception et la prestation de programmes et de services de santé grâce à la planification et à la gestion de programmes; l'amélioration continue du système de santé grâce à l'agrément; l'évaluation des programmes de santé et le soutien aux activités de développement des collectivités.

L'objectif du programme est d'accroître la capacité des Premières Nations et des Inuits à concevoir, gérer, évaluer et offrir des programmes et des services de santé.

#### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 148 592 049 | 122 308 264 | -26 283 785 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le résultat net des réductions associées à la réaffectation de ressources prévues pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B., et par la réaffectation des fonds entre les programmes du présent résultat stratégique afin de répondre aux besoins et aux priorités. Cette situation est compensée en partie par les fonds supplémentaires reçus dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer l'accréditation des centres de santé communautaire des Premières Nations.

#### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 29 | 58 | 29 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les fonds reçus dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer l'accréditation des centres de santé communautaire des Premières Nations et par une harmonisation des ressources à partir des plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à l'harmonisation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La capacité d'exécuter et d'assurer la prestation de programmes et de services de santé est accrue. | Pourcentage des centres de traitement accrédités. | 82 au 31 mars 2014 | 78* |

* Le pourcentage total des centres de traitement en cours d'accréditation est 82.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

L'agrément est le processus reconnu à l'échelle nationale et internationale qui vise à normaliser le niveau de qualité dans la planification, la gestion de la santé et la prestation des services. En évaluant la qualité des soins et des services qu'ils offrent, et en les comparant aux normes nationales d'excellence, les organismes sont en mesure d'évaluer leur performance clinique et opérationnelle. Ils obtiennent une image claire de leurs forces et des secteurs à améliorer.

En 2013-2014, Santé Canada a augmenté le nombre de centres de santé communautaire qui ont fait le processus d'accréditation, qui est passé de 75 à 87, et a augmenté à 121 le nombre de collectivités qui ont reçu des services de soins de santé primaires d'un centre de santé pleinement accrédité. À l'heure actuelle, 46 centres de traitement de la toxicomanie sont en cours d'accréditation.

Santé Canada a mis en œuvre le Cadre d'amélioration de la qualité afin d'améliorer la manière dont les programmes et les services sont élaborés et offerts. En 2013-2014, des séances de formation sur l'amélioration de la qualité ont été offertes à une centaine d'employés.

La planification de la santé et une composante importante du programme qui soutient l'élaboration des programmes de santé pour les Premières Nations et aide à renforcer la capacité dans les collectivités des Premières Nations. Santé Canada a collaboré de façon continue avec divers programmes de santé des Premières Nations et des Inuits, ainsi qu'avec AADNC.

## Sous-sous-programme 3.3.1.2 : *Ressources humaines en santé*

### Description

Le programme RH en santé administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de promouvoir et de soutenir des services de santé de qualité à l'échelle de la collectivité en augmentant le nombre de personnes inuites ou des Premières Nations se dirigeant vers des carrières en santé et travaillant dans ce domaine ainsi qu'en s'assurant que les travailleurs communautaires possèdent des compétences et des attestations comparables à celles des travailleurs des systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux. Le programme compte sur la participation de nombreux intervenants, dont les gouvernements fédéraux, provinciaux et

territoriaux, des organismes regroupant des professionnels de la santé, des organismes nationaux autochtones, des ONG, des associations et des établissements d'enseignement.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : bourses d'études dans le secteur de la santé; activités de promotion des carrières en santé; opportunités de stage et d'emploi d'été pour les étudiants; activités d'application des connaissances; formation des travailleurs communautaires du secteur de la santé et des gestionnaires de la santé; élaboration et mise en œuvre de la planification des RH en santé pour les associations de professionnels de la santé autochtones, fédérales, provinciales, territoriales, les établissements d'enseignement et les autres intervenants.

L'objectif du programme est d'accroître le nombre de personnes inuites et des Premières Nations qualifiées qui participent à la prestation des soins de santé.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 17 578 574 | 14 087 816 | -3 490 758 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par des réductions associées à l'harmonisation de ressources prévues pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B et par les économies réalisées au moyen des activités de simplification et de rationalisation des opérations, tout en maintenant les services pour les Canadiens.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 22 | 16 | -6 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les économies réalisées au moyen des activités de simplification et de rationalisation des opérations, tout en maintenant les services pour les Canadiens.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Participation accrue de la population autochtone à des programmes d'études postsecondaires qui permettent d'entreprendre une carrière en santé. | Nombre de bourses offertes à la population autochtone a par année (Base de référence 340). | 425 au 31 mars 2014 | 752 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

L'Initiative sur les RH en santé autochtone (IRHSA) a été renouvelée pour cinq ans (2010-2015) avec l'objectif d'augmenter le nombre d'Autochtones qui font carrière dans le domaine de la santé, et d'établir la base pour un changement systémique de l'offre et de la demande des RH de la santé autochtone.

Le financement a permis à Santé Canada de jouer un rôle stratégique, en collaboration avec les provinces, les territoires, les groupes Autochtones, les associations de professionnels de la santé et les autres intervenants clés, afin de favoriser l'innovation pour ce qui est des RH en santé qui serviront à accroître le recrutement et le maintien en poste des Autochtones dans la main-d'œuvre des soins de santé.

Grâce à la fondation Indspire, l'IRHSA offre chaque année des fonds pour des bourses d'entretien et d'études. Ces bourses sont disponibles pour un large éventail de carrières en santé, y compris les secteurs prioritaires comme la médecine, les soins infirmiers et la dentisterie. Depuis le début de l'IRHSA, des étudiants autochtones ont reçu plus de 3 000 bourses d'entretien et autres.

L'IRHSA a également porté une attention particulière à l'échelon communautaire en appuyant la formation des travailleurs communautaires afin qu'elle soit comparable selon les normes provinciales et territoriales à l'objectif d'augmenter la qualité des soins pour les patients.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits de 2008-2009 à 2012-2013[lxv].

## Sous-sous-programme 3.3.1.3 : *Établissements de santé*

### Description

Le programme Établissements de santé administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin d'offrir aux collectivités et aux fournisseurs de soins de santé les établissements nécessaires pour assurer la prestation de programmes et de services de santé de façon sécuritaire et efficace. Les dépenses ministérielles directes se rapportent aux conditions de travail du personnel de Santé Canada participant directement à la prestation des programmes et des services de santé aux collectivités des Premières Nations et des Inuits.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : investissement dans l'infrastructure, qui peut comprendre la construction, l'acquisition, la location, l'exploitation, l'entretien, l'agrandissement et/ou la rénovation des établissements de santé, et dans les services de sécurité; mesures correctives et préventives concernant l'infrastructure; amélioration des conditions de travail du personnel de Santé Canada en conservant ou en rétablissant la conformité au code du bâtiment, à la réglementation environnementale et aux normes en matière de santé et de sécurité au travail.

L'objectif du programme est de favoriser l'élaboration et la prestation de programmes et de services de santé grâce à des investissements dans l'infrastructure.

## Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 41 825 156 | 103 559 864 | 61 734 708 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le financement supplémentaire provenant d'autres sources, comme le report de financement pour réaliser des investissements en capital essentiels et prioritaires dans les infrastructures des Premières Nations et des Inuits, compensé par des réductions associées à l'harmonisation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 12 | 33 | 21 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une harmonisation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à la réaffectation des ressources provenant de la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les établissements de santé où l'exécution du programme a lieu sont sécuritaires | Pourcentage des recommandations « hautement prioritaires », découlant des vérifications intégrées des établissements, qui sont traitées selon l'échéancier | 50 au 31 mars 2014 | 70 |
| Les programmes et les services de santé sont offerts grâce à une capacité communautaire efficace à gérer les plans de santé | Nombre de bénéficiaires qui ont signé des accords de contribution entrant en vigueur à compter de 2011-2012 ou plus tard qui ont élaboré des plans de gestion pour l'exploitation et l'entretien de leur infrastructure de santé | 10 au 31 mars 2014 | 40 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

En 2013-2014, le PILT avait entrepris 14 grands projets, dont la plupart étaient pluriannuels. Parmi ces projets, quatre ont été terminés, quatre sont en cours et pour les derniers six, les travaux de construction avaient débuté. De plus, plus de 80 petits projets avaient été réalisés tel qu'il avait été prévu. Tout au long de l'exercice, 14 autres grands projets et 27 petits projets ont été réalisés.

Les Premières Nations ont continué de travailler à la réalisation de ce projet malgré les défis qui lui sont liés, comme une météo défavorable et la disponibilité des fournisseurs de services. La météo peut affecter la livraison des matériaux en plus de raccourcir la saison de construction, tandis que la pénurie de fournisseurs de services, en particulier dans l'ouest, peut rendre nécessaire le paiement d'une prime afin de recevoir le service. Cette situation a été rendue plus complexe pour les projets offerts dans les collectivités éloignées ou isolées.

## Sous-programme 3.3.2 : *Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits*

## Description

Le programme Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits intègre, coordonne et conçoit des systèmes de santé novateurs offrant des services aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations grâce à l'administration des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes.

Ce programme est axé sur l'élaboration de démarches novatrices en matière de soins de santé primaires, les investissements durables relatifs aux technologies qui améliorent la prestation des services de santé et le soutien quant à l'élaboration de nouvelles initiatives et structures de gouvernance visant à accroître la participation des collectivités des Premières Nations et des Inuits à la conception et à la prestation de programmes et de services de santé au sein de leur collectivité, ainsi que le contrôle qu'elles exercent à ce sujet.

Par l'entremise de ce programme, Santé Canada mise sur la participation de différents partenaires, intervenants et clients, avec qui elle travaille en collaboration. Parmi ceux-ci se trouvent les collectivités inuites et des Premières Nations, les conseils tribaux, les organisations autochtones, les ministères de la Santé provinciaux, les autorités régionales de la santé, les établissements d'enseignement postsecondaire, les associations, les professionnels de la santé et les administrateurs de programme.

L'objectif de ce programme est de rendre les systèmes de santé des Inuits et des Premières Nations plus efficients et efficaces.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 23 652 854 | 49 921 966 | 26 269 112 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le résultat net du financement supplémentai reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer le programme d'Infostructure de cybersanté (PIC), et par l'harmonisation des fonds provenant d'autres programmes à l'intérieur du présent résultat stratégique afin de répondre aux besoins et aux priorités, et par la réduction associée à l'harmonisation des ressources afin de mettre en œuvre l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 50 | 146 | 96 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par un financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer PIC et une harmonisation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par l'harmonisation de ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les principaux intervenants en santé des Autochtones sont déterminés à intégrer les services de santé | Pourcentage des comités consultatifs provinciaux/territoriaux dans lesquels les principaux intervenants de l'intégration des services de santé (Premières Nations et Inuits/Provinces/Territoires) sont représentés | 100 au 31 mars 2014 | 100 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

En 2013-2014, Santé Canada a maintenu ses investissements et ses progrès actuels en cybersanté par rapport aux cinq dernières années afin d'appuyer et de permettre la prestation de services de soins de santé primaires et publics modernes aux collectivités géographiquement éloignées, ce qui a permis de rehausser la qualité des soins de santé dans ces collectivités. Environ 95 % des collectivités des Premières Nations avaient accès à une connexion à haute vitesse ou à large bande. La connectivité est essentielle pour permettre l'accès à des services de télésanté dans ces collectivités.

Annoncé en 2010, le Fonds d'intégration des services de santé (FISS) soutient les projets interprovinciaux visant à améliorer l'intégration des services de santé financés par le gouvernement fédéral à ceux des provinces et des territoires, ce qui permet d'en améliorer l'accès. En date de mars 2014, 75 projets ont été approuvés dans l'ensemble des 13 provinces et territoires. Les projets financés, dont les objectifs varient, sont le fruit d'un travail de collaboration en vue de l'intégration des services de santé dans divers domaines, comme les maladies chroniques, la gouvernance intégrée et la planification tripartite, la santé des mères, des enfants et des jeunes, la santé mentale et la toxicomanie, les soins primaires et continus, la santé publique et la logistique du système.

## Sous-sous-programme 3.3.2.1 : *Intégration des systèmes*

### Description

Le programme Intégration des systèmes administre les accords de contribution et les dépenses ministérielles directes afin de mieux intégrer les programmes et les services de santé financés par le gouvernement fédéral à ceux qui sont financés par les gouvernements provinciaux ou territoriaux.

Ce programme soutient le travail des partenaires relativement aux services de santé, y compris les Inuits et les Premières Nations, les conseils tribaux, les autorités de la santé régionales et de district, les régions, les organisations autochtones nationales, les organisations provinciales et territoriales, dans le but d'intégrer les systèmes de santé, les services et les programmes afin d'améliorer leur coordination et de faire en sorte qu'ils répondent mieux aux besoins des Inuits et des Premières Nations. Ce programme fait également la promotion de nouvelles ententes tripartites et il encourage leur utilisation.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les deux activités clés suivantes : l'élaboration de structures à plusieurs parties pour déterminer conjointement les priorités et les plans d'intégration pour poursuivre l'intégration des services de santé dans une province ou un territoire donné; la mise en œuvre de projets d'intégration sur plusieurs années et à grande échelle conformes aux priorités convenues (p. ex. un cadre de santé publique à l'échelle de la province ou une planification et une prestation intégrées des services de santé mentale à l'échelle régionale).

