Rapport ministériel sur le rendement

Santé Canada • 2007 - 2008

Pour la période se terminant le 31 mars 2008

Canada

Table des matières

Section I : Survol 5

Message de la Ministre 7
Déclaration de la direction 9
Renseignements sommaires 10
Structure de rapport 12
Environnement opérationnel et contexte 13
Sommaire du rendement en fonction des résultats stratégiques, des priorités et des résultats du Ministère 14
Progrès par résultat stratégique pour 2007-2008 18
Progrès concernant les priorités de gestion du Ministère 23

Section II : Analyse du rendement par résultat stratégique 25

Résultat stratégique n° 1 : Amélioration des connaissances afin de répondre aux priorités en matière de santé et de soins de santé 27
Résultat stratégique n° 2 : Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs et à des renseignements en vue de choix de santé sains 44
Résultat stratégique n° 3 : Réduction des risques pour la santé et l'environnement de produits et de substances réglementés et milieux de vie et de travail plus sains 58
Résultat stratégique n° 4 : De meilleurs résultats de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens 78

Section III : Renseignements supplémentaires 93

Lien du Ministère avec les résultats du gouvernement 95
Tableau 1 : Comparaison des dépenses prévues et des dépenses réelles 96
Tableau 2 : Postes votés et législatifs 98
Tableau 3 : Sources de revenus disponibles et des revenus non disponibles 99
Tableau 4a : Loi sur les frais d'utilisation 99
Tableau 4b : Politique sur les normes de service liées aux frais externes 99
Tableau 5 : Rapport d'étape sur les grands projets de l'État 99
Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiement de transfert (PPT) 95
Tableau 7 : Fondations - subventions conditionnelles 100
Tableau 8 : Initiatives horizontales 100
Tableau 9 : Développement durable 100

Tableau 10 : Réponses aux comités parlementaires et verifications externes 100
Tableau 11a : Vérifications internes 100
Tableau 11b : Évaluations 100
Tableau 12 : Politiques sur les voyages 100
Tableau 13 : Les états financiers 101

Section IV : Autres sujets d'intérêt 119

Opérations régionales de Santé Canada, un aperçu 121
Faire avancer le programme des sciences 123

Section V : Autre information 127

Coordonnées des bureaux régionaux du Ministère 129
Index 130

Section

Survol

Message de la Ministre

À titre de nouvelle ministre de la Santé du Canada, j'ai le plaisir de vous présenter le Rapport ministériel sur le rendement (RMR) de 2007-2008 de Santé Canada, qui présente les grandes lignes des projets réalisés par le Ministère et le gouvernement dans le domaine de la santé ainsi que le progrès accompli à la réalisation de son engagement envers les Canadiens au cours de la dernière année.

En tant qu'ancienne ministre de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, le Portefeuille en est un de grand intérêt pour moi. J'ai l'intention de poursuivre le travail important entrepris par mon prédécesseur, l'honorable Tony Clement, et j'aborderai de nouvelles priorités à mesure que les besoins des Canadiens évoluent.

Le Rapport ministériel sur le rendement démontre que le Ministère a suivi le programme présenté dans le discours du Trône de 2007, les budgets de 2007 et 2008, le Rapport sur les plans et les priorités de 2007-2008 de Santé Canada et les initiatives à l'échelle du gouvernement. Santé Canada donne suite à ses engagements et introduit des innovations qui correspondent aux priorités des Canadiens en santé.

Le Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation, annoncé par le premier ministre en décembre 2007, se fonde en grande partie sur les leçons apprises par Santé Canada. En effet, il vise à réduire les risques associés à la salubrité des aliments, à la santé et aux produits de consommation. Le Ministère a joué un rôle important en travaillant à la modernisation du système canadien de réglementation des produits de santé et de consommation et des aliments. Santé Canada a joué un rôle actif en encourageant l'industrie à mettre sur le marché des produits de santé innovateurs, efficaces et sans danger.

L'air que l'on respire et le lieu qu'on habite touchent la santé de tous les Canadiens. Environnement Canada et Santé Canada ont choisi de se joindre au Programme de l'air pur et au Plan de gestion des produits chimiques du gouvernement qui s'appuient su la position de leader mondial du Canada dans la saine gestion des substances et des produits chimiques. Nous travaillons à la mise en œuvre de la cote air santé et évaluons les risques pour la santé que présentent diverses sources de pollution atmosphérique intérieures et extérieures. Santé Canada surveille aussi plus de 200 produits chimiques qui pourraient être dangereux pour l'état de santé des Canadiens et cette surveillance pourrait nous conduire vers de nouvelles réglementations de certains de ces produits.

Santé Canada continue de collaborer à des approches novatrices et coordonnées en vue d'améliorer l'ensemble des résultats de santé des communautés des Premières nations et des Inuits, y compris l'accès aux services de santé. En 2007, le gouvernement du Canada, le gouvernement de la Colombie-Britannique et le Conseil des leaders des Premières nations ont signé le premier Plan tripartite de santé des Premières nations au Canada. Par leur signature, les

parties s'engagent à travailler de concert à la création d'une nouvelle structure de gouvernance qui permettra aux Premières nations de participer davantage à la prestation des services de santé et qui favorisera l'intégration et la coordination des services de santé financés par les gouvernements fédéral et provincial.

La Stratégie nationale antidrogue, dont le lancement a été annoncé en 2007, réunit le ministère de la Justice, Santé Canada et Sécurité publique Canada. Cette stratégie comprend trois volets : prévenir la consommation de drogues illicites, traiter les toxicomanies et contrer la production et la distribution de drogues illicites. Au nom de l'ensemble des partenaires, Santé Canada dirige l'élaboration du volet prévention et traitement de la stratégie.

La santé comprend non seulement la santé physique, mais aussi la santé mentale. En 2007, le gouvernement a créé la Commission de la santé mentale du Canada afin d'élaborer une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille. Outre l'investissement initial de 130 millions de dollars sur 10 ans, le gouvernement s'est engagé dans le budget de 2008 à verser 110 millions de dollars supplémentaires aux projets de recherche nationaux sur la santé mentale et l'itinérance.

Santé Canada continue de démontrer son leadership en aidant les provinces et les territoires à établir les garanties sur les délais d'attente. Grâce à nos programmes, l'accès aux traitements prioritaires comme la radiothérapie pour le traitement du cancer, la chirurgie de la cataracte, le remplacement de la hanche et du genou, les soins cardiaques, l'imagerie diagnostique et les soins de santé primaires seront accélérés dans les centres de traitement partout au pays.

Dans le cadre d'un effort à l'échelle du gouvernement dirigé par l'Agence de la santé publique du Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Santé Canada participe toujours aux travaux nationaux et internationaux veillant à assurer la préparation du Canada à affronter une pandémie d'influenza ou de grippe aviaire.

À titre de ministre de la Santé, je suis fière des réalisations de Santé Canada en 2007-2008. Ces réalisations ainsi que nos initiatives, nos services et nos programmes permanents nous permettent d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

L'honorable Leona Aglukkaq
Ministre de la Santé
Gouvernement du Canada

Déclaration de la direction

Je soumets, aux fins de dépôt au Parlement, le Rapport ministériel sur le rendement de 2007 2008 de Santé Canada.

Le présent document a été préparé conformément aux principes de présentation des rapports énoncés dans le *Guide pour la préparation de la partie III du budget des dépenses de 2007-2008 : Rapports sur les plans et les priorités et Rapports ministériels sur le rendement.*

- Il est conforme aux exigences précises de déclaration figurant dans les lignes directrices du Secrétariat du Conseil du Trésor;
- Il repose sur les résultats stratégiques et l'architecture des activités de programmes approuvés par le Conseil du Trésor;
- Il présente une information cohérente, complète, équilibrée et fiable;
- Il fournit une base pour la reddition de comptes à l'égard des résultats obtenus avec les ressources et les autorisations qui lui sont confiées;
- Il rend compte de la situation financière en fonction des montants approuvés des budgets des dépenses et des Comptes publics du Canada.

Morris Rosenberg
Sous-ministre

Renseignements sommaires

À propos de Santé Canada

Santé Canada a été créé pour aider la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé. Le Ministère s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Santé Canada élabore et met en œuvre des règlements, des lois, des politiques, des programmes, des services et des initiatives et veille à leur application, et il travaille de concert avec d'autres partenaires du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires, afin de maintenir et d'améliorer l'état de santé des Canadiens. À titre de gestionnaire de la *Loi canadienne sur la santé*, nous veillons au respect des principes du régime universel de soins de santé pour que les Canadiens puissent continuer d'avoir confiance aux services offerts par le système public de soins de santé. Le ministre de la Santé est aussi responsable de 18 autres lois, dont la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* [1].

Nous assurons le leadership stratégique et la coordination des interventions de nos partenaires du **portefeuille de la Santé** du gouvernement du Canada. Ces partenaires, qui produisent leur propre Rapport ministériel sur le rendement, sont les suivants :

- l'Agence de la santé publique du Canada;
- la Commission d'examen du prix des médicaments brevetés;
- le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses;
- les Instituts de recherche en santé du Canada;
- Procréation assistée Canada.

Nos objectifs

En travaillant avec d'autres à promouvoir la confiance des Canadiens, Santé Canada vise à :

- prévenir et réduire les risques pour la santé individuelle et l'environnement dans leur ensemble, et améliorer la viabilité, l'innovation et l'intégration du système de santé;
- promouvoir des modes de vie plus sains grâce au maintien de la protection et de la réglementation de la santé;
- garantir des services de santé efficaces et accessibles de haute qualité;
- intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans de prévention, de promotion et de protection de la santé à plus long terme;
- réduire les inégalités dans le domaine de la santé au sein de la société canadienne;

[1] Pour obtenir de plus amples renseignements sur les lois, veuillez consulter le site Web du ministère de la Justice à l'adresse suivante : http://laws.justice.gc.ca/fr

- fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées.

Nos rôles

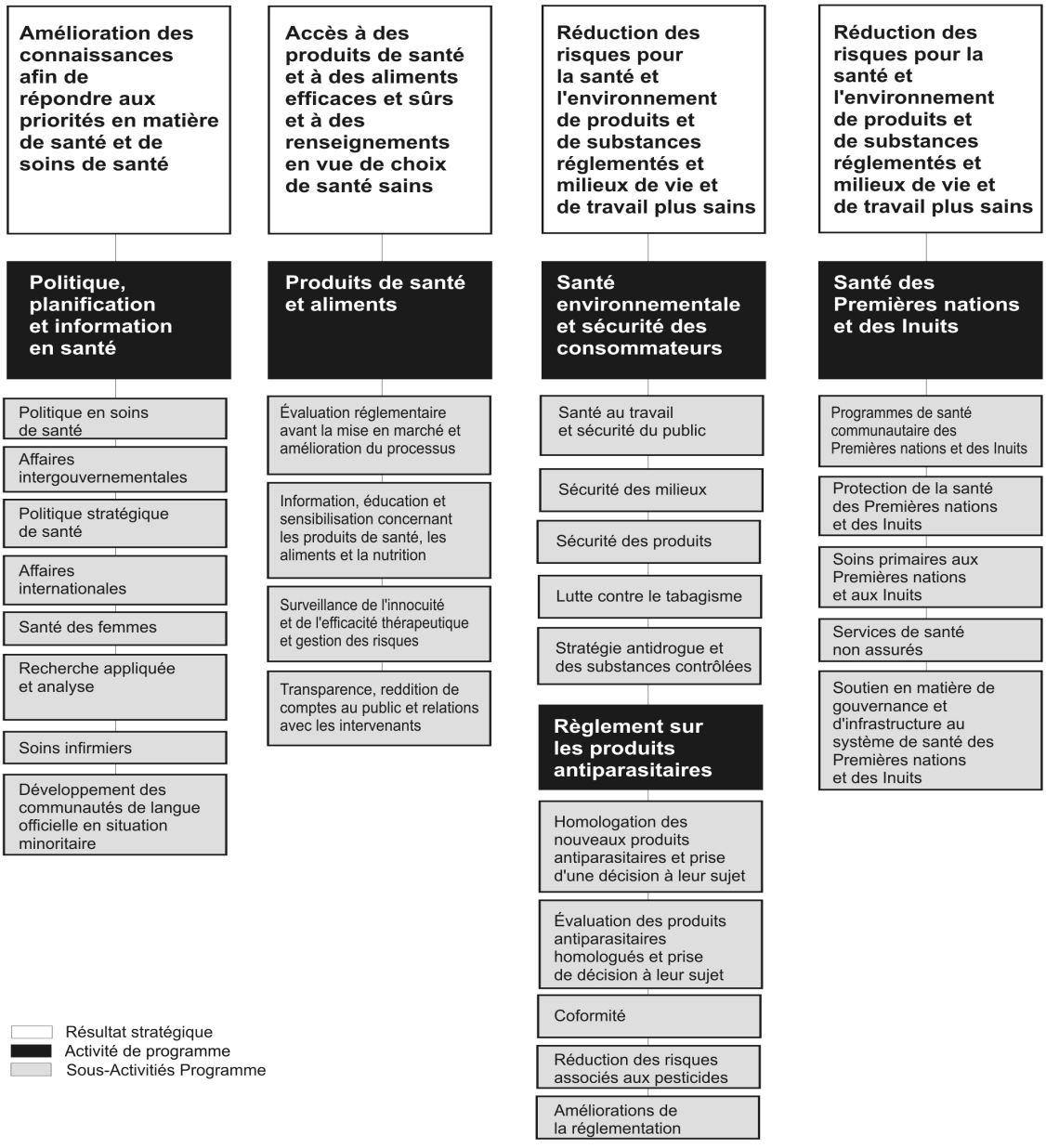
Les employés de Santé Canada jouent des rôles clés dans les domaines de la promotion, de la protection et de l'amélioration de l'état de santé des Canadiens, aidant ainsi les autres intervenants qui travaillent dans le domaine à atteindre des buts communs. Le rôle de notre Ministère consiste entre autres à mener des activités scientifiques de pointe, à élaborer des politiques ainsi qu'à gérer et à assurer la prestation de programmes et de services partout au Canada, comme l'illustre la carte suivante. Nous avons de vastes responsabilités réglementaires en ce qui concerne la surveillance des produits de santé, des aliments, des produits de consommation, des pesticides, sans oublier la surveillance de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Ministère produit et partage des connaissances afin d'informer les Canadiens concernant des enjeux et des sujets de santé, de leur faire comprendre notre système de santé et de leur faire connaître des moyens d'améliorer leur l'état de santé ainsi que celui de leur famille et de leur communauté. Santé Canada établit des liens avec des intervenants du système de santé et des Canadiens afin d'aborder des questions d'intérêt commun. Quel que soit le domaine, nous nous engageons à faire preuve de transparence dans la prise de décisions.

Présence de Santé Canada au pays

Structure de rapport

Conformément aux directives du Conseil du Trésor du Canada, ce présent *Rapport ministériel sur le rendement* et les tableaux financiers connexes ont utilisé l'Architecture des activités de programme (AAP) de Santé Canada en vigueur en 2007 2008. L'AAP fournit aux ministères et aux organismes un cadre de travail précisant les activités de programme et présentent les renseignements sur les réalisations en fonction de ses plans et priorités. L'AAP de Santé Canada compte quatre résultats stratégiques et cinq activités de programme. La section II présente en détail le rendement du Ministère en fonction de chaque résultat stratégique et activité de programme.

Architecture des activités de programme (AAP) de Santé Canada



Les priorités du Ministère à moyen terme complètent l'AAP de Santé Canada. Elles favorisent, de façon intégrée, la gestion des principaux enjeux de santé qui ont une incidence sur plusieurs résultats stratégiques à la fois. Ces priorités démontrent également des engagements du Ministère à améliorer la gestion qui ne font pas partie de l'AAP. Les liens entre les priorités du Ministère et les résultats stratégiques sont présentés dans le tableau résumé des réalisations, qui se trouve ultérieurement dans la présente section. Voici les priorités du Ministère de 2007-2008 :

1. aider à améliorer l'état de santé de la population canadienne;
2. réduire les risques pour la santé de la population canadienne;
3. travailler avec d'autres pour accroître l'efficience et l'efficacité du système de soins de santé financé par l'État;
4. renforcer la responsabilisation devant le Parlement et le public.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Prévues	Autorisations totales	Réelles
3 036,7 $	4 400,9 $	4 286,0 $*

* Les dépenses de Santé Canada en 2007 2008 ont dépassé de près d'un milliard de dollars le budget initial, principalement en raison de la décision concernant l'indemnisation des personnes ayant contracté l'hépatite C par le système d'approvisionnement en sang avant 1986 et après 1990.