L'objectif de ce programme consiste à améliorer l'efficacité du système de santé et à faire en sorte qu'il soit intégré pour un accès accru aux soins et l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 15 018 292 | 17 934 212 | 2 915 920 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par la réaffectation du financement provenant d'autres programmes à l'intérieur du présent résultat stratégique afin de répondre aux besoins et aux priorités, qui est partiellement compensée par des réductions associées à l'harmonisation des ressources destinées à la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 9 | 36 | 27 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par une harmonisation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à l'harmonisation des ressources destinées à la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La planification axée sur la collaboration et l'intégration des services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits est accrue. | Pourcentage des collectivités des Premières Nations et des Inuits impliquées dans un projet relatif aux FISS qui affirment que la collaboration entre les autorités respectives est accrue quant à la planification, à la prestation et/ou au financement des services de santé. | 100 au 31 mars 2015 | Les données seront disponibles le 31 mars 2015 |

## Analyse du rendement et leçons retenues

Il y a plus de 70 projets actifs dans le cadre du FISS et plus de 450 partenaires travaillent ensemble afin d'améliorer l'accès aux soins des Premières Nations et des Inuits en améliorant l'intégration des services et la collaboration. Le rapport sur les projets révèle que 55 % des partenariats avancent tel que prévu et que 11 % dépassant les attentes prévues.

# Sous-sous-programme 3.3.2.2 : *Infostructure cybersanté*

## Description

Le PIC administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir et de maintenir l'utilisation et l'adoption de technologies appropriées en matière de santé qui permettent aux fournisseurs de soins de santé de première ligne d'améliorer la prestation des services de santé aux collectivités des Premières Nations et aux Inuits grâce aux partenariats en matière de cybersanté, aux technologies, aux outils et aux services. Les dépenses ministérielles directes appuient également la réalisation de projets nationaux destinés à étudier des systèmes d'information novateurs et des technologies des communications qui pourraient avoir des répercussions à l'échelle nationale.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la surveillance en santé publique; la prestation des services de santé (y compris les soins primaires et communautaires); les rapports, la planification et la prise de décisions en matière de santé ainsi que l'intégration et la compatibilité avec d'autres partenaires quant à la prestation de services de santé.

L'objectif de ce programme consiste à améliorer l'efficacité des services de santé offerts aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations grâce à l'utilisation de technologies de cybersanté dans le but de définir, de recueillir, de communiquer, de gérer, de diffuser et d'utiliser les données.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 8 634 562 | 31 987 754 | 23 353 192 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par le résultat net du financement supplémentai reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer le PIC, par l'harmonisation des fonds versés entre programmes à l'intérieur du présent résultat stratégique afin de répondre aux besoins et aux priorités, qui est partiellement compensé par la réduction associée à l'harmonisation des ressources destinées à la mise en œuvre l'Initiative tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 41 | 110 | 69 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par un financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer le PIC et une harmonisation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Cette situation est compensée en partie par des réductions associées à l'harmonisation des ressources destinées à la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la C.-B.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'accès au service d'infostructure de cybersanté est amélioré | Nombre de collectivités des Premières Nations qui utilisent Panorama ou un système public équivalent d'information sur la santé | 40 au 31 mars 2015 | Les données seront disponibles le 31 mars 2015 |
| Intégration des systèmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits | Nombre de sites cybersanté mis en application | 300 au 31 mars 2014 | 220 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Parmi les collectivités des Premières Nations, bon nombre vivent dans des régions éloignées, c'est pourquoi les partenariats, les outils, les services et les technologies de cybersanté sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé général de leurs membres.

Environ 95 % des collectivités des Premières Nations avaient un certain niveau de connectivité, ce qui est un élément clé de la modernisation de la prestation de services de santé à l'échelon communautaire (en particulier la télésanté). Santé Canada a contribué à soutenir les 220 sites de télésanté et de vidéoconférences dans les collectivités des Premières Nations (excluant les 80 sites de télésanté et de vidéoconférence de la C.-B.). Ces sites ont offert aux membres des collectivités et à leur famille un meilleur accès à des services de soins de santé efficients et efficaces. Ils ont permis à des professionnels de la santé de consulter et de collaborer avec des professionnels de la santé spécialisés. La formation à distance, qui a été rendue possible par ces outils de cybersanté, a permis d'augmenter les connaissances et les compétences des professionnels de la santé de ces collectivités.

Santé Canada a poursuivi sa collaboration avec les intervenants afin de mettre en œuvre un système de surveillance de la santé publique dans les régions afin d'être au diapason avec les systèmes et les régimes de santé publique provinciaux. Toutefois, les retards de mise en œuvre de Panorama ont affecté le calendrier d'intégration et de mise en œuvre des Premières Nations. Par conséquent, la cible du nombre de collectivités utilisant un système d'information sur la santé n'a pas été atteinte.

Les activités en cybersanté appuient la planification triennale visant à établir des dossiers de santé et médicaux intégrés à l'échelon provincial et interopérables dans les régions éloignées et isolées prioritaires. De concert avec les intervenants, Santé Canada a établi une capacité de cybersanté dans les collectivités des Premières Nations pour plusieurs projets ou initiatives, et a renforcé les structures de gouvernance et les partenariats trilatéraux.

Malgré le niveau élevé de connectivité dans les collectivités des Premières Nations, il reste des défis pour ce qui est de s'assurer que la vitesse de transfert des données est suffisante afin d'utiliser des applications modernes, comme les programmes d'imagerie médicale.

## Sous-sous-programme 3.3.2.3 : *Innovation en soins infirmiers*

### Description

Le programme Innovation en soins infirmiers étudie de nouvelles approches pour améliorer les services de santé primaires dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations.

Ce programme encourage le recrutement et le maintien en poste de personnel infirmier pour la prestation des soins primaires dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations. Il favorise aussi un accès accru à une formation en soins primaires pour le personnel infirmier dans les régions éloignées et isolées ainsi qu'en soins à domiciles et en milieu communautaire.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les services suivants : la mise en œuvre de projets pilotes novateurs mettant à l'essai de nouveaux modèles de prestation des soins de santé impliquant des équipes de santé collaboratives; l'établissement de liens entre la technologie et le personnel infirmier et l'étude de nouvelles heures d'ouverture dans les postes infirmiers ciblés.

L'objectif du programme est de maintenir et/ou d'améliorer les services de santé primaires offerts aux personnes, aux familles et aux collectivités des Premières Nations.

Ressources financières budgétaires (dollars)

| **Dépenses prévues 2013-2014** | **Dépenses réelles 2013-2014** | **Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014** |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 |

Remarque : Même si le Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers (PNSISI) des Premières Nations s'est terminé le 31 mars 2013, l'AAP de 2013-2014 du Ministère inclut ce sous-sous-programme.

Ressources humaines (ETP)

| **Prévu 2013-2014** | **Réel 2013-2014** | **Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014** |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 |

Remarque : Même si le PNSISI des Premières Nations s'est terminé le 31 mars 2013, l'AAP de 2013-2014 du Ministère inclut ce sous-sous-programme.

## Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'accès à l'éducation est accru relativement aux soins infirmiers primaires pour la pratique dans les régions éloignées et isolées. | Nombre d'infirmiers/ infirmières qui ont complété un cours en soins infirmiers primaires pour la pratique dans les régions éloignées et isolées. | 20 au 31 mars 2014 | 20 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Le Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers (PNSISI) des Premières Nations a pris fin le 31 mars 2013.

De 2008 à 2013, le gouvernement fédéral a financé des pratiques et des approches pilotes novatrices dans le cadre du Programme. Au cours de cette période de cinq ans, le PNSISI a accompli des progrès vers l'amélioration de l'accès aux services de soins primaires grâce à de nouvelles heures d'ouverture, notamment la prolongation des heures normales d'activité dans certains postes infirmiers afin d'améliorer l'accès aux cliniques sans rendez-vous. L'intégration de technologies dans la prestation des soins de santé, comme la télésanté, les appareils mobiles, des outils en ligne (p. ex. sites Web didactiques), des applications logicielles et des systèmes de gestion des ordonnances et des inventaires des pharmacies, a permis de renforcer les capacités du personnel des soins primaires. Une stratégie nationale de formation a été établie. Ce volet comportait des projets pilotes en matière de formation en soins infirmiers à l'échelle régionale et nationale ainsi que des activités régionales de formation en soins infirmiers afin d'améliorer l'accès des infirmières et infirmiers à la formation continue et au développement professionnel. La collaboration entre les fournisseurs de soins de santé a été améliorée grâce à la création d'équipes de soins en collaboration intégrant de nouveaux fournisseurs de soins aux équipes d'infirmières et infirmiers existantes. Ce volet comprenait aussi l'intégration de nouveaux effectifs en soins infirmiers, par exemple des infirmiers et infirmiers praticiens, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et des infirmières et infirmiers en santé mentale. Les pratiques et les approches novatrices en matière de soins primaires découlant de nombreux projets pilotes du PNSISI, jointes aux leçons tirées de cette initiative, sont incorporées aux futurs modèles de prestation des soins primaires.

En 2013-2014, le sous-ministre a approuvé l'évaluation de Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers des Premières Nations de 2008-2009 à 2011-2012[lxvi].

Santé Canada continue de s'employer à améliorer les soins primaires dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations en mettant en œuvre la Stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier et en élaborant des modèles améliorés de soins de santé primaires dans ces collectivités.

# Sous-programme 3.3.3 : *Gouvernance tripartite en matière de Santé*

## Description

L'approche stratégique à plus long terme de la DGSPNI vise à atteindre une plus grande intégration des programmes de santé offerts par les gouvernements fédéraux et provinciaux aux Premières Nations, et à améliorer l'accès aux programmes de santé, à réduire le chevauchement et de dédoublement de services et à augmenter l'efficience, lorsque cela est possible.

L'Initiative tripartite de la C.-B. consiste en un arrangement entre le gouvernement du Canada, le gouvernement de la C.-B. et les Premières Nations de la C.-B. Depuis 2006, les parties ont négocié et mis en œuvre une série d'accords tripartites visant à faciliter la mise en œuvre de projets de santé, en plus d'élaborer une nouvelle structure de gouvernance de la santé par les Premières Nations. En 2011, les ministres de la Santé fédéral et provincial et les Premières Nations de la C.-B. ont signé l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé des Premières Nations de la C.-B.

Cet Accord-cadre s'engage à créer une nouvelle ASPN pour l'ensemble de la province qui assumera la responsabilité de concevoir, de gérer et d'offrir ou de financer des programmes de santé aux Premières Nations en C.-B. L'Autorité sanitaire sera contrôlée par les Premières Nations et travaillera avec la province afin de coordonner le programme de santé. Elle peut concevoir ou remanier les programmes de santé en fonction de ses plans de santé. Santé Canada restera un bailleur de fonds et un partenaire de la gouvernance, mais ne jouera plus aucun rôle dans la conception ou la prestation du programme.

Le financement en vertu de ce programme est limité à l'ASPN pour la mise en œuvre l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé des Premières Nations de la C.-B.

Le Programme a comme objectif de permettre à l'ASPN nouvellement formée d'élaborer et d'offrir des services de santé de qualité qui permet une collaboration et une intégration plus étroites avec les services de santé provinciaux.

Ce programme utilise le financement du paiement de transfert suivant : Soutien à l'infrastructure de santé destinée aux Premières Nations et aux Inuits

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Dépenses prévues 2013-2014 | Dépenses réelles 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 0 | 235 188 896 | 235 188 896 |

Remarque : L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les ressources existantes et nouvelles (44 millions de dollars) associées à la mise en œuvre progressive de l'Initiative tripartite de la C.-B., entrée en vigueur le 2 juillet 2013. Les ressources ont été réaffectées à partir des programmes 3.1 Soins primaires aux Premières Nations et aux Inuits (75 M$) et 3.2 Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits (100 M$) ainsi qu'aux niveaux des sous-sous-programmes de 3.3 Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits (18 M$) vers le sous-sous-programme 3.3.3 Gouvernance tripartite en matière de santé conformément aux modalités de l'accord-cadre tripartite de la C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 0 | 9 | 9 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les ressources existantes et nouvelles associées à la mise en œuvre progressive de l'Initiative tripartite de la C.-B., entrée en vigueur le 2 juillet 2013.

### Résultats du rendement

| Résultat attendu | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Responsabilisation réciproque entre les partenaires tripartites de la gouvernance, tel qu'il est indiqué à la section 2.2 de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé des PN de la C.-B. | % d'activités de partenariats et d'engagement prévues mises en œuvre, tel qu'il est prévu à la section 8 de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la C.-B. | 100 au 31 mars 2016 | Les données seront disponibles le 31 mars 2016 |

* Le 2 juillet 2013, les programmes et le soutien ministériel de l'administration centrale ont été transférés à l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN). Le 1er octobre 2013, tous les programmes régionaux, ainsi que le personnel et les postes régionaux désignés ont été transférés à l'ASPN.

## Analyse du rendement et leçons retenues

Le 2 juillet 2013, la première phase du transfert à l'ASPN a eu lieu. Ce transfert comprenait les programmes et le soutien général de l'administration centrale. Le transfert final a eu lieu le 1er octobre 2013, alors que tous les programmes régionaux et les employés et les postes régionaux déterminés ont été transférés à l'ASPN. Une fois le transfert terminé, l'ASPN a assumé avec succès la responsabilité de la conception et de la prestation de programmes de santé offerts auparavant par Santé des Premières Nations et des Inuits, région du Pacifique.

Maintenant, les Premières Nations de la C.-B., par l'intermédiaire de l'ASPN, assument la responsabilité de leurs propres soins de santé et sont en position d'incorporer leurs connaissances, leurs croyances et leurs valeurs culturelles à la conception et à la planification de leurs programmes et services de santé. La collaboration étroite des Premières Nations de la C.-B. avec le gouvernement provincial leur permettra d'améliorer leur état de santé et d'avoir un modèle plus souple et intégré de prestation de services de santé.

Les relations entre les Premières Nations de la C.-B. et le gouvernement fédéral ont maintenant été redéfinies, car Santé Canada n'assume plus de responsabilités opérationnelles quotidiennes pour la santé des Premières Nations de la C.-B. Il restera toutefois un bailleur de fonds et un partenaire de la gouvernance, et offrira un soutien pour le processus d'intégration et de responsabilisation.