Ressources humaines *(équivalents temps plein)*

Prévues	Réelles	Différence
8 825	8 899	74

Environnement opérationnel et contexte

La santé et la sécurité sont des priorités du gouvernement du Canada, et Santé Canada est la référence pour la plupart du programme de la santé du gouvernement. Santé Canada a continué de collaborer étroitement avec ses partenaires du portefeuille de la Santé et d'autres ministères fédéraux sur des enjeux pour lesquels il y a un partage de responsabilités, comme l'hygiène du milieu, la salubrité des aliments et l'amélioration des approches de réglementation. Santé Canada a également collaboré avec d'autres partenaires, comme les gouvernements des provinces et des territoires, les organisations et les communautés des Premières nations et des Inuits, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et les instituts de recherche, les organisations internationales et les bénévoles.

Pour réaliser son mandat, le Ministère a élaboré des politiques et mis en œuvre des activités de programme. Nous utilisons également des subventions et des contributions pour financer nos partenaires du secteur de la santé à l'échelle des communautés afin d'appuyer la poursuite d'objectifs communs, comme la modernisation du système de santé et la lutte contre la consommation abusive de drogues illicites et contrôlées. Afin d'appuyer un meilleur contrôle sur les services de santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada a également continué de

leur transférer les responsabilités et les fonds associés à l'exécution de programmes et la prestation de services.

L'environnement opérationnel du Ministère était en grande partie conforme aux prévisions formulées dans le *Rapport sur les plans et les priorités*. Cependant, deux réalités font état de la manière dont le gouvernement et notre Ministère ont réagi à de nouvelles situations.

Bon nombre d'incidents ont soulevé des préoccupations qui ont résulté en des rappels d'aliments, de produits de santé et de consommation. Ces situations ont mis en évidence les lacunes du cadre de réglementation qui a été mis en oeuvre au début des années 1950. Le gouvernement du Canada et Santé Canada savaient pertinemment que l'ancien cadre de réglementation n'était plus aussi efficace qu'auparavant puisque les Canadiens ont désormais accès à de nombreux produits, fabriqués par des producteurs canadiens et étrangers, qui sont distribués selon une chaîne d'approvisionnement d'une grande complexité. Cette réalité modifie le marché, tout comme les innovations qui se succèdent rapidement menant à des mesures rapides de moderniser le **cadre de réglementation sur la sécurité des aliments, des produits de santé et de consommation** afin de renforcer la protection de la santé des Canadiens.

Des recherches ont révélé que certaines **substances présentes dans l'environnement** peuvent constituer des risques pour la santé; comme le cancer, l'asthme et différentes maladies respiratoires ainsi que les maladies cardiovasculaires et les troubles du développement, qui peuvent être particulièrement graves chez les enfants et les personnes habitant dans des régions rurales et éloignées. Puisque notre Ministère s'engage continuellement à mener des recherches sur ces substances et à utiliser les recherches provenant d'autres sources afin de prendre rapidement des mesures pour interdire des substances, comme le bisphénol A utilisé dans les biberons.

Sommaire du rendement en fonction des résultats stratégiques, des priorités et des résultats du Ministère

<table>
<tr><th colspan="2">Résultat stratégique n° 1 :
Amélioration des connaissances afin de répondre aux priorités en matière de santé et de soins de santé</th></tr>
<tr><td colspan="2">Conforme aux priorités de Santé Canada suivantes : 1) amélioration de la santé des Canadiens; 3) promotion du système de soins de santé; 4) responsabilisation.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Activité de programme n° 1 : Politique, planification et information en santé</td></tr>
<tr><td colspan="2">2007 – 2008 ($ millions)</td></tr>
<tr><th>Dépenses prévues</th><th>Dépenses réelles</th></tr>
<tr><td>263,7</td><td>1 357,2
Les écarts sont attribables à l'indemnités des personnes ayant contracté le virus de l'hépatite C</td></tr>
<tr><th>Résultats prévus</th><th>Sommaire du rendement</th></tr>
<tr><td>Renforcement du système de santé grâce aux initiatives et stratégies particulières et</td><td><u>Résultats satisfaisants</u>. Principaux engagements respectés :
Diriger l'établissement des Garanties sur les délais d'attente pour les patients auprès des provinces et territoires.</td></tr>
</table>

élaboration et transfert de connaissances	Poursuivre la mise en œuvre de la Stratégie pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé. Faciliter l'établissement et les opérations de la Commission de la santé mentale du Canada. Participer à des efforts de préparation à des pandémies d'envergure nationale et internationale. Commencer l'indemnisation d'un milliard de dollars versée aux personnes ayant contracté l'hépatite C avant 1986 et après 1990. Appuyer l'amélioration de l'accès des membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire aux services de santé.
Défis et leçons apprises	Dans le cadre de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, le gouvernement fédéral mise sur la collaboration du fédéral, des provinces et des territoires pour améliorer l'efficacité du système, alors que les partenaires se concentrent sur la recherche de financement du fédéral pour assurer la couverture des médicaments. L'arrivée de nouvelles technologies et la complexité des enjeux éthiques, moraux, culturels et juridiques ont retardé l'élaboration du Règlement sur la procréation assistée. L'évaluation des stratégies de soins de santé et le Programme de contribution des politiques ont préconisé un meilleur système de mesures du rendement et ont amélioré la gouvernance stratégique pour de meilleurs résultats partagés et plus larges.

Résultat stratégique n° 2 :
Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs et à des renseignements en vue de choix de santé sains

Conforme aux priorités de Santé Canada suivantes : 1) amélioration de la santé des Canadiens; 2) diminution des risques; 4) responsabilisation.

Activité de programme n° 2 : Produits de santé et aliments

2007 – 2008 *($ millions)*

Dépenses prévues	Dépenses réelles
257,4	307,9

Résultats prévus	Sommaire du rendement
Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs Accès à des renseignements en vue de choix de santé sains	**Résultats satisfaisants. Principaux engagements respectés :** Élaboration du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation, annoncé en décembre 2007, afin de moderniser le cadre de réglementation et les programmes de renforcement de la sécurité des aliments, des produits de santé et de consommation. Les présentations de nouveaux produits pharmaceutiques, de médicaments génériques et de produits biologiques ont respecté et dépassé les objectifs fixés en matière de rendement. De grands progrès ont aidé à éliminer le retard des présentations de médicaments à usage vétérinaire. Plus de 900 inspections ont eu lieu en comparaison à 700 qui avaient eu lieu l'année dernière. Lancement du premier *Guide alimentaire canadien - Premières Nations, Inuits et Métis*. Traduction du Guide alimentaire canadien en dix langues. Plus de 180 avis, avertissements et rappels liés aux médicaments, aux produits de santé, aux aliments et aux produits de nutrition ont été émis aux professionnels de la santé et au grand public. L'information divulguée de la part du Ministère a suscité de hauts taux de satisfaction parmi les Canadiens et les professionnels de la santé

Défis et leçons apprises	Le rendement des examens des demandes d'homologation de matériels médicaux de plusieurs classes est inférieur à celui des années précédentes en raison de l'augmentation du nombre et de la complexité des présentations. Examen régulier des retards relatifs aux produits de santé naturels (PSN) s'est poursuivi. La situation devrait s'améliorer grâce au nouvel investissement de 82,5 millions de dollars sur 5 ans du gouvernement fédéral en 2008. Le nombre d'inspections d'essais cliniques est inférieur à celui prévu en raison des retards relatifs à la dotation en personnel. Des évaluations ont identifié des secteurs où agir, par exemple, le programme de recherche des produits de santé naturels profiterait de plus de communications, de collaborations, de coordination et de transfert des connaissances.

Résultat stratégique n° 3 :
Réduction des risques pour la santé et l'environnement de produits et de substances réglementés et milieux de vie et de travail plus sains

Conforme aux priorités de Santé Canada suivantes : 1) amélioration de la santé des Canadiens; 2) diminution des risques; 4) responsabilisation.

Activité de programme n° 3 a) : Santé environnementale et sécurité des consommateurs

2007 – 2008 *($ millions)*

Dépenses prévues	Dépenses réelles
333,8	334,4

Résultats prévus	Sommaire du rendement
Réduction des risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances.	**Résultats satisfaisants. Principaux engagements respectés :** Avancement de la mise en œuvre de la Stratégie nationale antidrogue. Diminution continue du taux de fumeurs; de plus en plus d'adultes canadiens cessent de fumer et réduction de la prévalence chez les jeunes canadiens (15 à 17 ans).
Réduction des risques pour la santé et la sécurité et amélioration de la protection contre les méfaits associés aux dangers présents dans le milieu de travail et l'environnement, aux produits de consommation (y compris aux cosmétiques).	Réalisation de progrès concernant le Plan de gestion des produits chimiques et le Programme de l'air pur en collaboration avec Environnement Canada. Dans le cadre de l'initiative « Défi » du Plan de gestion des produits chimiques, 200 substances hautement prioritaires ont été relevées, et des plans de gestion ont été créés pour contrôler par exemple la présence de bisphénol A dans les biberons. Dans le cadre du Programme de l'air pur, les sources de pollution intérieures et extérieures ont été analysées afin de déterminer les risques pour la santé et l'élargissement de la surveillance et des outils d'information liés à la santé et à l'environnement. Le Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation propose la création d'une *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation.*
Défis et leçons apprises	Un plan de gestion des ressources humaines et des nouvelles méthodes de dotation en personnel sont mis en oeuvre afin d'aborder le recrutement et le maintien en poste des scientifiques et des professionnels de la santé publique. Un cadre de gestion intégré répond aux appels de la vérificatrice générale pour l'amélioration de la planification et de la gérance des ressources, du suivi et des rapports.

Activité de programme n° 3 b) : *Règlement sur les produits antiparasitaires*

2007 – 2008 *($ millions)*

Dépenses prévues	Dépenses réelles
50,9	58,9

Résultats prévus	Sommaire du rendement
Accès à des pesticides plus sécuritaires Diffusion des connaissances et transparence accrues	**Résultats satisfaisants. Principaux engagements respectés :** La plupart des nouveaux ingrédients actifs de pesticides homologués sont à risque réduit, suivant une plus grande utilisation d'examens en collaboration avec les responsables de la réglementation des produits antiparasitaires des autres pays. Sensibilité aux besoins des producteurs et des utilisateurs, de pesticides utilisés par les compétiteurs mondiaux. Sept documents de propositions réglementaires, d'orientations ou de discussion ont été publiés pour fins de consultation.
Défis et leçons apprises	La norme de rendement concernant l'homologation des nouveaux ingrédients actifs n'a pas été atteinte en raison de la charge de travail - ce problème a été résolu avec davantage de ressources et de recrutement de personnel.

Résultat stratégique n° 4 :
De meilleurs résultats de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens

Conforme aux priorités de Santé Canada suivantes : 1) amélioration de l'état de santé des Canadiens; 2) diminution des risques; 3) promotion du système de soins de santé; 4) responsabilisation.

Activité de programme nº 4 : Santé des Premières nations et des Inuits

2007 – 2008 *($ millions)*

Dépenses prévues	Dépenses réelles
2 130,9	2 227,6

Résultats prévus	Sommaire du rendement
Amélioration des résultats en santé en assurant la disponibilité de services de santé de qualité ainsi que l'accès à ces services, et soutien à une meilleure prise en charge du système de santé par les Premières nations et les Inuits.	**Résultats satisfaisants. Principaux engagements respectés :** Avons continué d'offrir une gamme de services de santé ainsi que des services de santé non assurés. Avons continué d'attirer des diplômés en soins infirmiers afin de combler les postes vacants dans les réserves. Avons accru les efforts afin d'intéresser les jeunes autochtones au domaine de la santé. Avons continué les projets pilotes sur le diabète et les soins prénataux visant à mettre à l'essai la réduction des délais d'attente pour les patients des Premières nations vivant dans une réserve. Avons préparé un plan d'action stratégique sur la santé mentale et mise en œuvre de projets communautaires de prévention du suicide. Avons préparé des plans régionaux contre une pandémie d'influenza afin d'aider les Premières nations à se préparer adéquatement à l'échelle locale. Avons continué d'améliorer la surveillance et les avis concernant l'eau potable dans les communautés. Avons lancé, en Colombie-Britannique, une approche tripartite novatrice de la gouvernance en santé.
Défis et leçons apprises	Défis systémiques continus, p. ex., prestation des programmes, pénurie de main-d'œuvre en santé, coût associé à la croissance rapide de la population et donc à l'augmentation du taux de blessures, de maladies et de personnes vivant dans des régions éloignées et rurales. Des efforts innovateurs, visant à intégrer les systèmes de santé des Premières nations aux provinces, ont montré qu'une intégration réussie doit être taillée sur mesure afin de refléter les circonstances individuelles des Premières nations.

Progrès par résultat stratégique pour 2007-2008

Résultat stratégique no 1 : Amélioration des connaissances afin de répondre aux priorités en matière de santé et de soins de santé

Incluant les objectifs principaux de 2007-2008 : Appuyer le système de soins de santé en faisant des progrès pour les Garanties sur les délais d'attente pour les patients et faire avancer la sécurité en santé mondiale

Les Canadiens s'attendent à avoir accès à leur système public de soins de santé lorsqu'ils en ont besoin. Grâce au leadership clair du gouvernement fédéral et au financement de plus de 600 millions de dollars du gouvernement du Canada, tous les gouvernements des provinces et des territoires ont convenu d'établir une **Garantie sur les délais d'attente pour les patients** dans au moins un des cinq domaines cliniques suivants : le traitement du cancer, les chirurgies cardiaques, l'imagerie diagnostique, le remplacement d'articulations et la restauration de la vue.

Le gouvernement fédéral agit à titre de catalyseur dans cette question. Grâce à un investissement de 30 millions de dollars sur trois ans, le gouvernement a soutenu dix projets pilotes dans huit provinces et territoires afin de faire des essais et d'évaluer des approches novatrices dans le but d'établir des garanties et des options pour des solutions de rechange (recours) lorsque les délais ont été dépassés. Ces projets font progresser les connaissances et les pratiques exemplaires pour la réduction et une meilleure gestion des délais d'attente. De plus, le gouvernement a fourni 400 millions de dollars en 2007 à Inforoute Santé du Canada afin que soit amélioré l'accès aux soins de santé par l'entremise d'une application novatrice des technologies de l'information et des communications.

Le Canada fait face à des menaces importantes pour la santé : **la pandémie d'influenza ou de grippe aviaire** Nous avons maintenu notre participation aux efforts déployés à l'échelle du gouvernement, lesquels sont soutenus par une aide financière d'un milliard de dollars dans le but de s'assurer que le Canada est bien préparé en vue de faire face à ces deux menaces. Notre avons appuyé l'accord de gouvernance interministériel de préparation à la pandémie d'influenza ou de grippe aviaire pour aborder les questions et les initiatives horizontales. Nous avons aidé à faciliter la collaboration mondiale en gérant la menace que représente une pandémie d'influenza. Nous avons également travaillé avec les communautés et des partenaires afin d'appuyer les Premières nations dans le cadre de l'élaboration, des essais et de l'intégration dans les réserves de leurs plans de lutte contre la pandémie d'influenza.

Une autre contribution au progrès des délais d'attente est la planification et la gestion améliorées des **ressources humaines en santé** au Canada. En collaboration avec nos partenaires, nous avons appuyé des initiatives qui améliorent la planification et qui abordent des questions importantes telles que l'intégration de professionnels de la santé formés à l'étranger au système de santé canadien.

Les enjeux de **santé mentale** ont d'importantes répercussions sur les conditions sociales et économiques des Canadiens. En 2007, le gouvernement a créé la Commission de la santé mentale du Canada et s'est engagé à lui verser 130 millions de dollars sur dix ans afin qu'elle serve de tribune pour une approche nationale dans le but d'améliorer la qualité de vie des Canadiens et des familles qui sont aux prises avec la maladie mentale. Le gouvernement, dans le cadre de son budget de 2008, s'est également engagé à verser 110 millions de dollars pour financer des projets de recherche nationaux associés à la maladie mentale et à l'itinérance.