# Services internes

## Description

Les Services internes sont des groupes d'activités et de ressources connexes qui sont gérés de façon à répondre aux besoins relatifs aux programmes et à d'autres obligations d'une organisation. Les groupes sont les suivants : services de gestion et de surveillance, services juridiques, services de gestion des RH, services de gestion des finances, services de gestion de l'information, services des technologies de l'information, services immobiliers, services matériels, services de gestion des acquisitions, et autres services administratifs. Les services internes comprennent uniquement les activités et les ressources destinées à l'ensemble de l'organisation, et non celles fournies dans le cadre d'un programme particulier.

### Ressources financières budgétaires (dollars)

| Budget principal des dépenses 2013-2014 | Dépenses prévues 2013-2014 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2013-2014 |
|---|---|---|---|---|
| 260 970 174 | 261 571 214 | 405 591 219 | 364 976 909 | 103,405 695 |

Remarque : L'écart de 103,4 millions de dollars inclut une augmentation de 144 millions entre les dépenses prévues et les autorisations totales, laquelle est compensée par une diminution de 40,6 millions entre les autorités totales et les dépenses réelles.

L'augmentation de 144 millions est principalement attribuable à la réception d'un financement en cours d'année dans le budget supplémentaire des dépenses et aux reports de fonds des budgets de fonctionnement du Ministère qui ont été alloués pour financer des investissements stratégiques dans la GI-TI et les biens immobiliers. Les autorisations totales ont aussi été complétées par des versements exigés dans le cadre de la rémunération. Les dépenses réelles liées aux Services internes pour 2013-2014 étaient de 9,2 p. cent du total des dépenses ministérielles, un pourcentage relativement faible comparativement à d'autres moyens et grands ministères.

L'écart de 40,6 millions était principalement attribuable aux retards dans le projet.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2013-2014 | Réel 2013-2014 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2013-2014 |
|---|---|---|
| 2 252 | 2 322 | 70 |

Remarque : L'écart par rapport à l'utilisation des ETP s'explique principalement par les ETP à Santé Canada provenant de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et est associé au modèle de partenariat pour les services partagés.

## Analyse du rendement et leçons retenues

SI1 Soutien à la gouvernance et à la gestion

Gestion et surveillance

Santé Canada a continué de faire progresser ses capacités de mesure du rendement à tous les échelons. Le Ministère a renforcé la surveillance du rendement à l'échelon supérieur en effectuant des examens des données sur le rendement opérationnel, sur une base exceptionnelle, tout au long de l'année, et a évalué les stratégies de mesures du rendement afin de s'assurer qu'ils appuient pleinement les évaluations de programmes.

Le Comité exécutif du partenariat (CEP) a contribué au succès continu du partenariat des services partagés (PSP) avec l'ASPC, en appuyant et en approuvant l'harmonisation des politiques, des pratiques et des services et en rationalisant les processus d'approbation financiers. Le CEP a créé un cadre d'harmonisation stratégique afin d'orienter l'élaboration d'ensembles communs de politiques.

Il est possible d'améliorer la souplesse, de s'adapter aux besoins changeants des clients et au PSP en évolution. Pour la prochaine année, les priorités seront d'améliorer l'engagement et la collaboration, y compris la planification prospective des réunions de comité, de tirer partie des renseignements provenant de sources existantes et de définir clairement les rôles et les responsabilités des contributeurs.

Services de communication

Santé Canada et l'ASPC se sont employés à s'assurer que tous les Canadiens ont accès à l'information dont ils ont besoin pour prendre des mesures quant à leur santé et à leur sécurité. Ils ont conçu de nombreux événements, vidéos et initiatives sur les médias sociaux afin de soutenir la ministre, en plus de faire participer les Canadiens et de les informer. Pour aider les Canadiens à mieux comprendre le travail de Santé Canada, le Ministère a publié son histoire : « Santé Canada – Partenaire en santé de tous les Canadiens ».

Santé Canada et l'ASPC ont conçu des campagnes et des initiatives de marketing social afin d'offrir une meilleure sensibilisation et de meilleures connaissances des principaux sujets sur la santé et la sécurité par l'intermédiaire d'annonces, de partenariats, de médias sociaux et d'autres activités de sensibilisation. En 2013-2014, des campagnes efficaces ont été conçues afin de soutenir les personnes qui arrêtent de fumer (Je te laisse), d'offrir des outils pour que les Canadiens mangent sainement (Mangez mieux), et de les protéger contre les maladies, comme la maladie de Lyme et la grippe saisonnière.

Dans le cadre du PSP, Santé Canada et l'ASPC ont également rationalisé les services et harmonisé les activités de communications afin d'appuyer et d'améliorer les priorités des ministères, des directions générales, des organismes et des programmes.

SI2 Services de gestion des ressources

Services de gestion des ressources humaines

Afin d'offrir des services de RH uniformes et de qualité dans l'ensemble des PSP, Santé Canada et l'ASPC ont procédé à une harmonisation opérationnelle régionale. Le Ministère a également mis en œuvre le Programme de gestion du rendement de l'employé, qui est une priorité pangouvernementale, et a travaillé sur le projet d'Initiative du processus opérationnel commun des RH afin de rationaliser et de suivre un processus de RH uniformisé. Toutefois, l'examen de l'harmonisation et de l'alignement des politiques en matière de RH pour le PSP a été retardé à cause de priorités contradictoires.

Services de gestion financière

Dans le cadre de son initiative « d'achat au paiement », Santé Canada a modifié les processus d'approvisionnement et de transaction comptables de bout en bout en faisant appel à la technologie habilitante et au flux de travail. Il a éliminé l'« encre fraîche » et est passé à un environnement sans papier, lorsque cela était possible. Il a introduit un nouveau modèle de prestation de services axé sur les risques et consolidé 14 sites de comptabilités dans deux bureaux nationaux.

L'initiative d'achat au paiement offre des avantages sur les plans de l'efficience, de l'efficacité, de l'uniformisation des processus opérationnels et de la conformité aux politiques des organismes centraux et des contrôles internes sur la comptabilité et l'approvisionnement, ainsi qu'un rendement des investissements de 300 % sur cinq ans. Le changement vers des contrôles automatisés de prévention a amélioré considérablement le cadre de contrôle interne du Ministère, améliorant ainsi la conformité à la *Politique sur le contrôle interne* du Conseil du Trésor.

Une vérification équilibrée initiale a été réalisée avec succès et satisfait à un engagement antérieur du RMR de s'assurer que Santé Canada soit en position pour effectuer des vérifications d'appui pour les contrôles de ses états financiers, si l'on devait lui demander de le faire.

Services de gestion de l'information / de technologie de l'information

Santé Canada a fait progresser plusieurs priorités de Services partagés Canada (SPC) et du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT), l'Initiative de transformation des services de courriel et la mise en œuvre de Windows 7, et a terminé les travaux de transformation et d'uniformisation du service de GI-TI. Des retards dans le déploiement des outils autorisés du SCT pour GCDoc ont amené Santé Canada à modifier ses efforts de mise en œuvre d'un système de gestion du contenu d'entreprise pour s'orienter vers l'état de préparation en matière de gestion de l'information.

SI3 Services de gestion des biens

Services immobiliers

Le projet de modernisation du bureau réalisé dans le cadre de la stratégie nationale en matière de locaux a généré des économies de l'ordre de 4,3 millions, un an avant l'échéance prévue. Les projets de locaux régionaux appuyant l'Accord-cadre tripartite de la C.-B. ont contribué à l'adaptation du transfert des programmes de santé fédéraux à l'ASPN. De plus, Santé Canada a élaboré un cadre intégré de gestion des biens immobiliers, il a harmonisé neuf instruments de politiques pour Santé Canada et l'ASPC et amélioré la gouvernance des immobilisations.

Le Ministère a renforcé son approche ministérielle aux immobilisations et à la gestion de la sécurité par l'engagement continu auprès des intervenants clés, comme Travaux publics et Services gouvernementaux Canada et la Gendarmerie royale du Canada. Des groupes de travail ont participé à déterminer les pratiques exemplaires et ont assuré la réussite de la transition et de la mise en œuvre d'initiatives clés.

# Section III : Renseignements supplémentaires

## Faits saillants des états financiers

Santé Canada
État condensé des opérations et de la situation financière nette ministérielle (non audité)
Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2014
(dollars)

| | **Résultats attendus 2013-2014** | **Résultats réels 2013-2014** | **Résultats réels 2012-2013** | **Écart (résultats réels 2013-2014 moins résultats attendus 2013-2014)** | **Écart (résultats réels 2013-2014 moins résultats réels 2012-2013)** |
|---|---|---|---|---|---|
| Total des charges | 3 519 961 000 $ | 3 945 992 000 $ | 3 782 097 000 $ | 426 031 000 $ | 163 895 000 $ |
| Total des revenus | 115 849 000 | 258 814 000 | 147 607 000 | 142 965 000 | 111 207 000 |
| Coût de fonctionnement net avant le financement du gouvernement et les transferts | 3 404 112 000 | 3 687 178 000 | 3 634 490 000 | 283 066 000 | 52 688 000 |
| Situation financière nette du ministère | (582 646 000) $ | (259 479 000) $ | (413 245 000) $ | 323 167 000 $ | 153 766 000 $ |

Le total des dépenses du Ministère étaient de 3,9 milliards de dollars en 2013-2014.

Il y a eu une augmentation de 426 millions de dollars en comparant les dépenses réelles aux résultats prévus pour 2013-2014. Cette augmentation résulte principalement du financement reçu dans le cadre du budget supplémentaire des dépenses B afin de soutenir les programmes et les services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits et l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique (C.B.).

Il y a eu une augmentation d'environ 163,9 millions de dollars en comparant les dépenses réelles d'une année à l'autre. Les changements importants sont les suivants :

- Une augmentation de 140,5 millions de dollars en paiements de transfert principalement attribuable aux débours à l'endroit de l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) en vertu de l'Accord-cadre tripartite de la C.B.
- Une augmentation de 33,6 millions de dollars en salaires et en avantages sociaux des employés due en grande partie par l'écriture de contre-passation de 42,5 millions de dollars de l'année précédente des coûts liés au réaménagement des effectifs.

- Une augmentation de 10,2 millions de dollars en services publics, fournitures et approvisionnements représentant le renouvellement continu d'un volume important d'ordinateurs portatifs et de bureau pour soutenir l'initiative Windows 7.

Ces augmentations sont compensées par :

- Une baisse de 15,2 millions de dollars en services professionnels et spécialisés en raison d'une baisse observée dans le Programme des Services de santé non assurés (SSNA), dans lequel les dépenses antérieurement payées pour les services dans la région du Pacifique sont maintenant offerts par l'ASPN par l'intermédiaire d'un paiement de transfert fait à cette organisation et une réduction des frais de litige pour les affaires judiciaires qui ont maintenant été réglées d'une manière favorable au gouvernement.

Le total des revenus du Ministère étaient de 258,8 millions de dollars en 2013-2014, représentant une augmentation de 111,2 millions de dollars par rapport aux recettes réelles de l'année précédente. L'augmentation est principalement attribuable à :

- Une augmentation de 73 millions de dollars en services de nature non réglementaire de l'ASPN en vertu de l'Accord-cadre tripartite de la C.B. pour récupérer les dépenses en vertu du Programme des SSNA.
- Une augmentation de 30,8 millions de dollars en recettes des droits et privilèges en raison du calendrier des dates d'échéance pour les licences d'établissement.
- Une augmentation de 17,4 millions de dollars dans les services de nature non réglementaire de l'Agence de la santé publique du Canada conformément au modèle de prestation de PSP.

Ces augmentations sont compensées par :

- Une baisse de 7,8 millions de dollars en services de nature non réglementaire en raison de la baisse du volume de présentations de drogue aux fins d'évaluation.

Santé Canada
État condensé de la situation financière (non audité)
Au 31 mars 2014
(dollars)

| | 2013-2014 | 2012-2013 | Écart (2013-2014 moins 2012-2013) |
|---|---|---|---|
| Total des passifs nets | 651 229 000 $ | 874 643 000 $ | (223 414 000) $ |
| Total des actifs financiers nets | 262 364 000 | 319 694 000 | (57 330 000) |
| Dette nette du ministère | 388 865 000 | 554 949 000 | (166 084 000) |
| Total des actifs non financiers | 129 386 000 | 141 704 000 | (12 318 000) |
| Situation financière nette du ministère | (259 479 000) $ | (413 245 000) $ | 153 766 000 $ |

Le montant total net des passifs était de 651,2 millions de dollars à la fin de 2013-2014, une baisse de 223,4 millions de dollars par rapport à l'année précédente composée principalement de :

- Une baisse de 106,2 millions de dollars en raison des paiements en faveur d'Inforoute Santé du Canada Inc., réduisant l'élément de passif provenant des budgets de 2007 et de 2009.
- Une baisse de 49,5 millions de dollars en avantages sociaux futurs en raison du paiement d'indemnités de départ et de prestations de retraite et la cessation de l'accumulation des obligations au titre des prestations en raison des changements apportés dans certaines conventions collectives.
- Une baisse de 60,9 millions de dollars en comptes créditeurs et charges à payer en raison des changements d'accords de paiements de transfert, en vertu desquels les paiements sont effectués à l'avance en tant qu'entente de financement, davantage de paiements rapides de factures en raison d'opérations simplifiées à la suite de la mise en œuvre réussie du module innovant d'approvisionnement au paiement dans le système financier et une réduction des charges à payer pour les coûts liés au réaménagement des effectifs par rapport à l'année précédente.

La baisse d'une année à l'autre du total des actifs financiers nets de 57,3 millions de dollars est principalement attribuable à la baisse des montants en raison du Trésor, représentant la variation des comptes créditeurs et des charges à payer.