Notre ministère poursuit ses travaux auprès des communautés de langue officielle en situation minoritaire afin de les aider à aborder leurs priorités particulières de service de santé et à établir un réseautage communautaire. Une bonne partie est centrée sur notre appui à la formation dans des programmes de professionnels de la santé des universités et collèges de langue française à l'extérieur du Québec, et la formation en langues officielles pour les travailleurs de soins de santé au Québec. Ces efforts ont été augmentés de 4,5 millions de dollars supplémentaires annoncés pour des initiatives en 2007-2008.

Résultat stratégique no 2 : Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs et efficaces et à des renseignements en vue de choix de santé sains

Incluant l'objectif principal de 2007-2008 : Protéger la santé des Canadiens en accordant une attention particulière au renouvellement de la réglementation et aux produits de santé naturels

Le gouvernement modernise le cadre réglementaire du Canada et les programmes pour les aliments, les produits de santé et de consommation afin de renforcer la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens dans le marché mondial actuel, qui est complexe et en pleine expansion. Le point central de ces travaux est l'engagement de 490 millions de dollars sur cinq ans alloué au **Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation**, annoncé par le premier ministre en décembre 2007. En vertu du plan d'action, le gouvernement a l'intention de permettre aux consommateurs d'obtenir de meilleurs renseignements; de fournir aux industries des directives afin de prévenir les dommages avant qu'ils ne surviennent; d'améliorer la surveillance tout au long du cycle de vie d'un produit, dans le but d'assurer la sécurité; et d'ajouter de nouveaux organismes de réglementation pour permettre une action plus rapide afin de protéger le public. Un cadre réglementaire modernisé en vertu du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation apaisera également le fardeau de l'industrie pour qu'elle puisse se concentrer sur des produits de consommation efficaces et sans danger pour le marché.

La mise en œuvre du plan d'action a débuté. Grâce à un nouveau site Web intégré, qui combine les renseignements sur les rappels de Santé Canada et ceux de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les Canadiens ont maintenant accès, en une seule étape, aux renseignements sur tous les aliments, les produits de santé et de consommation qui font l'objet d'un rappel. Nous avons appuyé le processus qui a mené au dépôt de deux projets de loi à la Chambre des communes, lesquels proposent de moderniser le cadre réglementaire dans le but de renforcer la protection de la sécurité des produits alimentaires et de consommation : le projet de loi C-51

modifierait la *Loi sur les aliments et drogues*; et le projet de loi 52 créerait la nouvelle *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*.

Santé Canada poursuit ses efforts à renouveler le cadre réglementaire et le programme de **produits de santé naturels**, afin de réduire le retard des examens de demandes et afin d'améliorer la sécurité des produits. On s'attend à d'autres progrès cette année et après, grâce à un investissement du gouvernement de 82,5 millions de dollars sur cinq ans en 2008.

Près de 14 millions d'exemplaires du *Guide alimentaire canadien* ont été distribués. Santé Canada a aussi offert un nouvel outil interactif intitulé « Mon Guide alimentaire », disponible sur le site Web du *Guide alimentaire canadien pour bien manger*, qui permet aux Canadiens d'obtenir des conseils personnalisés en alimentation et en nutrition. Le site Web de Santé Canada a été visitée plus de 3 millions de fois, plus de 14 millions de pages ont été visualisées par les Canadiens et l'outil « Mon Guide alimentaire » a été utilisé 585 000 fois.

Santé Canada a également élaboré et présenté le premier guide alimentaire destiné aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Dans le but d'aider les nouveaux immigrants à faire des choix santé en ce qui concerne leur alimentation, le *Guide alimentaire canadien* a été traduit en dix langues.

En plus de ces initiatives, nous continuons à progresser en améliorant la ponctualité de la **prise de décision réglementaire** liée aux présentations pour approuver les nouveaux produits pharmaceutiques, les matériels médicaux, les médicaments à usage vétérinaire et d'autres produits. Nous avons atteint ou dépassé les objectifs dans la plupart de ces domaines, tout en abordant les défis des autres domaines.

Résultat stratégique no 3a : Réduction des risques pour la santé et l'environnement de produits et de substances rglementés et milieux de vie et de travail plus sains

Incluant l'objectif principal de 2007-2008 : Faire progresser les initiatives sur la santé et l'environnement; protéger la santé des Canadiens en accordant une attention particulière au renouvellement de la réglementation et mettre en œuvre la Stratégie nationale antidrogue

Les activités liées au renouvellement de la réglementation en vertu du **Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation**, présenté précédemment dans le cadre du Résultat stratégique n^{o} 2, comprennent le renouvellement de la réglementation et l'amélioration des programmes en vue de renforcer la sécurité des produits de consommation, qui fait partie du résultat stratégique n^{o} 3a.

Le **Plan de gestion des produits chimiques**, et son investissement de 300 millions de dollars du gouvernement fédéral**,** confère au Canada un statut de leader mondial dans la saine gestion des substances et des produits chimiques. Nous avons poursuivi notre collaboration avec Environnement Canada pour faire progresser la mise en œuvre du Plan. Nous nous sommes concentrés principalement sur la réévaluation des produits chimiques introduits sur le marché canadien au cours des années passées, en nous basant sur les données les plus récentes

concernant les risques pour la santé. Cette réévaluation a mené à la gestion de risque associé à une substance dont la nocivité pour l'environnement et la santé a été confirmée, comme le produit chimique bisphénol A quand il est utilisé dans la fabrication de biberons en polycarbonate. Des mesures sont également en suspens quant à 193 autres produits chimiques potentiellement nocifs.

Santé Canada a également présenté le **Programme de l'air pur** du gouvernement, comprenant l'évaluation des risques pour la santé que posent les émissions dans l'atmosphère provenant de sources de pollution de l'air intérieures et extérieures. Nous avons également complété les lignes directrices sur la qualité de l'air intérieur pour l'ozone et le monoxyde de carbone, élaboré une liste des contaminants prioritaires de l'air intérieur, participé à l'élaboration de la réglementation sur l'air ambiant, et effectué une première analyse économique de la santé au sujet des bénéfices de la réglementation proposée.

À titre d'exemple, mentionnons l'initiative sur la cote air santé, par laquelle des citoyens de Toronto et de quatorze communautés en Colombie-Britannique ont commencé à recevoir une mesure quotidienne de la qualité de l'air, ce qui leur permet de faire des choix éclairés en ce qui concerne leur exposition à la pollution atmosphérique et à ses effets potentiellement néfastes. Un plus grand nombre de Canadiens tireront avantage de l'initiative au cours des prochaines années.

La **Stratégie nationale antidrogue**, annoncée en 2007, est un effort commun de Santé Canada, du ministère de la Justice et de Sécurité publique Canada. Le gouvernement a investi 300 millions de dollars sur cinq ans dans cette initiative mettant l'accent sur la prévention de l'utilisation de drogues illicites, sur le traitement des toxicomanes et sur la lutte à la production et à la distribution des drogues illicites. Nous avons assuré la direction des volets de la Stratégie portant sur la prévention et le traitement. Nous avons également offert du financement à des communautés et à des organismes dans le but de mettre en œuvre des mesures de promotion ou de prévention visant l'utilisation illicite des drogues et des substances contrôlées, particulièrement au sein des populations à risque, comme les jeunes et les Autochtones.

Résultat stratégique no 3b : Réduction des risques pour la santé et l'environnement de produits et de substances réglementés et milieux de vie et de travail plus sains

Outre notre mise en œuvre continue de nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*, le premier **examen conjoint mondial** pour l'homologation de **nouveaux pesticides** a été complété en partenariat avec les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Italie, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon. Notre participation à ce type d'activité de coopération internationale sur la réglementation permet aux producteurs canadiens d'avoir accès à de nouveaux pesticides en même temps que leurs compétiteurs à l'échelle mondiale. Notre recours à d'autres mécanismes de coopération, tels l'examen conjoint, le partage du travail et l'utilisation efficace des évaluations étrangères a permis aux utilisateurs canadiens d'avoir **accès en temps opportun à de nouveaux produits à risque réduit**. La collaboration internationale a mené à l'homologation de trois nouveaux ingrédients actifs de pesticides.

Les utilisateurs de produits antiparasitaires canadiens sont de plus en plus préoccupés par le nombre de produits vendus aux États-Unis, entre autres, dont l'usage probable est trop faible au

Canada pour encourager les fabricants canadiens à en demander l'homologation (« produits d'usage limité »). Pour aborder cette situation de façon proactive, nous avons effectué des travaux qui ont mené à l'homologation de 758 nouveaux produits d'usage limité. Nous travaillons avec la Environmental Protection Agency des États-Unis et d'autres organismes de réglementation afin d'étendre l'utilisation des examens conjoints et du partage du travail dans le but d'approfondir la question des produits d'usage limité.

Résultat stratégique no 4 : De meilleurs résultats de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens

Objectif principal de 2007-2008 : Améliorer l'état de santé de populations particulières

La plus grande partie de notre travail s'appuyait sur la prestation continue de services tels les soins primaires et les soins de santé communautaires ou à domicile, ainsi que sur des programmes axés sur l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale, la prévention du suicide, les maladies chroniques et la prévention des blessures, la préparation en cas de maladies transmissibles et la salubrité de l'environnement. Nous avons également continué d'offrir des services de santé non assurés à environ 800 000 membres admissibles des Premières nations et des Inuits, afin de couvrir des produits et des services médicaux nécessaires en santé lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par un régime d'assurance privé ou des programmes provinciaux et territoriaux de soins de santé.

Nous avons également recherché les priorités visant à améliorer les résultats de santé et les services de santé des Premières nations et des Inuits. Santé Canada a travaillé en partenariat avec les provinces, les territoires, les communautés autochtones et d'autres ministères fédéraux afin d'assurer aux Premières nations et aux Inuits l'accès à des soins de santé de qualité. Nous avons continué la mise en œuvre de 20 projets pilotes dans le but d'explorer de nouvelles façons de réduire les délais d'attente pour les soins prénataux et diabétiques. Nous avons également continué les initiatives qui améliorent notre capacité à attirer et retenir les employés qui offrent des services de santé de première ligne et qui encouragent les Autochtones à poursuivre des carrières en santé.

Le gouvernement a mis en œuvre des normes de qualité de l'eau potable pour les réseaux de distribution d'eau des Premières nations. Depuis 2006, le nombre de réseaux de distribution d'eau dans les communautés des Premières nations considérés à risque élevé a diminué de moitié. Nous avons également commencé à planifier de quelle façon améliorer ces progrès grâce à l'investissement d'une somme additionnelle de 330 millions de dollars du gouvernement fédéral, à partir de 2008-2009.

Étant donnés nos responsabilités pour les services de santé aux Premières nations vivant sur les réserves, nous avons élaboré des approches régionales visant à appuyer la planification locale en cas de pandémie d'influenza ou de grippe aviaire qui cohérente avec la planification des communautés avoisinantes, des régions de santé et des provinces.

Nous avons mis en œuvre un plan stratégique et clairvoyant qui, en plus de renouveler le système de santé des Premières nations et des Inuits, changera complètement la façon d'offrir les services

en santé des Premières nations, par l'entremise de partenariats novateurs, de l'intégration avec des systèmes de santé provinciaux et, surtout, de l'augmentation de la prise en charge par les communautés des Premières nations et des Inuits. Le premier Plan tripartite du Canada pour la santé des Premières nations a été signé en 2007 par le gouvernement du Canada, le gouvernement de la Colombie-Britannique et le Conseil des leaders des Premières nations. En vertu de ce plan, les partenaires travaillent à l'élaboration d'une nouvelle structure de gouvernance afin d'accroître la participation des Premières nations dans la prestation des services de santé, et de favoriser une meilleure intégration et une plus grande coordination des services de santé financés par les gouvernements fédéral et provincial. Nous avons également étudié la possibilité de signer des accords tripartites semblables avec d'autres partenaires provinciaux et communautés des Premières nations, reconnaissant que des accords réussis doivent tenir compte des situations variées des Premières nation partout au Canada.

Progrès concernant les priorités de gestion du Ministère

Des activités dans le cadre de la priorité n^{o} 4 de Santé Canada : « *Renforcement de la responsabilisation envers le gouvernement et le public* » ont été réalisées dans le cadre de tous les programmes présentés dans l'architecture des activités du programme. Les activités sont axées sur les réponses du Ministère aux initiatives à l'échelle du gouvernement, comme la *Loi fédérale sur la responsabilité*, la *Loi sur la modernisation de la fonction publique* (LMFP), le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG), de même que sur le renforcement de la gestion des ressources, la mesure du rendement et les rapports en ce qui concerne les programmes de réglementation.

En 2007, le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada a effectué une évaluation du **Cadre de responsabilisation de gestion** de Santé Canada. Dans l'optique des activités entreprises pour renforcer les méthodes de gestion, les cotes du CRG qui en découlent indiquent que les améliorations que nous avons réalisées au cours des dernières années sont considérables.

Au chapitre 8 de son rapport de vérification de novembre 2006, la vérificatrice générale fait des recommandations quant à l'affectation des fonds aux programmes de réglementation. Nous avons accompli des progrès importants relativement à ces recommandations au moyen d'un plan d'action en gestion axé sur des examens intégraux à l'échelle des directions générales pour mesurer le rendement et les ressources nécessaires des programmes de réglementation ainsi que d'un cadre du Ministère de contrôle de la gestion financière. Nous avons continué à travailler sur les examens exhaustifs pour tous les programmes de réglementation, de sorte que de nouveaux cadres de mesure du rendement ont été établis. De plus, nous avons accéléré l'élaboration et la mise en œuvre du Cadre de gestion et de contrôle financiers, avec des progrès remarquables dans des domaines comme la gestion budgétaire, l'obligation de rendre compte en matière de gestion financière, et l'état de préparation pour la vérification des états financiers, prévue pour 2008-2009.

Santé Canada a maintenu son appui envers la réponse du gouvernement au **Rapport du groupe d'experts indépendants chargé de donner des conseils sur les programmes de subventions et de contributions**. Le plan d'action du portefeuille de la Santé a été établi et a défini les initiatives qui abordent les recommandations du Rapport. Ces initiatives comprennent un cadre de gestion du risque pour les activités des programmes de subventions et de contributions, un système automatisé de gestion des subventions et des contributions, un site intranet connexe ainsi que l'adoption de procédures administratives simplifiées.

Le Ministère a également amélioré la **gestion des contrats** en s'assurant que des structures de gouvernance et des processus administratifs solides sont en place. Aussi, la phase 1 du système automatisé de demandes et de rapports relatifs aux contrats a été mise en œuvre dans le but de renforcer le service de contrôle de l'exécution des contrats.

Nous avons répondu à l'engagement pris à l'échelle du gouvernement d'**intégrer la planification des ressources humaines et des activités** avec la publication d'un premier plan en mars 2008. Ce plan constitue la première étape en vue d'une intégration complète, d'ici 2009-2010, des processus de planification stratégique, opérationnelle et des ressources humaines, ainsi qu'un engagement à long terme envers un cadre de planification intégré à l'échelle du Ministère.

En conformité avec l'initiative du Conseil du Trésor sur la **Structure de gestion, des ressources et des résultats** (SGRR), Santé Canada a révisé son architecture des activités de programme (AAP), défini les cadres de mesure du rendement et la structure de gouvernance pour l'ensemble de l'AAP, et entamé la création, l'enregistrement et l'utilisation systématique de l'information de la SGRR. De plus, nous avons élaboré avec succès un ensemble d'énoncés de résultats et d'indicateurs communs pour nos directions générales chargées de la réglementation et avons aligné, lorsque possible, le libellé de ces énoncés dans la SGRR avec cette formulation.

Le Ministère a continué de mettre l'accent sur l'élaboration de lignes directrices et d'outils visant à améliorer la qualité et les résultats des évaluations, y compris la mise à l'essai de l'outil d'optimisation des ressources qui a été conçu par le Secrétariat du Conseil du Trésor. Nous avons également fait des efforts accrus pour examiner les stratégies d'évaluation et de mesure du rendement contenues dans les présentations du Conseil du Trésor et les mémoires au Cabinet.