Le total des actifs non financiers a baissé de 12,3 millions de dollars principalement attribuables à la réduction des dépenses en immobilisations provenant de l'année précédente telles qu'elles sont présentées dans le Budget principal.

# États financiers

On peut consulter les états financiers, y compris l'Annexe à la Déclaration de responsabilité de la direction englobant le contrôle interne en matière de rapports financiers, sur le site Web de Santé Canada[lxvii].

# Tableaux de renseignements supplémentaires

Les tableaux de renseignements supplémentaires énumérés dans le *Rapport ministériel sur le rendement 2013-2014* se trouvent sur le site Web de Santé Canada[lxviii]

- Financement pluriannuel initial;
- Initiatives horizontales;
- Rapport sur les frais d'utilisation;
- Renseignements sur les programmes de paiements de transfert;
- Réponse aux comités parlementaires et aux vérifications externes;
- Sources de revenus disponibles et de revenus non disponibles;
- Stratégie ministérielle de développement durable;
- Vérifications internes et évaluations.

# Dépenses fiscales et évaluations

Il est possible de recourir au régime fiscal pour atteindre des objectifs de la politique publique en appliquant des mesures spéciales, comme de faibles taux d'impôt, des exemptions, des déductions, des reports et des crédits. Le ministère des Finances Canada publie annuellement des estimations et des projections du coût de ces mesures dans une publication intitulée *Dépenses fiscales et évaluations*[lxix]. Les mesures fiscales présentées dans ladite publication relèvent de la seule responsabilité du ministre des Finances.

# Section IV : Coordonnées de l'organisation

**Marc Desjardins**
Directeur général
Santé Canada
BUREAU DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
200, promenade Églantine, Pré Tunney
Ottawa Ontario  K1A 0K9
Téléphone : 613-948-6357
Télécopieur : 613-946-0807
marc.desjardins@hc-sc.gc.ca

# Annexe : Définitions

**Architecture d'alignement des programmes :** Répertoire structuré de tous les programmes d'un ministère ou organisme qui décrit les liens hiérarchiques entre les programmes et les liens aux résultats stratégiques auxquels ils contribuent.

**Cadre pangouvernemental :** Schéma représentant la contribution financière des organisations fédérales qui dépendent de crédits parlementaires en harmonisant leurs programmes avec un ensemble de 16 secteurs de résultat pangouvernementaux de haut niveau regroupés sous 4 secteurs de dépenses.

**Cible :** Niveau mesurable du rendement ou du succès qu'une organisation, un programme ou une initiative prévoit atteindre dans un délai précis. Une cible peut être quantitative ou qualitative.

**Crédit :** Autorisation donnée par le Parlement d'effectuer des paiements sur le Trésor.

**Dépenses budgétaires :** Les dépenses budgétaires comprennent les dépenses de fonctionnement et en capital; les paiements de transfert à d'autres ordres de gouvernement, à des organisations ou à des particuliers; et les paiements à des sociétés d'État.

**Dépenses non budgétaires :** Recettes et décaissements nets au titre de prêts, de placements et d'avances, qui modifient la composition des actifs financiers du gouvernement du Canada.

**Dépenses prévues :** En ce qui a trait aux RPP et aux RMR, les dépenses prévues s'entendent des montants approuvés par le Conseil du Trésor au plus tard le 1er février. Elles peuvent donc comprendre des montants qui s'ajoutent aux dépenses prévues indiquées dans le budget principal des dépenses.

Un ministère est censé être au courant des autorisations qu'il a demandées et obtenues. La détermination des dépenses prévues relève du ministère, et ce dernier doit être en mesure de justifier les dépenses et les augmentations présentées dans son RPP et son RMR.

**Équivalent temps plein :** Mesure utilisée pour déterminer dans quelle mesure un employé représente une année-personne complète dans le budget ministériel. L'équivalent temps plein est calculé en fonction du coefficient des heures de travail assignées et des heures normales de travail. Les heures normales de travail sont établies dans les conventions collectives.

**Indicateur de rendement :** Moyen qualitatif ou quantitatif de mesurer un extrant ou un résultat en vue de déterminer le rendement d'une organisation, d'un programme, d'une politique ou d'une initiative par rapport aux résultats attendus.

**Plan :** Exposé des choix stratégiques qui montre comment une organisation entend réaliser ses priorités et obtenir les résultats connexes. De façon générale, un plan explique

la logique qui sous-tend les stratégies retenues et tend à mettre l'accent sur des mesures qui se traduisent par des résultats attendus.

**Priorité :** Plan ou projet qu'une organisation a choisi de cibler et dont elle rendra compte au cours de la période de planification. Il s'agit de ce qui importe le plus ou qui doit être fait en premier pour appuyer la réalisation du ou des résultats stratégiques souhaités.

**Programme :** Groupe d'intrants constitué de ressources et d'activités connexes qui est géré pour répondre à des besoins précis et pour obtenir les résultats visés, et qui est traité comme une unité budgétaire.

**Programme temporisé :** Programme ayant une durée fixe et dont le financement et l'autorisation politique ne sont pas permanents. Ce programme est aussi appelé programme à durée temporaire ou programme à élimination graduelle. Lorsqu'un tel programme arrive à échéance, une décision doit être prise quant à son maintien. Dans le cas d'un renouvellement, la décision précise la portée, le niveau de financement et la durée.

**Rapport ministériel sur le rendement :** Rapport traitant des réalisations concrètes d'une organisation qui dépend de crédits parlementaires au regard des plans, des priorités et des résultats attendus exposés dans le rapport sur les plans et les priorités correspondant. Ce rapport est déposé au Parlement à l'automne.

**Rapport sur les plans et les priorités :** Rapport fournissant des renseignements au sujet des plans et du rendement prévu sur trois ans d'une organisation qui dépend de crédits parlementaires. Ces rapports sont déposés au Parlement chaque printemps.

**Production de rapports sur le rendement :** Processus de communication d'information sur le rendement fondée sur des éléments probants. La production de rapports sur le rendement appuie la prise de décisions, la responsabilisation et la transparence.

**Rendement :** Utilisation qu'une organisation a faite de ses ressources en vue d'obtenir ses résultats, mesure dans laquelle ces résultats se comparent à ceux que l'organisation souhaitait obtenir, et mesure dans laquelle les leçons apprises ont été cernées.

**Résultat :** Conséquence externe attribuable en partie aux activités d'une organisation, d'une politique, d'un programme ou d'une initiative. Les résultats ne relèvent pas d'une organisation, d'une politique, d'un programme ou d'une initiative unique, mais ils s'inscrivent dans la sphère d'influence de l'organisation.

**Résultat stratégique :** Avantage durable et à long terme pour les Canadiens qui est rattaché au mandat, à la vision et aux fonctions de base d'une organisation.

**Résultats du gouvernement du Canada :** Ensemble de 16 objectifs de haut niveau établis pour l'ensemble du gouvernement et regroupés selon 4 secteurs de dépenses : affaires économiques, affaires sociales, affaires internationales et affaires gouvernementales.