Section II

Analyse du rendement par résultat stratégique

RÉSULTAT STRATÉGIQUE N° 1 :

Amélioration des connaissances afin de répondre aux priorités en matière de santé et de soins de santé

Activité de programme :
Politiques, planification et information en santé

Résultats prévus:
Renforcement du système de santé grâce à :

- des buts et objectifs définis pour des stratégies et des initiatives particulières ;
- de l'élaboration de connaissance et du transfert des enjeux stratégiques particuliers en santé

Risque pour la santé / résultat : Renforcement du système de santé	
Indicateurs de performance	**Résultats**
Établissement de stratégies et d'engagements fédéraux-provinciaux-territoriaux.	Mener l'établissement des Garanties sur les délais d'attente pour les patients (GDAP) avec les provinces et les territoires et lancer le fonds du projet pilote des GDAP. Mettre en œuvre la stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé (RHS). Allouer 400 millions de dollars à l'inforoute Santé du Canada afin d'améliorer l'accès des patients et la qualité des soins grâce aux dossiers de santé électroniques et autres innovations. Faciliter l'établissement et les opérations de la Commission de la santé mentale du Canada.
Mesure sur les engagements particuliers de la politique de la santé	Commencer les paiements dans le cadre de l'accord de règlement visant à indemniser les personnes atteintes d'hépatite C avant 1986 et après 1990 Améliorer l'accès aux services de santé aux communautés de langue officielle en situation minoritaire, 3 181 étudiants étaient inscrits à des programmes professionnels en santé financés dans des universités et collèges francophones de l'extérieur du Québec (2003-2008), et formation dans les langues officielles fournies à 5 360 travailleurs de la santé (2005-2008) au Québec.
Publication d'un avant-projet de loi et d'une réglementation.	Entrée en vigueur, le 1er décembre 2007, de la réglementation sur l*a Loi sur la procréation assistée* sur le consentement à l'utilisation des gamètes et des embryons. Projet complété de législation au soutien du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation pour dépôt devant le Parlement en avril 2008. Achèvement de 18 % de l'Initiative d'allègement du fardeau de la paperasserie dans la bonne voie d'atteindre l'objectif de 20 % en novembre 2008.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
263,7	1 399,2	1 357,2

Ressources humaines *(ETP)*

Prévues	Réelles	Différence
588	540	48

Explication sur les renseignements financiers suivants :

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Indemnités des personnes ayant contracté le virus de l'hépatite C par le biais de l'approvisionnement en sang du Canada avant 1986 et après 1990
- Financement d'inforoute Santé du Canada
- Financement de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
- Financement des garanties sur les délais d'attente pour les patients
- Financement de la Rick Hansen Man in Motion Foundation
- Financement de la Commission de la santé mentale du Canada

Les écarts entre les dépenses réelles et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Péremption dans l'affectation à but spécial du Conseil de la santé
- Report de fonds de quelques crédits de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer à des années à venir
- Autres péremptions dans divers programmes

Les Canadiens s'attendent à ce que leur gouvernement fédéral joue un rôle de leader et crée un partenariat avec les autres afin d'appuyer un système de santé fort et accessible pour tous les Canadiens. Sous cette activité de programme, nous assumons un rôle de leadership en élaborant une politique en réponse aux enjeux d'importance en santé des Canadiens et en abordant les enjeux particuliers dans le système de santé. Nous le faisons à chaque fois lorsque nous collaborons avec les membres du portefeuille de la Santé et d'autres ministères fédéraux, ainsi qu'avec les ministères des provinces et territoires la Santé, des organisations non gouvernementales, professionnelles er, de recherche ainsi que des organisations internationales. Avec ces partenaires et de façon indépendante, nous favorisons et soutenons l'établissement d'une base solide de connaissances partagée et sa coordination à l'échelle nationale sur les questions en santé. Nous soutenons la recherche et l'analyse qui aide à faciliter l'adaptation du système de santé aux changements sociaux, technologiques, industriels et environnementaux afin de protéger les Canadiens contre les risques pour la santé, de leur assurer l'accès à des soins de santé de qualité et de leur procurer des avantages positifs en santé grâce à l'information et à l'innovation.

Nous atteignons ces objectifs par le biais de nos propres actions ainsi que de subventions et de contributions aux partenaires. Nos efforts comprennent la gestion de programmes de financement visant à stimuler la recherche sur le système de santé et son renouvellement, la msie en application de la *Loi canadienne sur la santé*, l'élaboration de lois et de règlements, l'élaboration et la communication d'exposés de principes du gouvernement fédéral sur les nouveaux enjeux, et à fournir des conseils stratégiques au ministre.

Au cours de l'exercice, nous avons fait des progrès importants en ce qui concerne deux enjeux importants que nous avions définis comme des priorités dans le *Rapport sur les plans et les priorités* (RPP). La première était de faire avancer les Garanties sur les délais d'attente pour les

patients du gouvernement et collaborer avec nos partenaires afin de s'attaquer aux facteurs clés dans l'amélioration du système de santé : une stratégie en matière de ressources humaines en santé, les améliorations technologiques et la recherche sur le système de santé. Le second était de continuer nos progrès dans la coordination et l'amélioration des activités de préparation et d'intervention en cas de pandémie d'influenza et la réponse au Canada ainsi que d'y contribuer à l'échelle internationale. Dans le RPP, nous nous sommes également engagés à appuyer le renouvellement des lois sur la protection de la santé et la modernisation du système de réglementation connexe et nous nous sommes engagés à appuyer l'augmentation de la sécurité des consommateurs, des patients ainsi que des travailleurs. Une grande partie de ce travail a contribué à tracer la voie au Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation qui est décrit aux résultats stratégiques 2 et 3, plus loin dans la présente section.

Politique de soins de santé

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
146,2	172,6*	169,7

Résultats escomptés : Améliorer l'accès aux services de santé ainsi que leur qualité et leur intégration à tous les Canadiens	
Indicateurs de rendement	**Résultats / progrès à ce jour**
Établissement de stratégies et d'engagements fédéraux-provinciaux-territoriaux.	Appui à l'élaboration des Garanties sur les délais d'attente pour les patients (GDAP) visant à améliorer la confiance des patients en un accès rapide à des services de santé de qualité.
Évaluations provisoires et sommatives des programmes de financement	Lancement du fonds du projet pilote des GDAP.
	Initiatives financées qui font la promotion de la planification et de la gestion des ressources humaines en santé (RHS) dans le cadre de la stratégie pancanadienne en matière de RHS.
Rapports d'étape sur le renouvellement des soins de santé présentés par le Conseil de la santé.	Poursuite de la mise en œuvre de l'Initiative concernant les professionnels de la santé formés à l'étranger : 27 ententes de financement pluriannuel ont été conclues soutiennent plus de 50 initiatives.
	Élaboration d'un plan d'action suivant l'évaluation finale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP).
	Évaluation du Programme de contribution pour les stratégies en matière de soins de santé.
	Soutien continu au rôle de surveillance et de rapports du Conseil de la santé dans la mise en œuvre des Accords sur la santé de 2003 et de 2004.
	Soutien aux initiatives visant à améliorer l'accès de qualité des Canadiens à des soins de santé grâce au développement et à l'échange de connaissances et des ressources.
	Appui à l'établissement de la Commission de la santé mentale du Canada.
	Commencement des paiements aux demandeurs admissibles suivant l'accord de règlement relative à l'hépatite C, avant 1986 et après 1990.

Il y avait six principaux secteurs d'importance pour les Canadiens dans la sous-activité de la politique de soins de santé.

Gestion des délais d'attente et renouvellement du système de santé

Le Conseil canadien de la santé, l'Alliance sur le temps d'attente et l'Association médicale canadienne ont tous déclaré des progrès dans la réduction des délais d'attente, dans le cadre des cinq secteurs prioritaires définis dans l'Accord sur la santé de 2004 : traitement du cancer, chirurgies cardiaques, imagerie diagnostique, remplacement d'articulations et restauration de la vue. Les efforts et les investissements de chaque gouvernement ainsi que des établissements et des fournisseurs de soins de santé dans l'ensemble du pays ont contribué à réaliser cet important progrès.

Notre profile le plus prioritaire était d'appuyer l'élaboration des Garanties sur les délais d'attente pour les patients (GDAP), dont le but est de fournir aux patients une plus grande assurance d'un accès rapide à des services de santé de qualité. À la suite de l'accord entre chaque gouvernement provincial et territorial pour établir une GDAP d'ici mars 2010, nous avons lancé le fonds du projet pilote des GDAP. Grâce à ce fonds, les provinces et les territoires intéressés mettent à l'essai et évaluent des approches novatrices pour établir les GDAP, y compris des options touchant d'autres formes de soins (recours), lorsque les délais ont été dépassés. Ces projets aideront les gouvernements des provinces et des territoires à mettre en œuvre des garanties qui feront évoluer le système de santé vers des soins davantage adaptés et axés sur les patients. Le Ministère a continué d'appuyer directement et de surveiller quatre projets pilotes : trois servant à établir des garanties pour les soins aux diabétiques ainsi que les soins prénataux dans les communautés des Premières nations sélectionnées et un quatrième qui concerne les délais d'attente pour la chirurgie pédiatrique.

Dans le cadre de l'Initiative nationale sur les délais d'attente[2], Santé Canada a créé des partenariats avec les parties intéressées afin d'appuyer la recherche, l'accroissement des connaissances et leur diffusion de façon à orienter les politiques, les programmes et les services destinés à améliorer l'accès aux soins de santé et à réduire les délais d'attente. Les activités qui ont bénéficié de ce soutien comprennent une table ronde et un rapport de recherche sur les temps d'attente en santé mentale, un atelier où ont été présentés les résultats d'une recherche sur les temps d'attente effectuée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), ainsi qu'une conférence intitulée « Maîtriser les files d'attente ».

Notre Ministère a continué d'appuyer le rôle de surveillance et de présentation de rapports du Conseil de la santé en ce qui concerne la mise en œuvre des Accords sur la santé de 2003 et de 2004. Le Conseil de la santé a publié son troisième rapport annuel, *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?*, qui présente un survol et une évaluation du progrès réalisé au regard des initiatives découlant de l'Accord, ainsi qu'un certain nombre de rapports sur des sujets particuliers, qui fournissent une analyse plus détaillée de questions telles que les soins de santé primaires et les soins à domicile. Le Conseil de la santé a aussi publié : *Importance du*

[2] http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/acces/wait-attente/index-fra.php

renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladie chronique et *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*.

Le Ministère a renouvelé son appui à l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)[3], pour une période de cinq ans, avec un financement pouvant atteindre 8 millions de dollars par année. Ceci permettra à l'ICSP de continuer à mener ce dossier, à favoriser la collaboration et à promouvoir l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins de santé.

Stratégies en matière de ressources humaines en santé

Santé Canada continue de mettre en œuvre la stratégie pancanadienne des RHS[4], dont le financement peut atteindre 20 millions de dollars par année pour des activités qui font la promotion d'une gestion et d'une planification des RHS. Ces activités ont pour but de garantir aux Canadiens l'accès aux fournisseurs de services de santé dont ils ont besoin. La Stratégie comprend trois initiatives : Planification pancanadienne des RHS, Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient, ainsi que Recrutement et maintien en poste.

Les représentants de la région du Manitoba et de la Saskatchewan ont organisé quatre séances de discussion entre Santé Canada et Santé Manitoba sur des questions d'intérêt commun dans le cadre du dialogue sur la politique de la santé. Les sujets abordés comprenaient l'historique du développement des services de santé au Manitoba, les programmes de soins de santé dans le Nord de l'Université du Manitoba ainsi que l'application d'analyses comparatives entre les sexes aux services de santé.

Santé Canada a fourni un financement destiné aux initiatives menées par des intervenants. Par exemple, nous collaborons avec Statistique Canada pour évaluer et rendre compte des statistiques liées à la formation des professionnels de la santé au Canada, afin de définir les motifs de l'attrition. Le Ministère a aussi appuyé l'étude de l'Association des facultés de médecine du Canada, sur la formation médicale de premier cycle au Canada, afin de promouvoir l'excellence dans les soins aux patients. Nous avons financé la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers afin de déterminer les mesures que les syndicats et les employeurs peuvent prendre ensemble pour promouvoir l'adoption de pratiques visant la qualité de la vie au travail, qui amélioreront le maintien en poste ainsi que le recrutement des infirmières et la qualité des soins aux patients.

En partenariat avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation et les organisations universitaires, Santé Canada continue de mettre en œuvre l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger (IRPSFE)[5], pour laquelle le gouvernement fédéral s'est engagé à verser un financement de 75 millions de dollars sur cinq ans, à partir de 2005-2006. Le but est de faciliter l'intégration dans la population active canadienne des professionnels de la santé formés dans d'autres pays. Les provinces, les territoires et des organisations non gouvernementales bénéficient d'un financement pour 27 accords de contribution qui soutiennent plus de 50 initiatives, souvent dans le dessein d'atteindre

[3] http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/patient_securit/cpsi-icsp-fra.php
[4] http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/recru/init-prof-educ-fra.php
[5] http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/recru/init-prof-educ-fra.php

une approche plus normalisée d'évaluation des diplômés en santé venant d'autres pays. Les points importants comprennent l'établissement en Alberta d'un centre d'évaluation des compétences des infirmières formées à l'étranger, projet maintenant repris partout au pays, ainsi que d'un programme de perfectionnement des professeurs des diplômés internationaux en médecine, maintenant offert dans les 16 écoles de médecine du Canada.

Une évaluation du Programme de contribution pour les stratégies et les politiques en matière de soins de santé, qui comprend l'exécution de la Stratégie pancanadienne des RHS, la IRPSFE, l'Initiative nationale sur les délais d'attente ainsi que le fonds du projet pilote sur les GDAP, a été complétée en décembre 2007. L'évaluation a permis de faire les constatations suivantes : ce programme permet d'aborder les enjeux liés au système de soins de santé actuel et constitue un mécanisme flexible permettant de répondre rapidement aux questions émergentes en soins de santé. Cependant, elle recommanda également un système de mesure du rendement s'étendant au-delà des extrants afin de dresser un rapport relativement à l'atteinte d'objectifs; des mécanismes améliorés de diffusion de l'information et de transfert des connaissances; enfin une gouvernance stratégique améliorée du Programme afin de mieux informer les décisions en matière d'affectation des fonds, une coordination et une collaboration améliorées des projets, et entre eux, et la diffusion élargie des résultats du projet. Nous encourageons ces résultats à mesure que le Programme progresse.

Soins à domicile et soins continus, gestion des maladies chroniques, cybersanté

Les dossiers de santé électroniques (DSE)[6] sont un outil important pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité des soins de santé. Le Ministère a investi 400 millions de dollars supplémentaires dans Inforoute Santé du Canada afin d'appuyer la mise en œuvre continue des DSE et d'améliorer l'accès des patients et la qualité des soins. Le Ministère a aussi participé à une initiative de l'Organisation de coopération et de développement économiques traitant des stratégies gagnantes pour la mise en œuvre des DSE. Santé Canada a soutenu la recherche sur les meilleures façons d'améliorer l'intégration des soins de santé et leur analyse. Nous avons également soutenu l'élaboration d'un guide pour les régies régionales de la santé, qui décident de proposer d'introduire des programmes de planification préalable des soins, lequel sera disponible en 2008-2009.

Reconnaissant les préoccupations croissantes en ce qui concerne l'autisme et l'intérêt manifesté afin de les aborder, Santé Canada a fourni un million de dollars sur cinq ans à l'Université Simon Fraser qui mettra sur pied une chaire de recherche sur le traitement de l'autisme et l'intervention, en collaboration avec le gouvernement de la Colombie-Britannique. En plus d'avoir amélioré le contenu de notre site sur l'autisme, nous avons fourni un appui au Réseau canadien de recherche d'intervention sur l'autisme, afin de mettre à jour l'information issue de la recherche offerte au public et d'assurer sa disponibilité dans les deux langues officielles.

Santé Canada a continué d'appuyer la mise en œuvre par le gouvernement de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer en fournissant un financement pouvant atteindre 50 millions

[6] http ://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/ehr-dse/index-fra.php

de dollars par année au Partenariat canadien contre le cancer et en appuyant un dialogue stratégique continu avec l'Australie sur les approches nationales de contrôle du cancer.

Santé Canada a mené l'évaluation finale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP)[7]. Le Fonds (2000-2006) a fourni un appui aux provinces, aux territoires et à d'autres intervenants du système de santé, à mesure qu'ils concevaient et mettaient en œuvre des initiatives provisoires de renouvellement des soins de santé primaires telles que des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de soins de santé ainsi que l'amélioration de l'accès, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des blessures, de la prise en charge des maladies chroniques, de la qualité des soins, de la responsabilisation et de l'intégration des services. Selon l'évaluation, le FASSP avait bel et bien joué un rôle catalyseur dans le renouvellement et la réforme du système de soins de santé primaire. Il a également mis au point un plan d'action de gestion afin de répondre aux recommandations du rapport.

Santé Mentale

Le Ministère a facilité l'établissement de la Commission de la santé mentale du Canada[8], annoncée dans le budget de 2007 et officiellement inaugurée par le Premier ministre en août 2007. Le gouvernement s'est engagé à verser une somme de 130 millions de dollars sur 10 ans afin de permettre à la Commission de servir de tribune nationale en santé mentale et en maladie mentale. Le budget de 2008 comprend un engagement supplémentaire de 110 millions de dollars visant à appuyer les projets de recherche nationaux de la Commission liés à la santé mentale et à l'itinérance. Depuis son établissement, la Commission a mis en oeuvre sa structure de gouvernance et sa structure organisationnelle, laquelle comprend un conseil d'administration et huit comités consultatifs; la Commission a aussi élaboré des politiques de gouvernance et d'administration et s'est dotée de cadres supérieurs; elle a organisé des séances de consultation avec des intervenants de partout au Canada, a lancé des études et des activités préalables et, enfin, a élaboré un plan d'activités sur cinq ans.

Hépatite C

Après la conclusion de l'accord de règlement visant à indemniser les personnes infectées à l'hépatite C avant 1986 et après 1990, les paiements ont été remis aux demandeurs admissibles.

Gestion des produits pharmaceutiques

Dans le RPP, nous avons décrit des plans pour un travail continu avec les provinces et les territoires concernant les éléments de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP). Le gouvernement fédéral continue de mettre l'accent sur l'importance de la collaboration fédérale-provinciale-territoriale en ce qui concerne l'utilisation, la gestion et les coûts des médicaments, pour ce qui est d'améliorer l'efficience du système, les résultats pour la santé et l'égalité tout en contribuant à la durabilité. Alors que les gouvernements provinciaux

[7] http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-fra.php
[8] http://www.mentalhealthcommission.ca/mhcc-fr.php

et territoriaux continuent de se concentrer sur l'obtention d'un nouveau financement fédéral pour la couverture des médicaments, les progrès en ce qui a trait à la SNPP n'ont pas été réalisés sans difficulté, et les gouvernements devront déterminer quelle est la meilleure approche pour une collaboration continue au sujet des enjeux communs liés aux produits pharmaceutiques. Malgré cela, il y a eu des progrès du côté des volets prioritaires de la SNPP, et les plans présentés dans le RPP ont été pour la plupart réalisés.

- Les Options de couverture des médicaments onéreux ont été analysées, et leur coût a été déterminé. Le récent accroissement de la couverture publique des médicaments semble s'inspirer en partie de ce travail.

- En ce qui concerne la priorité de la SNPP qui vise les médicaments onéreux servant au traitement des maladies rares, nous avons poursuivi notre collaboration à l'étude de l'Initiative canadienne de recherche sur la maladie de Fabry (ICRMF)[9].Tout en se penchant sur une seule maladie rare, l'étude avait pour but de déterminer comment nous pourrions le mieux évaluer l'efficacité de *tous* les médicaments pour les maladies rares et prendre des décisions fondées sur des données probantes relativement au remboursement de ces médicaments au public.

- Un autre volet de la SNPP, la liste commune des médicaments admissibles, nous a amené à collaborer avec les responsables FPT des régimes de couverture de médicaments afin de fournir des conseils et une orientation stratégique au Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM)[10] à l'appui de l'expansion et de l'amélioration du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM)FTP[11], dont les recommandations orientent les programmes publics d'assurance-médicaments de toutes les provinces (à l'exception du Québec, qui ne participe ni à la SNPP ni au PCEM), en ce qui a trait au remboursement.

- Nous avons contribué à la réponse du gouvernement à l'étude de 2007 du PCEM par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes qui a révélé que les responsables des régimes d'assurance-médicaments participants percevaient le PCEM comme un exemple positif de coopération intergouvernementale, qui fournit une aide précieuse au public[12]. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)[13] est responsable du PCEM ainsi que du Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM). Une évaluation du rendement de l'ACMTS effectuée par un tiers en 2007 a indiqué que les responsables de régimes d'assurance-médicaments FPT jugeaient que le PCEM avait eu un impact « entièrement positif »[14], et l'analyse et la surveillance interne par l'ACMTS ont confirmé que le PCEM avait permis de réduire le chevauchement et le double emploi, et d'améliorer l'efficacité, l'uniformité et la rigueur du processus décisionnel, et avait entraîné l'adoption de plus de 90 % des recommandations par les responsables des régimes d'assurance-médicaments FPT.

[9] http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/35803.html
http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2006/2006_48-fra.php
[10] Le CCCEM est le comité d'experts qui fait les recommandations du PCEM
[11] http://cadth.ca/index.php/fr/cdr
[12] http://www.cmte.parl.gc.ca/cmte/CommitteePublication.aspx?COM=13189&Lang=1&SourceId=228685
[13] http://cadth.ca/
[14] http://www.cadth.ca/index.php/fr/cadth/corporate-profile/ekos-evaluation

- Pour ce qui est de l'achat et de la fixation des prix des médicaments un autre volet prioritaire de la SNPP, et en conformité avec les ententes précédentes conclues avec les ministères FPT de la Santé, nous avons accordé un financement au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), afin qu'il surveille le prix de vente et les indicateurs de prix des médicaments non brevetés et de ceux dont le brevet est récemment arrivé à échéance et présente des rapports à ce sujet[15].

- En ce qui concerne l'innocuité et l'efficacité de médicaments dans le monde réel, autre volet de la SNPP[16], nous avons collaboré avec des partenaires à l'élaboration d'un plan d'activités qui propose un réseau virtuel, pour relier les centres d'excellence en vue d'une recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments après leur mise en marché, de façon à combler les lacunes et à mettre sur pied les capacités de recherche nécessaires. Les provinces et les territoires ont exprimé un intérêt pour le partage de données afin d'appuyer un tel réseau.

Soins infirmiers

Santé Canada collaabore avec les conseillers principaux en soins infirmiers des provinces et des territoires, avec ses collègues en la matière du gouvernement fédéral et avec les organisations nationales de soins infirmiers afin d'aborder les préoccupation politiques prioritaires.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
3,7	3,7	3,6

Résultats escomptés : Optimiser la contribution des connaissances et des pratiques en soins infirmiers afin d'améliorer les soins de santé offerts aux Canadiens.	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Progrès des politiques et des pratiques dans les soins infirmiers (tel que précisés dans les plans de travail et les ententes de financement).	Renforcement du rôle du personnel infirmier dans le système de santé à partir de consultations et de conseils. Contribution à une politique générale basée sur des données probantes : 1) soutien et participation à la recherche; 2) rédaction de documents de politique; 3) établissement d'un lien entre la recherche et la pratique et les fournisseurs de soins de santé. Soutien aux liens FPT grâce à des réunions et à des comités nationaux

Pour optimiser la contribution des connaissances en matière de soins infirmiers, dans le but d'améliorer les soins de santé :

- Nous avons rédigé des documents de politique concernant les rôles émergeants en soins infirmiers tels que les seuils de rapports infirmière/patients obligatoires, les nouveaux rôles

15 http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/francais/view.asp?x=496
16 http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pharma/nps-snpp/securit/index-fra.php

infirmiers (p. ex. les infirmières anesthésistes), la sécurité des patients dans les établissements de la santé mentale, les coûts du roulement des employés et une stratégie nationale en matière de naissance.

- En collaboration avec nos partenaires, nous avons créé le Portail canadien sur les soins infirmiers (INF-Fusion), un portail électronique bilingue grâce auquel les infirmiers et les infirmières peuvent accéder à une vaste gamme de ressources et de services professionnels.

- Nous avons soutenu les activités d'un groupe national travaillant à améliorer la qualité de vie au travail du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé. En plus de créer une stratégie d'action nationale et des normes nationales de qualité de vie au travail, le groupe a élaboré un site internet et organisé un sommet national pour promouvoir l'échange des connaissances, entraînant une meilleure sensibilisation sur l'importance d'un milieu de travail sain pour les fournisseurs de soins de santé.

- Nous avons travaillé avec des organisations professionnelles et les gouvernements des provinces afin de faciliter une approche pancanadienne visant à augmenter le nombre d'infirmiers praticiens et d'infirmières praticiennes.

Promotion d'un environnement de travail sain à titre de partie intégrante de la Stratégie pancanadienne en matière des RHS :

- Nous avons soutenu des projets afin d'améliorer le bien-être et la santé des employés de première ligne, grâce à des projets.
- Nous avons financé le Comité national d'experts sur la formation interprofessionnelle, et fourni un appui ainsi qu'un financement au Consortium pancanadien pour l'interprofessionalisme en santé afin de faciliter le transfert de connaissances et le réseautage des activités.

Mise en œuvre de la *Loi sur la procréation assistée* au Canada

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
3,1	3,1	3,0

Résultats escomptés : Mise en œuvre de la *Loi sur la procréation assistée* et élaboration d'une réglementation connexe; établissement de Procréation assistée Canada (PAC)	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Les progrès du travail de réglementation (jalons définis dans les plans de travail annuels).	La réglementation sur le consentement à l'utilisation des gamètes et des embryons a été publiée dans la *Gazette du Canada*, Partie II, en juin 2007, et est entrée en vigueur le 1er décembre 2007.
Au bout du compte, PAC rendra comptes de ses réussites dans le	Les instructions provisoires pour 13 secteurs ont été formulées et en sont à l'étape de la rédaction réglementaire.

cadre de la promotion de la santé et de la sécurité des personnes qui ont recours aux techniques de procréation assistée.	Les instructions provisoires pour la réglementation sur les renseignements médicaux devraient être publiées dans la *Gazette du Canada,* Partie I, en 2008. La base de données du registre des renseignements médicaux a été transférée à PAC en juillet 2007.

En établissant des règlements sur la procréation assistée, Santé Canada assure une protection contre les blessures et les risques relatifs à la santé, à la sécurité, aux droits et à la dignité des Canadiens. Nous avons aussi continué de faire participer les intervenants de façon à établir un équilibre entre les besoins des personnes qui utilisent les techniques de procréation assistée et des enfants qui en sont nés, des fournisseurs de services et de la société dans son ensemble. Au cours de 2007-2008, nous avons poursuivi l'élaboration de règlements sur la procréation assistée en vue d'aborder la question complexe des risques que soulèvent les techniques utilisées du point de vue de la société, de l'éthique, de la santé et de la sécurité. Après avoir pris en considérations des incidences juridiques et politiques de l'opinion de la Cour d'appel du Québec concernant la constitutionnalité de la *Loi sur la PA*, une décision a été rendue à l'effet d'aller en appel devant la Cour suprême du Canada afin de clarifier toutes incertitudes.

Procréation assistée Canada a été établie en 2006 pour mettre en application la *Loi sur la procréation assistée.* Une fois la réglementation prête et publiée, PAC assurera sa mise en œuvre et son application ainsi que la diffusion d'information concernant la santé et la sécurité des Canadiens ayant recours aux techniques de procréation assistée. De plus, nous avons amorcé une révision du *Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée* adopté en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, afin d'inclure ce règlement dans la *Loi sur la procréation assistée.*

Politique des sciences de la santé

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
2,6	2,6	2,4

Résultats escomptés : Contribution aux domaines des sciences de la santé	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Considérations éthiques, juridiques, sociales, économiques et de santé dans les partenariats internationaux et nationaux et dans les conseils stratégiques touchant les sciences de la santé. Progrès réalisés à l'égard d'un système de protection des participants humains aux recherches (jalons précisés dans le plan de travail et l'entente de projet).	Un atelier a eu lieu et un rapport stratégique a été commandé relativement aux répercussions de l'accréditation dans le domaine de la génétique humaine sur l'adoption des nouveaux diagnostics par le système de santé. Recherche sur la propriété intellectuelle liée aux technologies des vaccins contre le VIH/sida qui visait la façon dont la protection par brevet peut influer sur la recherche au Canada et à l'étranger. Un forum a permis aux ministères fédéraux de partager les expériences concernant les défis dans l'élaboration de vaccins et leur adoption. Participation et soutien en matière de secrétariat au Forum des promoteurs de la protection des participants humains aux recherches au Canada, lequel a établi un Comité d'experts chargé de fournir des recommandations visant à améliorer la protection des participants humains aux recherches. Achèvement de la deuxième année de l'animation d'un processus dirigé par

	les intervenants visant à créer une norme volontaire pour les conseils d'éthique de recherche qui examinent les essais cliniques, afin d'améliorer l'uniformité et l'efficience de la recherche et de mieux protéger les participants aux essais cliniques au Canada. Élaboration d'un plan de collecte de données sur les mécanismes d'assurance de la qualité en place dans les laboratoires canadiens qui effectuent des essais génériques, et sur le travail qui sera complété en 2008-2009 pour diffuser les Lignes directrices concernant l'assurance de la qualité du dépistage génétique moléculaire de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et encourager leur adoption.

Nos efforts en ce qui concerne la politique des santé de la santé ont été diversifié au-delà des points observés dans la boîte ci-haut. L'un des points central fut l'amélioration de l'assurance de la qualité et du transfert de technologie dans le domaine de la génétique humaine et à laquelle nous avons participé par le biais de deux initiatives de l'OCDE dont le but était d'élaborer des lignes directrices internationales concernant 1) la gestion de la propriété intellectuelle en génétique humaine et 2) les mesures visant à garantir la qualité du dépistage génétique. Ces initiatives amélioreront l'accès aux technologies génétiques en santé et la qualité de ces technologies. Nous avons retenu les services de chercheurs de pointe dans le domaine du droit de la santé et de la gestion de la qualité afin de fournir au Ministère un plan de mise en œuvre des lignes directrices, et nous avons engagé des directeurs de laboratoire, des bureaux de transfert de technologie, des chercheurs universitaires, des administrateurs et des intervenants du secteur privé dans un dialogue sur les principes inscrits dans les lignes directrices sur la propriété intellectuelle. Ces initiatives ont permis de réaliser des progrès à l'égard des engagements du gouvernement relatifs à la Stratégie en matière de science et technologie en ce qui concerne la gestion de la propriété intellectuelle et au soutien réglementaire en matière de technologies novatrices en santé.

Un autre point central fut notre travail de collaboration avec nos partenaires aux questions de détermination rapide des problèmes et de la surveillance des technologies émergentes, y compris les nanotechnologies, et avons mené des recherches stratégiques sur les répercussions éthiques, juridiques et sociales possibles. Santé Canada a dressé une carte de la recherche éthique, juridique et sociale sur les nanotechnologies au Canada en vue de définir les principaux intervenants et les autres partenaires potentiels. Des objectifs ont été définis en vue d'élaborer des stratégies précises visant à optimiser les avantages ainsi qu'à réduire et prévenir les dommages associés aux nouvelles technologies.

Santé Canada a mené des recherches et des analyses stratégiques sur l'éthique des recherches touchant les humains, la réglementation visant à protéger les participants humains à la recherche et les normes des conseils d'éthique de recherche qui examinent les essais cliniques. Le Ministère s'est joint aux partenaires du Forum des promoteurs pour examiner les modèles d'accréditation dans le domaine de la protection des participants humains à la recherche au Canada. Santé Canada a également renforcé les liens internationaux et les pratiques harmonisées grâce au soutien et à la promotion de la *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* de l'UNESCO et à son rôle de chef de file dans le cadre des efforts de l'OCDE pour

élaborer les *Lignes directrices relatives aux biobanques et bases de données de recherche en génétique humaine*. Ces activités ont contribué à l'objectif du Ministère qui consiste à renforcer les liens fédéraux-provinciaux-territoriaux en matière de protection des participants humains à la recherche, ainsi qu'aux efforts fédéraux en vue d'améliorer la santé de populations précises et à réduire les risques pour la santé grâce à la collaboration avec d'autres gouvernements.