**Structure de la gestion, des ressources et des résultats :** Cadre exhaustif comprenant l'inventaire des programmes, des ressources, des résultats, des indicateurs de rendement et de l'information de gouvernance d'une organisation. Les programmes et les résultats sont présentés d'après le lien hiérarchique qui les unit, et les résultats stratégiques auxquels ils contribuent. La structure de la gestion, des ressources et des résultats découle de l'architecture d'alignement des programmes.

# Notes de fin de document

i Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, http://www.tbs-sct.gc.ca/

ii Loi canadienne sur la santé, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/

iii Loi sur la procréation assistée, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/A-13.4/index.html

iv Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-1.68/

v Loi canadienne sur la protection de l'environnement, 1999, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-15.31/,

vi Loi réglementant certaines drogues et autres substances, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/

vii Loi sur les aliments et drogues, http://laws.justice.gc.ca/fra/lois/F-27/

viii Loi sur le tabac, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/T-11.5/

ix Loi sur les produits dangereux, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/H-3/index.html

x Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/H-2.7/

xi Loi sur le ministère de la Santé, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/H-3.2/index.html

xii Loi sur les dispositifs émettant des radiations, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/R-1/

xiii Loi sur l'indemnisation du dommage causé par des pesticides, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-10/index.html

xiv Loi sur les produits parasitaires, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-9.01/

xv Listes des lois et des règlements, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/legislation/acts-reg-lois/acts-reg-lois-fra.php

xvi *Loi sur les aliments et drogues*, http://laws.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.,_ch._870/index.html

xvii *Règlement sur le sang*, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2013-178/page-1.html

xviii Sécurité des produits de consommation, http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/legislation/acts-lois/index-fra.php

xix Règlement sur la marihuana à des fins médicales, http://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2013-119/

xx *Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens*, https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1308068336912/1308068535844

xxi. Cadre pangouvernemental, http://www.tbs-sct.gc.ca/ppg-cpr/frame-cadre-fra.aspx

xxii *Comptes publics du Canada 2014*, http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/recgen/cpc-pac/index-fra.html

xxiii Programmes de la Société canadienne du sang bénéficiaires de subventions et de contributions de Santé Canada de 2008-2009 à 2012-2013, www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/cbsc-evaluation-pssb-fra.php

xxiv Inforoute Santé du Canada, Rapport annuel 2013-2014, https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/ressources/activites-inforoute/rapports-annuels/doc_download/2176-rapport-annuel-2013-2014

xxv Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/hcpc-evaluation-pcpms-fra.php

xxvi Initiative d'information sur la santé 2007-2008 à 2011-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2013-hii-iis-fra.php

xxvii Synthèse des paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes de 2008-2009 à 2012-2013, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/payments-paiements-fra.php

xxviii Paiement de transfert de Santé Canada à la Fondation Rick Hansen de 2007-2008 à 2012-2013, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/transfer-transfert-fra.php

xxix Loi sur les langues officielles, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/

[xxx] Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/olhc-evaluation-clos-fra.php

[xxxi] *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa)*, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/legislation/unsafedrugs-droguesdangereuses-fra.php

[xxxii] *Règlement modifiant certains règlements concernant les drogues sur ordonnance*, http://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2013/2013-06-19/html/sor-dors122-fra.php

[xxxiii] Programme des médicaments vétérinaires de 1999-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/vdp-evaluation-pmv-fra.php

[xxxiv] Programme des médicaments à usage humain de 1999-2000 à 2011-12, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/hdp-evaluation-pmh-fra.php

[xxxv] *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_regs_rias-reir-fra.php

[xxxvi] *Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée*, http://laws.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-96-254/

[xxxvii] Science.gc.ca, http://science.gc.ca/default.asp?lang=Fr&n=F1444081-1

[xxxviii] Programmes de la Société canadienne du sang bénéficiaires de subventions et de contributions de Santé Canada de 2008-2009 à 2012-2013, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/cbsc-evaluation-pssb-fra.php

[xxxix] Règlement sur les instruments médicaux, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-98-282/

[xl] Programme des matériels médicaux de 1999-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/medical_devices-materiels_medicaux-fra.php

[xli] Règlement sur les produits de santé naturels, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2003-196/

[xlii] Calendrier semestriel des activités de la Direction des produits de santé naturels : de janvier à juin 2014, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/activit/calend/06-2014-fra.php

[xliii] Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments de 1999-2000 à 2011-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/foodsafety-salubrite-fra.php

[xliv] Initiatives de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) I et II, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2013/bce-bovine-evaluation-esb-fra.php

[xlv] *Loi canadienne sur la protection de l'environnement, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-15.31/*

[xlvi] Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement de 2008-2009 à 2012-2013, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/contaminants-fra.php

[xlvii] *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-15.21/index.html

[xlviii] Règlement sur les cosmétiques, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C_ch._869/

[xlix] Activités relatives aux produits de consommation, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2013/cpa-pdcfni-fra.php

[l] *Loi d'exécution du budget*, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/B-9.858/

[li] *Loi modifiant la Loi sur le tabac (Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes)*, http://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2009_27/page-1.html

[lii] Campagne Je te laisse, http://jetelaisse.ca/

[liii] *Loi sur le respect des collectivités*, http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&DocId=6211134&Language=F

[liv] Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/drug-toxicomanie-fra.php

[lv] Loi de mise en oeuvre du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-36.5/

[lvi] Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/N-28.3/

[lvii] *Règlement sur les dispositifs émettant des radiations*, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C_ch._1370/

[lviii] *Règlement sur les appareils de bronzage*, http://gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2014/2014-02-26/html/sor-dors25-fra.php

[lix] Lasers portatifs et pointeurs laser, http://canadiensensante.gc.ca/consumer-consommation/home-maison/laser-fra.php?_ga=1.231749980.2114251190.1370910835

[lx] Utilisation sécuritaire des ampoules fluocompactes, http://canadiensensante.gc.ca/consumer-consommation/home-maison/cfl-afc-fra.php?_ga=1.228407774.2114251190.1370910835

[lxi] *Politique sur la santé des Indiens* de 1979*, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php*

[lxii] *Loi sur la salubrité de l'eau potable des Premières Nations*, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2013_21/TexteComplet.html

[lxiii] Programme des soins cliniques et aux clients destinés aux Premières Nations de 2005-2006 à 2011-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/fni-clinical-cliniques-pni-fra.php

[lxiv] Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits de 2008-2009 à 2011-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2013-fni-commun-pni-fra.php

[lxv] Programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits de 2008-2009 à 2012-2013, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2013-fni-hr-rh-pni-fra.php

[lxvi] Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers des Premières Nations de 2008-2009 à 2011-2012, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/fni-innovation-pni-fra.php

[lxvii] États financiers, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/2013-2014/2013-2014-dfs-efm-fra.php

[lxviii] Tableaux de renseignements supplémentaires, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/plans-prior/2014-2015/supplement-fra.php

[lxix.] *Dépenses fiscales et évaluations*, http://www.fin.gc.ca/purl/taxexp-fra.asp