Affaires législatives et réglementaires

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
2,2	2,2	2,0

Résultats escomptés : Protection accrue de la santé et de la sécurité des consommateurs, des travailleurs et des patients.	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Progrès réalisé à l'égard de la cohérence des politiques réglementaires dans l'ensemble du portefeuille de la Santé. Réalisation de jalons en vue de l'achèvement d'un nouveau cadre pour les plans de travail annuels (tel qu'énoncé dans le RPP). Le succès du nouveau cadre relativement à l'amélioration de la protection de la santé fera l'objet des rapports des directions générales du Ministère et des organismes du portefeuille de la Santé responsables de secteurs précis, notamment la sécurité alimentaire et la sécurité des consommateurs.	Établissement d'un comité directeur à l'échelle du Portefeuille chargé de la mise en œuvre de la Directive du cabinet sur la rationalisation de la réglementation (DCRR). Nous avons commencé à améliorer le processus réglementaire. Des progrès ont été réalisés relativement à la mesure du rendement et à l'analyse des coûts et avantages, et des résultats sont prévus pour 2008-2009. Nous avons assuré la mise en œuvre de l'Initiative d'allègement du fardeau de la paperasserie et atteint une réduction de 18 % selon la cible de 20 % d'ici novembre 2008. Nous avons élaboré des critères d'établissement des priorités ainsi qu'un modèle de gouvernance, pour orienter de façon efficiente les activités législatives et réglementaires.

Nous avons soutenu le processus du Ministèrequi a mené à l'élaboration des modifications proposées à la *Loi sur les aliments et drogues* et la nouvelle *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* qui ont été présentées le 8 avril 2008 et sont décrites aux résultats stratégiques n^{os} 2 et 3. Nous avons également poursuivi le travail sur les politiques législatives liées à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ainsi que sur les appareils émetteurs de rayonnement et sur le transport de passagers.

Santé Canada a poursuivi le travail visant à améliorer ses processus réglementaires, principalement afin de se conformer à la Directive du cabinet sur la rationalisation de la réglementation et aux lignes directrices connexes du Conseil du Trésor. Le Ministère a fait d'importants progrès en ce qui touche la mise en œuvre, y compris en ce qui concerne une

nouvelle exigence de mesures du rendement des initiatives réglementaires. Santé Canada s'est également appuyé sur son modèle d'établissement des priorités pour garantir l'amélioration de l'efficience interne en matière d'élaboration de la réglementation et de réduction du fardeau administratif inutile des entreprises. Santé Canada continue de travailler sur les mesures visées par l'Initiative d'allègement du fardeau de la paperasserie.

Affaires internationales

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
28,0	28,1	9,0

*Les écarts sont attribuables à l'exigence de fournir des paiements de frais des membres au plan international à l'avance

Résultats escomptés : Contribuer à améliorer la sécurité mondiale en santé et à protéger la santé des Canadiens.	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Participation aux conférences et aux réunions et résultats connexes; établissement de stratégies et de cadres conjoints.	Santé Canada a participé à la Huitième réunion ministérielle sur l'initiative de sécurité sanitaire mondiale (ISSM).
Reddition de comptes sur les résultats attendus et la mesure du rendement relativement à des secteurs précis par les organismes responsables; par exemple, l'ASPC rendra des comptes sur la préparation en cas de pandémie.	Participation au groupe de travail intergouvernemental de l'OMS sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Organisation d'un atelier international en vue de réduire les risques que représentent les animaux pour la santé humaine.

Le Canada est un collaborateur actif aux initiatives de santé au plan international[17]. Notre priorité fut, en grande partie, de collaborer avec des partenaires tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) en ce qui concerne la préparation en cas de pandémie d'influenza, le VIH/sida et la sécurité sanitaire mondiale[18]. Le Ministère a également établi nos relations avec des pays tels que la Chine, lesquelles ont mené à la création du Comité mixte Canada-Chine sur la santé, qui vise à définir les domaines futurs de collaboration sur des enjeux liés à la réforme des systèmes de santé, au financement des médicaments et aux soins de santé primaires dans les régions rurales.

En novembre 2007, Santé Canada a participé à la Huitième réunion ministérielle sur l'initiative de sécurité sanitaire mondiale (ISSM), partenariat non officiel des pays du G7 et du Mexique, dont le but est de renforcer la préparation en matière de santé publique et l'intervention mondiale face aux menaces de terrorisme chimique, biologique et radio-nucléaire international.

17 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/iad-dai/index-fra.php
18 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/intactiv/index-fra.php

En réaction aux préoccupations soulevées par un certain nombre de pays en développement qui font face à une éclosion de grippe aviaire H5N1, nous avons soutenu la décision de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS), en 2007, afin d'établir la Réunion intergouvernementale sur la préparation en cas de pandémie d'influenza, qui a travaillé pour garantir l'échange continu d'échantillons de virus afin d'établir des stocks internationaux de vaccins, et d'explorer les mécanismes ainsi que les lignes directrices de distribution des vaccins contre la pandémie d'influenza.

Notre rôle dans le Groupe de travail de l'OMS sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle comprenait les tâches suivantes : organiser une consultation auprès de 28 pays des Amériques et appuyer l'OMS pour renforcer ses capacités techniques en matière de propriété intellectuelle en santé publique, en produisant un document spécialisé sur les brevets liés aux virus de l'influenza.

Le Ministère a organisé un atelier avec des partenaires nationaux et internationaux sur la santé publique vétérinaire. L'atelier visait à échanger des renseignements sur les pratiques exemplaires et à définir des stratégies en vue d'une meilleure intégration de l'expertise en santé et en agriculture des Amériques visant à réduire les risques que représentent les animaux pour la santé humaine.

Affaires intergouvernementales

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
5,6	5,6	5,1

En plus de nos responsabilités permanentes[19], nous avons appliqué la *Loi canadienne sur la santé*, enquêté sur les cas possibles de non-conformité et analysé les nouveaux enjeux de la pertinence, tels que les coûts imposés aux patients pour des soins primaires prodigués dans des installations privées, la surcharge possible par les médecins et les frais pour services chirurgicaux facturés par des cliniques privées. Nous avons continué de constater un haut niveau de conformité provinciale et territoriale, qui est décrit en détail à l'intention du Parlement et des Canadiens dans le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*[20].

Recherche appliquée, diffusion et responsabilisation

Santé Canada coordonne l'élaboration de renseignements utiles et actuels en santé à l'intention des Canadiens, des partenaires et des intervenants en vue de la prise de décisions stratégiques en santé, de la mesure du rendement et de la reddition de comptes, comme l'exigent les Accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

19 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/igovad-daigov/index-fra.php
20 http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/res/ar-ra-fra.php

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
36,5	91,9	62,4

* Les écarts sont principalement attribuables à la péremption du nouveau financement autorisé à l'Institut canadien d'information sur la santé.

Des recherches ciblées qui abordent les besoins particuliers de Santé Canada et autres décideurs sont importantes à la prise de bonnes décisions. Elles ont continué d'être le point principal d'activités pour ce résultat stratégique[21]. Un bon exemple est que nous avons continué de produire le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, qui fournit au public et aux décideurs du secteur de la santé des données approfondies sur les préoccupations stratégiques dans le domaine de la santé. Le dernier enjeu examiné visait les facteurs qui ont une influence sur l'état de santé des habitants des régions rurales et urbaines. Un élément important de nos dépenses était le financement accordé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin qu'il recueille des données sur le système de soins de santé et les rende publiques.

Un autre élément important pour les autres groupes de Santé Canada est l'élaboration des modèles de prévision des ressources humaines en santé, des modèles de micro-simulation et des bases de données connexes afin de permettre la quantification et l'analyse des options stratégiques potentielles et des changements possibles des programmes. Par exemple un modèle de micro-simulation a mesuré l'incidence fiscale sur les familles et les personnes des changements aux paramètres dentaires et médicaux dans le contexte de la viabilité de l'examen des politiques. Nous avons également élaboré un modèle d'offre et de demande au service des médecins qui a aidé à déterminer l'impact de divers leviers politiques (par exemple les diplômés, l'immigration, le maintien de l'effectif) afin de combler les lacunes de médecins spécialisés pour la Nouvelle-Écosse. Ce modèle permet aux planificateurs de toutes les provinces d'évaluer et d'agir en conséquence de leurs propres besoins en ce qui concerne l'offre et la demande de médecins. D'autres activités ont permis une évaluation des incidences fiscales possibles sur les foyers d'un programme d'assurance-médicaments pancanadien onéreux. Santé Canada a également fait des recherches qui ont déterminé l'importance relative des facteurs contribuant à l'absentéisme des infirmières afin de permettre l'élaboration des réponses de la politique stratégique.

Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
25,7	25,8	33,5

[21] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/arad-draa/index-fra.php

Résultats escomptés : Accès accru aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Évaluations des programmes de financement (les résultats attendus et les indicateurs sont précisés dans les accords de financement des projets)	Début de l'évaluation du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire sera entrepris. Entre 22-3-2004 et 2007-2008, 3 181 étudiants étaient inscrits à des programmes professionnels en santé financés dans des universités et collèges de langue française à l'extérieur du Québec. On compte 230 gradués au 31 mars 2008. Au Québec, le programme a fourni une formation en anglais aux travailleurs francophones des soins de santé afin d'améliorer les services de santé offerts aux populations minoritaires anglophones, et une formation en français a été fournie aux travailleurs anglophones en vue de maintenir en poste la main-d'œuvre québécoise.

Le Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire a continué de fournir un soutien à la formation et au maintien en poste des professionnels de la santé et au réseautage communautaire entre les collectivités anglophones au Québec et les collectivités francophones ailleurs au Canada. En plus des données du programme mentionné dans la boîte ci-haut, depuis 2003, 28 réseaux de santé de langue minoritaire ont été créés, dont de nombreux sont maintenant officiellement reconnus par leur gouvernement provincial et territorial respectif.

En octobre 2007, le Ministère a annoncé un financement supplémentaire de 4,5 millions de dollars pour les initiatives visant à améliorer l'accès aux services de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire en 2007-2008.

Les résultats d'une enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle ont été publiés en décembre 2007. L'enquête, partenariat auquel ont participé Santé Canada et neuf autres ministères, a montré que 65 % des adultes francophones de toutes les provinces, à l'exception du Québec, ont indiqué que la principale raison pour laquelle il leur serait difficile d'obtenir des services de santé en français est la rareté des professionnels francophones. Au Québec, 70 % des adultes anglophones ont cité un problème semblable concernant les services offerts en anglais.[22]

[22] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/igovad-daigov/olcdb-baclo-fra.php

RÉSULTAT STRATÉGIQUE Nº 2 :

Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs et à des renseignements en vue de choix de santé sains

Nom de l'activité de programme : Produits de santé et aliments

Résultat escompté :

- Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs
- accès à des renseignements en vue de choix de santé sains

Résumé du rendement

Risques pour la santé / Résultats : Accès à des produits de santé efficaces et sûrs	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre d'alertes concernant des médicaments dangereux (avis, mises en garde) et de rappels de produits de santé publiés sur le site Web de Santé Canada	42 avis, mises en garde et rappels concernant des médicaments et des produits de santé ont été diffusés auprès des professionnels de la santé comparativement à 41 l'année dernière. 124 avis, mises en garde et rappels concernant des médicaments et des produits de santé ont été diffusés auprès du public comparativement à 96 l'année dernière. 21 avis, mises en garde et rappels concernant l'alimentation et la nutrition ont été diffusés auprès du public comparativement à 18 l'année dernière.
Nombre d'inspections	Plus de 900 inspections ont été menées
Pourcentage de demandes d'homologation de nouveaux produits pharmaceutiques et de médicaments génériques examinées selon le délai imparti.	98 % de demandes d'homologation
Pourcentage de demandes d'homologation de nouveaux produits pharmaceutiques et de médicaments génériques examinées selon le délai imparti	94 % des demandes d'homologation de produits pharmaceutiques et de médicaments génériques ont été examinées selon le délai imparti, conformément aux normes de service approuvées; dépassement de l'objectif fixé à 90 %.
Pourcentage de demandes d'homologation de médicaments biologiques examinées selon le délai imparti.	100 % des demandes d'homologations ont été examinées selon le délai imparti; dépassement de l'objectif fixé à 90 %.
Pourcentage de réduction du retard de travail lié aux demandes d'homologation de produits préalables à la mise en vente :	Réduction de 92 % du retard de travail lié aux demandes d'homologation de médicaments à usage vétérinaire faisant partie de la charge de travail au 1er avril 2007, dépassement de l'objectif fixé à 70 %. 55 % des demandes de licence de mise en marché concernant les

- médicaments à usage vétérinaire - produits de santé naturels	produits de santé naturels ont été traitées menant à des décisions réglementaires. Aucun objectif n'a été fixé.

Risques pour la santé / Résultats : Aliments sans danger	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Pourcentage de réduction du retard de travail lié aux demandes d'homologation.	Traitement de 93,5 % des 31 plus anciennes demandes d'homologation de produits alimentaires (phase I de la réduction du retard de travail : demandes d'homologation non réglementaires).
Risques pour la santé / Résultats : Accès à des renseignements pour prendre des décisions éclairées	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Niveau de satisfaction des Canadiens et des professionnels de la santé concernant l'information transmise en vue de choix santé et d'une prise de décisions éclairée.	83 % ont répondu que nous avons très bien réussi à communiquer l'information dans les deux langues officielles. 66 % ont répondu que nous offrons suffisamment de moyens de recevoir l'information. 64 % ont répondu que nous fournissons l'information en temps opportun.
Nombre de produits d'information diffusés liés aux produits alimentaires et de santé.	Plus de 1 480 cd-rom ont été distribués, donnant accès à de l'information sur les produits de santé et le système de réglementation des produits alimentaires Campagne d'éducation sur la salubrité de la volaille diffusée sur Internet. Publication sur Internet d'un guide sur l'étiquetage nutritionnel et les allégations.. Publication sur Internet de l'*Évaluation des risques pour la santé liés au mercure présent dans le poisson et bienfaits pour la santé associés à la consommation de poisson.* Campagne de marketing social encourageant les Canadiens à utiliser des tableaux de la valeur nutritive afin de faire des choix alimentaires éclairés, notamment une publicité télévisée
Disffusion du nombre d'exemplaires révisés du *Guide alimentaire canadien*	Plus de 13 millions d'exemplaires du *Guide alimentaire canadien* révisé ont été diffusés. Plus de 250 000 guides ressources ont été distribués aux éducateurs et aux communicateurs.
Pourcentage de la population ciblée atteinte	70%
Nombre et nature des nouveaux outils et approches mis en œuvre pour mieux intégrer la transparence et l'ouverture dans les activités quotidiennes de la DGPSA.	Plus de 3 000 exemplaires de la *Politique sur la participation du public dans le cadre de l'examen des produits réglementés*, du document d'orientation et des outils et modèles connexes ont été élaborés. Le Ministère a tenu plus de 150 consultations sur un grand nombre de sujets. Le Ministère a tenu 100 réunions pour recueillir des avis et des commentaires de la part de conseillers externes. Des rapports d'évaluation ont été publiés sur le site Web de Santé Canada.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
257,4	316,5	307,9

Ressources humaines *(ETP)*

Prévues	Réelles	Différence
2,668	2,623	45

Explication sur les renseignements financiers suivants :

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Financement de la réserve de gestion – produits de santé naturels
- Financement de la phase II de l'encéphalopathie spongiforme bovine
- Financement de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques
- Financement des conventions collectives

Les écarts entre les dépenses réelles et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Péremption dans l'affectation réservée au régime d'accès aux médicaments
- Autres péremptions dans divers programmes

Santé Canada a la responsabilité de réglementer les produits de santé et les aliments au Canada. L'objectif du Ministère est d'évaluer et de surveiller l'innocuité, la qualité et l'efficacité de milliers de médicaments, de vaccins, de matériels médicaux, de produits de santé naturels et d'autres produits thérapeutiques qui sont à la disposition des Canadiens, ainsi que de l'innocuité et la qualité nutritionnelle des aliments. Le Ministère examine l'innocuité et l'efficacité des médicaments à usage vétérinaire vendus au Canada et la sécurité des produits alimentaires issus des animaux traités avec ces médicaments. Santé Canada contribue à la promotion de la santé et du bien-être des Canadiens en élaborant des politiques et des normes nutritionnelles telles que le *Guide alimentaire canadien* et en renseignant le public par le biais de bulletins comme *Votre santé et vous.* [23]

Le rapport sur les plans et les priorités a souligné notre engagement de moderniser le cadre législatif et de réglementation, afin de suivre l'évolution rapide de la science et de la technologie, les problèmes de santé publique actuels et à venir, les attentes des consommateurs en matière de sécurité, la nécessité de la transparence, les progrès internationaux et d'autres facteurs. Nous nous sommes engagés à faire ceci par le biais d'une action continue en vertu de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, laquelle débuta en 2003-2004 de même que le travail concernant le *Plan de renouveau* [24]*II* et le *Plan stratégique 2007-2012 de la Direction générale des produits de santé et des aliments*[25], qui ont été publiés en avril 2007 à la suite de consultations à grande échelle des intervenants.

En 2007, ces efforts ont préparé le terrain pour une réponse rapide du gouvernement afin de largement médiatiser les incidents qui soulèvent des préoccupations concernant la sécurité de certains produits de santé et de consommation. Ceci a permis à notre Ministère d'appuyer rapidement le gouvernement afin d'élaborer le Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation[26] , que le premier ministre a annoncé en décembre 2007 et de préparer le nouveau financement des initiatives du plan d'action communiqué dans le budget de

23 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/index-fra.php
24 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/blueprint-plan/blueprint-plan_II-fr.php
25 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/strat-plan-2007-2012-fra.php
26 http://www.healthcanadians.ca/pr-rp/action/plan_e.html

2008. Nous avons également soutenu le processus de l'avant-projet de loi pour la présentation devant le Parlement en avril 2008 afin de moderniser la *Loi sur les aliments et drogues*[27]

Les résultats de ces efforts et les nouvelles autorités ont mis en place dans la réglementation présentée au Parlement apporteront de nouvelles mesures afin de renforcer les systèmes de santé et de sécurité au Canada. Nous seront en mesure de réglementer les produits de santé durant leurs cycles de vie et nous nous attendons à mettre en place de meilleurs outils pour identifier et agir sur les risques relatifs à la salubrité des aliments nous obtiendrions de nouvelles autorisations pour la conformité et la mise en force telles que le pouvoir de retirer du marché les produits de santé lorsque nécessaire.[28]

En même temps que le travail relié au plan d'action s'est déroulé, nous avons fait progresser d'autres éléments du *Plan de renouveau* et du *Plan stratégique*, comme les consultations sur les propositions de frais pour les médicaments pour usage humain et les matériels médicaux et l'entrée en vigueur du *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes destinés à la transplantation*. Le Plan d'action, les ressources du budget de 2008 et les propositions de frais aideront Santé Canada à donner suite aux recommandations de la vérificatrice générale dans son rapport de novembre 2006 sur l'affectation des ressources aux programmes de réglementation.[29]

Quatre sous-activités sont définies dans la présente activité de programme de produits alimentaires et de santé. Les réalisations correspondant à chacune de ces sous-activités sont décrites comme suit.

Amélioration de l'évaluation avant la mise en marché et du processus réglementaire

Description : Un système de réglementation modernisé : accroître l'efficacité des fonctions de réglementation et faire en sorte qu'elles soient mieux adaptées aux besoins des Canadiens par la simplification des processus et une collaboration plus étroite avec d'autres organismes pour s'assurer que le Canada continue à compter sur un environnement réglementaire de calibre international.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
123,3	151,6	147,5

Résultats escomptés : Évaluation opportune de produits alimentaires et de santé	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Pourcentage de décisions prises en fonction de l'objectif de rendement par type; pour	94 % des nouvelles demandes d'homologation de produits pharmaceutiques et de médicaments génériques ont été examinées selon le délai imparti (objectif – 90 %).

[27] http://www.parl.gc.ca/common/bills_ls.asp?lang=E&ls=c51&source=library_prb&Parl=39&39Ses=2
[28] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/homologation-licensing/index-eng.php
[29] www.oagvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/20061108ce.html

les demandes d'homologation liées aux : - produits pharmaceutiques; - matériels médicaux; - produits biologiques.	73 % des demandes d'homologation des instruments médicaux de classes I, II et III ont été examinées selon le délai imparti (objectif – 90 %). 100 % des demandes d'homologation de médicaments biologiques ont été examinées selon le délai imparti (objectif – 90 %).
Pourcentage de réduction du retard de travail lié aux demandes d'homologation de produits préalables à la mise en vente de : - médicaments à usage vétérinaire; - produits de santé naturels; - produits alimentaires.	92 % du retard de travail lié aux demandes d'homologation de médicaments vétérinaires faisant partie de la charge de travail au 1er avril 2007 ont été complétées (objectif de 70 % dépassé). 93,5 % des 31 plus anciennes demandes d'homologation de produits alimentaires ont été traitées. 55 % des demandes de licence de mise en marché concernant les produits de santé naturels ont été complétées.
Résultats escomptés : Un système de réglementation moderne des produits alimentaires et de santé qui satisfait aux besoins de la population canadienne.	
Pourcentage des initiatives du *Plan de renouveau* respectant l'échéance selon le délai imparti.	D'importants progrès ont été réalisés quant à plusieurs initiatives du *Plan de renouveau*.

Continuer d'améliorer l'efficacité du processus réglementaire

À l'aide des fonds octroyés lors du budget de 2003 pour la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, une initiative quinquennale de 190 millions de dollars, le Ministère a continué de réduire le retard de travail pour les demandes d'homologation et de respecter les normes internationales en matière d'examen des demandes d'homologation de nouveaux produits pharmaceutiques et de médicaments biologiques Comme l'indique le tableau ci-dessus, le nouveau financement nous a permis d'améliorer la rapidité d'exécution de nos décisions réglementaires et de réduire de façon significative les retards de travail des demandes en attente d'une décision. Le Ministère excède maintenant ses objectifs en matière de normes du service dans la plupart des secteurs et, par exemple, ils sont biens positionnés pour éliminer les retards de travail des demandes d'homologation de médicaments à usage vétérinaire d'ici la fin de 2008-2009. Le Ministère a complété la phase 1 de la stratégie de réduction du retard de travail pour les demandes d'homologation de produits alimentaires et de nouvelles procédures normales d'exploitation et de nouveaux outils de gestion du flux de travail ont été créés afin d'assurer le succès de la phase 2.

Deux exceptions importantes de cette évolution du progrès ont été notées au cours de l'exercice. La première concerne certaines catégories de matériels médicaux, où la rapidité d'exécution a été touchée en raison de l'augmentation du nombre de demandes et de leur complexité. La seconde concerne la croissance rapide du secteur des produits de santé naturels. Pour y répondre, le Ministère a pris certaines mesures, il a accordé la priorité aux monographies qui devaient être élaborées en premier afin de permettre le traitement d'un plus grand nombre de demandes conformément au *Règlement sur les produits de santé naturels*.

Nous avons faits du progrès concernent le système de réglementation du Ministère qui sera plus efficace en raison de la révision du Cadre de recouvrement des coûts, mettant à jour un régime datant de 10 ans [30]. Ce Cadre établit des frais et des normes de service pour la réglementation, l'homologation et la surveillance après la commercialisation des produits de santé. Une étape clé en 2007 a été notre dépôt de l'Avis officiel de proposition de frais pour les médicaments pour usage humain et les matériels médicaux, ce qui a permis de recevoir les commentaires et les suggestions des parties intéressées et de mener à la finalisation du Cadre.

Moderniser le cadre de réglementation

L'adoption de ce résultat stratégique a décrit le processus de renouvellement de la règlementation dans son ensemble qui a eu lieu conformément au *Plan de renouveau*, le plan d'action et la proposition de modifications à la *Loi sur les aliments et drogues.* Puisqu'en bout de ligne ceux-ci devront mener à un cadre comportantdes outils améliorés dont disposera Santé Canada pour protéger et promouvoir la santé et la sécurité du public, le Ministère poursuit ses travaux de modernisation, dans la mesure du possible, des cadres de réglementation élaborés en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* actuelle afin d'aborder les problèmes actuels. Plusieurs ont été identifiés dans le Rapport sur les plans et les priorités.

Le Ministère a débuté la mise en œuvre du nouveau cadre de réglementation concernant les cellules, les tissus et les organes, et la publication de la proposition du Règlement dans la partie II de la *Gazette du Canada* en décembre 2007[31]. Nous avons également souligné la valeur de la diffusion publique des données issues des essais cliniques dans des registres, ce qui permet aux patients, aux médecins, aux chercheurs et à d'autres intervenants intéressés de prendre des décisions plus éclairées. En tant qu'étape immédiate, Santé Canada favorise l'enregistrement des données issues des essais cliniques[32] conformément au régime volontaire existant, tout en explorant une modification réglementaire qui rend un enregistrement obligatoire.

En octobre 2007, le Ministère a publié un document de consultation des intervenants sur la gestion des demandes préalables à la mise en marché des produits alimentaires[33], qui décrivait le processus d'interaction proposé avec les demandeurs au cours du processus d'examen des demandes préalables à la mise en marché. Un document séparé de discussion intitulé « Vers une modernisation du cadre de gestion des allégations santé des aliments au Canada[34], a été publié afin d'appuyer les consultations. Le Ministère a étendu la portée de cette consultation pour qu'elle comprenne l'étiquetage des emballages, pour refléter les points apportés sur la santé par le Comité permanent de la Chambre des communes, de même que les allégations sur les produits de santé naturels sous forme d'aliments.

[30] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/finance/costs-couts/consultation/activit/off_notice-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/consultation/cri-irc/index-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/finance/costs-couts/consultation/result/report_rapport-fra.php
[31] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/compli-conform/info-prod/cell/index-fra.php
[32] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/proj/enreg-clini-info/index-fra.php
[33] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consultation/blueprint_food-plan_aliments/pre_mark_sub-dem_pre-fra.php#m
[34] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consultation/init/man-gest_health_claims-allegations_sante-eng.php

En mai 2007, le Ministère a terminé un examen réglementaire des produits de santé naturels mené sur Internet. afin de guider nos choix dans ce domaine d'intérêt en plein essor pour les Canadiens. Les commentaires que nous avons reçus ont aidé à la préparation de nouvelles proches stratégiques incluant une nouvelle réglementation de ces produits fondée sur les risques. Le Ministère a l'intention d'éliminer l'arriéré de travail dans les demandes préalables à la mise en marché en simplifiant les demandes concernant les produits présentant moins de risques et en axant notre examen des ressources sur les produits présentant des risques plus élevés.

La décision d'avancer rapidement pour appuyer l'élaboration d'un plan d'action et d'autres efforts pour accélérer la modernisation de notre système de réglementation, nous a mené à reporter quelques initiatives réglementaires conformément à ce résultat stratégique que nous avons décrit dans le rapport sur les plans et les priorités à l'exercice 2008-2009. Ces préoccupations incluaient : la réglementation permettant l'accès à des drogues interdites à des fins de distribution massive en cas d'urgence ou en prévision d'une situation d'urgence en santé; les modifications au *Règlement sur l'étiquetage nutritionnel*; l'élaboration d'un nouveau cadre de réglementation pour les vaccins; des modifications réglementaires relatives à l'adjonction de vitamines et de minéraux aux aliments; et la publication d'un nouveau cadre de réglementation du sang.[35]

Coopération internationale en matière de réglementation

Le Canada et d'autres pays poursuivent des ententes de coopération et des actions afin d'augmenter les économies et améliorer la disponibilité de l'information. Conforme à cet engagement, le protocole d'entente (PE) entre Santé Canada et la U.S. Food and Drug Administration (FDA) a été élargi pour qu'il comprenne le partage d'information sur les produits alimentaires et de santé naturels. Un PE avec la Therapeutic Goods Administration (TGA) de l'Australie a été signé concernant la certification d'un système de gestion de la qualité des matériels médicaux.

Le Ministère et la Direction européenne de la qualité du médicament et soins de santé (DEQM) du Conseil de l'Europe ont signé un PE relatif aux substances ayant des fins pharmaceutiques. Aussi, une entente de confidentialité avec la Commission européenne (CE) et l'Agence européenne des médicaments (AEM) permet le partage d'information liée aux produits thérapeutiques (produits pharmaceutiques, radiopharmaceutiques, biologiques et de santé naturels) pour usage humain et vétérinaire.

Information, éducation et sensibilisation concernant les produits de santé, les aliments et la nutrition

Description : Réagir à l'intérêt croissant des consommateurs à l'égard des questions de santé en diffusant davantage de renseignements et en améliorant l'accès à de l'information qui leur permet de prendre des décisions appropriées relativement aux produits de santé, à la salubrité des aliments et à la nutrition.

[35] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/sap_pas_comp_e.html

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
9,5	11,7	11,4

Résultats escomptés : Le public et les intervenants sont au courant des renseignements qui leur permettent de prendre des décisions éclairées en ce qui a trait à la salubrité des produits de santé et des aliments ainsi qu'à l'alimentation, tout en ayant accès à cette information.	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre de produits d'information diffusés qui sont liés : - aux médicaments et aux produits de santé; - aux produits alimentaires - à la nutrition	Plus de 1 480 cd-rom ont été distribués, donnant accès à de l'information sur le système de réglementation des produits alimentaires et de santé. Plus de 13 millions d'exemplaires du *Guide alimentaire canadien* révisé ont été diffusés. Plus de 250 000 guides ressources ont été distribués aux éducateurs et aux communicateurs.
Pourcentage de la population cible touché	70 %
Niveau de satisfaction des Canadiens et des professionnels de la santé concernant l'information transmise en vue de choix santé et d'une prise de décisions éclairée	83 % des Canadiens ont répondu que le Ministère a très bien réussi à communiquer l'information dans les deux langues officielles. 66 % ont répondu que Santé Canada offre suffisamment de moyens de recevoir l'information. 64 % ont répondu que le Ministère fourni l'information en temps opportun.

Notre engagement à l'information, à l'éducation et à la sensibilisation a été diffusé de différentes façons. Le Ministère a commencé à mettre en œuvre une stratégie d'information des consommateurs échelonnée sur cinq ans, qui fait partie d'un engagement pris dans le cadre du *Plan de renouveau II*, afin de produire de l'information à l'intention des consommateurs sur les produits alimentaires et de santé et le système réglementaire. Dans le cadre de stratégie nous avons élaboré de nouveaux produits afin d'améliorer la convivialité d'utilisation et l'accessibilité à l'information du Ministère : production de rapports de la direction générale dans un langage clair et simple; et a fait participer des patients et des intervenants consommateurs de trois régions à un projet pilote d'éducation sur le signalement des effets secondaires des médicaments, ce qui a apporté des rétroactions précieuses à savoir comment améliorer la communication des rapports.

L'un de nos produits le plus connu est le *Guide alimentaire canadien* [36], plus de 13 millions d'exemplaires ont été remis entre sa publication en février 2007 et le 31 mars 2008. Santé

http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/meat-viande/index-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/facts-faits/unpast_fruit_juices-jus_fruits_cidre_nonpast-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/handl-manipul/fbac-abac/index-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/mercur/merc_fish_poisson-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/allerg/fa-aa/index-fra.php

Canada a également distribué plus de 250 000 guides ressources à l'intention des éducateurs et des communicateurs et a noté 3,5 millions de visites à la page d'accueil du Guide alimentaire. Pour répondre aux besoins d'une population canadienne de plus en plus diversifiée, Santé Canada a lancé le tout premier guide alimentaire national destiné aux Autochtones - *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien - Premières Nations, Inuit et Métis* en avril 2007. Après des recherches afin de déterminer l'information, les outils et le processus qui pourraient aider les nouveaux immigrants à faire des choix alimentaires sains. Le Ministère a traduit le *Guide alimentaire canadien* en dix langues : arabe, chinois, coréen, persan, punjabi, russe, espagnol, tagal, tamoul et urdu.

L'étiquetage nutritionnel est devenu obligatoire sur tous les aliments préemballés en décembre 2007. En janvier 2008, Santé Canada a lancé une campagne de marketing social pour inciter les Canadiens à utiliser l'information nutritionnelle figurant sur l'emballage des aliments pour comparer les produits. Une publicité télévisée de 30 secondes en français et en anglais a été diffusée de janvier à mars 2008. La campagne comprenait des bannières électroniques, des annonces dans les journaux et des fiches détachables disponibles dans plus de 3 000 épiceries. En outre, le site Web de Santé Canada sur l'étiquetage nutritionnel a été mis à jour et remodelé pour augmenter l'accessibilité à son contenu.[37]

Notre Ministère a donné suite avec une vaste gamme d'information, d'éducation supplémentaire ainsi que des efforts de diffusion. Un exemple est notre lancement d'une campagne d'éducation en ligne sur la salubrité de la volaille en juin 2007. Un *Guide d'établissement de valeurs nutritives exactes* sur l'étiquetage nutritionnel et les allégations santé, de même qu'une *Évaluation des risques pour la santé liés au mercure présent dans le poisson et bienfaits pour la santé associés à la consommation de poisson* ont été publiés sur le site Web de Santé Canada. Le Ministère a terminé le rapport de consultation sur les jus de fruits non pasteurisés, et plusieurs ateliers sur la gestion des risques liés aux incidents d'allergies alimentaires ont été tenus avec des intervenants, notamment les représentants de l'industrie et d'importants groupes de consommateurs préoccupés par les allergies alimentaires.[38]

http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/allerg/cel-coe/index-fra.php

[36] http://www.healthcan http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.phpada.gc.ca/foodguide

[37] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/allergen/index_e.html
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/meat-viande/index_e.html
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/facts-faits/unpast_fruit_juices-jus_fruits_cidre_nonpast_e.html
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/handl-manipul/fbac-abac/index_e.html
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/mercur/merc_fish_poisson_e.html
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/allerg/fa-aa/index_e.html
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/allerg/cel-coe/index_e.html

[38] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/allergen/index-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/meat-viande/index-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/facts-faits/unpast_fruit_juices-jus_fruits_cidre_nonpast-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/handl-manipul/fbac-abac/index-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/mercur/merc_fish_poisson-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/allerg/fa-aa/index-fra.php
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/allerg/cel-coe/index-fra.php

La communication des risques est de plus en plus importante. Notre site Web de MedEffet Canada a continué de donner accès aux avis, aux mises en garde et aux rappels les plus récents émis par Santé Canada concernant les médicaments thérapeutiques, les produits de santé naturels et les matériels médicaux commercialisés. L'augmentation de 20 % des abonnements à l'avis électronique MedEffet démontre l'intérêt pour cette information.[39]

Quelques-unes des actions de Santé Canada ajoutent à la connaissance détaillée des préoccupations en matière d'alimentation. Nous avons publié le *Rapport sur Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 2.2, volet nutrition (2004): Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*, qui comprend des estimations nationales et provinciales de la sécurité alimentaire en lien avec le revenu à l'échelon des ménages, des adultes et des enfants. Le rapport décrit également une nouvelle approche de l'interprétation des données sur la sécurité alimentaire et les résultats sur la situation de sécurité alimentaire chez les Autochtones hors réserve.[40]

Une composante de cet engagement conformément à cette activité était d'aborder les nouveaux enjeux en santé. Nous avons terminé une trousse portant sur l'information au sujet de la biotechnologie à l'intention des enseignants, selon les besoins exprimés par les enseignants des écoles secondaires et les conseillers pédagogiques que nous avons consultés. Santé Canada a également continué de mener une initiative interministérielle en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une approche « d'intendance » du processus décisionnel réglementaire du XXI^{e} siècle qui reflète des opinions détaillées des nouvelles technologies.[41]

Surveillance de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique et gestion du risque

Description : Augmentation de la capacité de réagir à des questions de santé publique particulières et de gérer les risques grâce à l'élaboration de systèmes viables de recherche, de contrôle et de surveillance, et d'activités plus intenses de vérification de la conformité et d'application de la loi. Augmentation de la capacité de gérer les risques associés à l'approvisionnement alimentaire, y compris les situations d'urgence liées à la salubrité des aliments, afin d'offrir des aliments plus salubres aux Canadiens

Résultats escomptés : Renforcement de la sécurité des produits de santé sur le marché canadien.	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Conformément à la *Loi sur les aliments et drogues* et son Règlement	42 avis, mises en garde et rappels concernant des médicaments et des produits de santé ont été diffusés auprès des professionnels de la santé.

[39] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index-eng.php
[40] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/
[41] http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/biotech/index_e.html

Nombre d'avis, de mises en garde et de rappels concernant des médicaments et des produits de santé publiés sur le site Web de Santé Canada à l'intention du public et des professionnels de la santé	124 avis, mises en garde et rappels concernant des médicaments et des produits de santé ont été diffusés auprès du public. 21 avis, mises en garde et rappels concernant l'alimentation et la nutrition ont été diffusés auprès du public.
Résultats escomptés : Conformité à la *Loi sur les aliments et drogues* et son Règlement.	
Pourcentage annuel d'augmentation des signalements de réactions indésirables reçus	Augmentation de 22 % par rapport à l'année dernière.
Nombre d'inspections	Plus de 900 inspections ont eu lieu, y compris quelque 210 établissements de matériels médicaux.
Pourcentage de conformité selon le nombre total d'inspections (des établissements) terminées	Conformité à 98 %.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
110,4	135,8	132,1

Conforme à notre engagement quant à la recherche et à la surveillance dans le Rapport sur les plans et les priorités, Santé Canada en entrepris un ensemble d'activités en vue de déterminer des risques pour la santé humaine. Un exemple était notre évaluation des risques et l'élaboration de stratégies de gestion du risque que présente l'utilisation du bisphénol A dans les emballages alimentaires. Ceci a mené à des travaux sur l'inscription du bisphénol A dans la liste des substances toxiques de l'Annexe 1 de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*. Nous avons également mené des évaluations relatives à certains aliments sur des substances d'intérêt prioritaire en vertu du Plan de gestion des produits chimiques et avons pratiqué, amélioré et normalisé un protocole de préparation et d'intervention d'urgence lié à la grippe aviaire.

Les représentants de la région de l'Atlantique ont coprésidé le Nova Scotia Food and Health Products Safety Network avec ceux du Department of Agriculture and Fisheries de la Nouvelle-Écosse. Les activités de ce réseau consistaient à améliorer, officialiser et appliquer un protocole de préparation aux situations d'urgence et d'intervention advenant une éventuelle pandémie de grippe aviaire; à définir les rôles, responsabilités et compétences associés aux activités et aux urgences relatives à la sécurité des produits et des aliments ainsi qu'à échanger de l'information, ce qui a permis aux membres participants d'harmoniser leurs initiatives de réglementation.

Notre Programme d'inspection des établissements pour les matériels médicaux a mené 210 inspections, ce qui dépasse l'objectif fixé à 205. Alors que nous avions établi notre objectif à 85 inspections d'essais cliniques pour les bonnes pratiques cliniques (BPC), qui correspond à la norme internationale de deux pour cent en ce qui concerne les inspections annuelles. Nous n'avons pu mener que 33 inspections de BPC. Nous avons été retardés en raison de la dotation en personnel et de la longue durée de la formation que ces inspections spécialisées nécessitent.

Nous avons mené des études de marché sur deux allégations non approuvées relativement au cancer et à la dépression. Celles-ci on mené au rappel de produits de santé potentiellement dangereux du marché de détail et au retrait des allégations non approuvées les concernant des sites Web et de la publicité écrite. De façon plus générale, nous sommes allés de l'avant avec la Stratégie de conformité et d'application de la loi dans le cadre du *Plan de renouveau* et avons également effectué une enquête auprès des importantes associations de l'industrie pour connaître leur opinion sur la conformité et l'application de la loi ainsi que la communication avec Santé Canada. Le Ministère a mené une analyse du secteur industriel afin de déterminer les facteurs qui font augmenter ou conduisent à la conformité dans des secteurs particuliers.

Nous avons terminé un projet triennal d'élaboration et de mise en œuvre du système de vigilance canadien, ce qui augmente notre capacité d'explorer des données et de gérer l'information sur les réactions indésirables. Notre système de suivi de réactions indésirables à un médicament et d'autres produits thérapetiques a indiqué une augmentation de 22 % comparativement à 2006-2007. Un Comité consultatif d'experts sur la vigilance des produits de santé, qui est composé de membres externes, a été mis en œuvre en vue de mener des recherches et de donner des avis sur les enjeux prioritaires en matière de surveillance après la commercialisation.

Transparence et responsabilité à l'égard du public et relations avec les intervenants

Description : Amélioration de la transparence des processus décisionnels en fournissant de l'information plus accessible sur les données probantes, les processus et les justifications qui sous-tendent nos décisions. Santé Canada renforce aussi sa capacité de faire participer le public, de façon plus pertinente et détaillée, à la prise de décisions réglementaires.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
14,2	17,4	16,9

Résultats escomptés : La transparence, la reddition de comptes et l'ouverture font partie intégrante des activités quotidiennes de Santé Canada.	
Indicateurs de rendement	**Résultats**

Nombre et nature des nouveaux outils et approches mis en œuvre pour mieux intégrer la transparence et l'ouverture dans les activités quotidiennes de la DGPSA	Plus de 3 000 exemplaires de la *Politique sur la participation du public dans le cadre de l'examen des produits réglementés* de la DGPSA, du document d'orientation et des outils et modèles connexes ont été élaborés.

Dans le cadre de la *Politique sur la participation du public dans le cadre de l'examen des produits réglementés* et de l'orientation connexe qui ont été publiées en mai 2007, le Ministère a élaboré des outils et des modèles qui permettent la participation du public aux activités quotidiennes d'élaboration des politiques et des programmes ainsi que d'examen des produits réglementés.

Tel que préalablement indiqué sous ce programme par résultat stratégique, l'engagement des professionnels de la santé, les universitaires, les patients, les consommateurs et les consommateurs, l'industrie, et d'autres intervenants était l'élément central dans l'élaboration et l'avancement du *Plan de renouveau II* et du *Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation*. Plus particulièrement, nous avons :

- tenu plus de 150 consultations, notamment sur le recouvrement des coûts, les allégations relatives à la santé sur les aliments, l'approche axée sur le cycle de vie des produits et l'examen du Programme d'accès spécial. Ces consultations ont eu des effets sur les résultats par le report d'un cadre de recouvrement des coûts des produits de santé naturels.
- tenu 51 réunions bilatérales et 42 réunions du comité consultatif pour recueillir des avis et des commentaires de la part de conseillers externes.

Le Ministère a publié environ 1 500 monographies de produits sur son site Web. Ces documents factuels et scientifiques sur les propriétés, les indications et la posologie des médicaments de même que les allégations santé les concernant ainsi que d'autres renseignements pouvant être requis pour leur utilisation optimale, sécuritaire et efficace. Bien que la plupart des monographies ne soient disponibles qu'en anglais, nous avons instauré des procédures pour demander aux promoteurs de les faire traduire dès qu'elles sont terminées et autorisées.[42]

Le Sommaire des motifs de décision a été mis au point afin de démontrer l'engagement de Santé Canada envers la transparence du processus d'examen des médicaments et des matériels médicaux. Chaque SBD expose les grandes lignes des facteurs scientifiques et fondés sur les avantages et les risques dans la décision de Santé Canada pour accorder une autorisation de mise en marché d'un médicament ou d'un instrument médical. Par l'entremise de ce projet en 2007-2008, le Ministère a publié 20 avis de décisions (AD) et 11 sommaires de motifs de décision (SMD) pour des matériels médicaux.[43]

[42] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/proj/monograph-rev/index_e.html
[43] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/sbd-smd/index-eng.php

L'engagement du Ministère envers la transparence a inclus la publication des rapports d'évaluation des initiatives suivantes sur son site Web :

- Augmentation des mesures de Santé Canada concernant l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) - ESB I phase II de Santé Canada et mesures de l'ASPC dans les domaines de l'évaluation des risques et de la recherche thématique - ESB II.
- Régime canadien d'accès aux médicaments (RCAM)
- Initiative de recherche et de développement (R-D) en génomique
- Système canadien de réglementation de la biotechnologie (SCRB)
- Programme de recherche sur les produits de santé naturels

Nous avons complété la plupart des mesures qui ont été prises pour faire suite à des recommandations dans ces évaluations alors que les autres seront prises au cours de 2008-2009. Par exemple, l'évaluation du Programme de recherche sur les produits de santé naturels nous a appris que nous devons augmenter les efforts de communication, de collaboration, de coordination et de transfert du savoir que nous déployons avec nos partenaires internationaux, les entités universitaires et de réglementation, les praticiens en PSN, l'industrie et les consommateurs.

RÉSULTAT STRATÉGIQUE Nº 3a

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

Nom de l'activité de programme:
Santé environnementale et sécurité des consommateurs

Résultats escomptés :

- Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à la consommation abusive de drogues, d'alcool et d'autres substances.
- Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les dommages associés aux dangers en milieu de travail, aux risques environnementaux et aux produits de consommation (y compris les cosmétiques).

Risques pour la santé / Résultats : Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à la consommation abusive de drogues, d'alcool et d'autres substances.	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Consommation et abus de substances	
Réduction de la prévalence de l'usage du tabac de 19 % en 2001 à 12 % en 2011	Un peu moins de cinq millions de Canadiens, représentant 19 % de la population âgée de 15 ans et plus, étaient des fumeurs en 2007. Le taux d'usage du tabac au Canada (19 %) est inférieur à celui du Royaume-Uni (25 %), de l'Australie (19,8 %) et de la France (27,0 %). Le taux d'usage du tabac aux É.-U. est de 17,5 %.
Diminution des comportements à risques pour la santé associés à l'utilisation de substances au sein de la population en général et, en particulier, chez les jeunes et les Autochtones	Avons fourni plus de 6,5 millions de dollars dans un financement national et régional, pour 65 initiatives communautaires afin de prévenir ou diminuer l'utilisation et l'abus de substances. 43 inspections ont mené à la fermeture de 19 laboratoires clandestins. Perturbation de la production de 1 055 000 de doses multicolores de méthamphétamine, d'ecstasy et de GHB (630 000 doses de méthamphétamine; 145 000 de MDMA et 280 000 de GHB).
Risques pour la santé / Résultats : Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les dommages associés aux dangers en milieu de travail, aux risques environnementaux et aux produits de consommation (y compris les cosmétiques).	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Substances toxiques/ sécurité des produits	
Taux de conformité aux règlements par l'industrie	Taux de conformité de 80 % concernant les produits inspectés reposait sur des produits ciblés qu'on pensait non conformes.

Santé au travail et sécurité du public	
Taux de conformité aux règlements par l'industrie	Des plans de gestion de l'eau ont été implantés auprès de neuf importants transporteurs aériens canadiens, qui représentent 80 % de l'industrie.
Fournir aux fonctionnaires fédéraux des avis, des conseils et des services professionnels psychosociaux de façon appropriée et en temps opportun	Les Services d'aide aux employés ont aidé leurs clients à résoudre leurs problèmes dans le cadre de leur consultation à court terme dans 92 % des cas.
Intervention rapide relative aux données sur l'exposition aux radiations des travailleurs	Fourni des services à la clientèle attentifs, fiables et en temps opportun à 95 000 travailleurs appartenant à 12 700 groupes.
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Santé environnementale	
Degré de compréhension des risques environnementaux pour la santé : pourcentage des Canadiens qui connaissent les impacts environnementaux sur leur santé	Le suivi et la surveillance menées dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé et du Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord est en cours. Des indicateurs de la santé environnementale sont en cours d'élaboration. L'indicateur air santé a été lancé en Colombie-Britannique et à Toronto. Un nouveau projet de loi relatif au Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation du Canada a été déposé au Parlement en avril 2008. Les plans d'amélioration et d'expansion du portail/site Web du PGPC ont été élaborés, y compris des documents de vulgarisation de l'information scientifique à l'intention d'un auditoire non initié. Progrès dans le cadre d'une réévaluation des ingrédients actifs des anciens pesticides : au 31 mars 2008, 274 des 401 ingrédients actifs avaient été réévalués. Établissement d'un cadre scientifique horizontal pour la gestion des fonds de recherche collectivement et l'harmonisation annuelle à la recherche prioritaire menée dans le cadre du PGPC. Établissement du Groupe consultatif du Défi (experts) et du Conseil consultatif des intervenants (ONG/industrie) du PGPC

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
333,8	357,0	334,4

Ressources humaines *(Équivalent temps plein)*

Prévues	Réelles	Différence
2 074	2 141	67

Explication sur les renseignements financiers suivants :

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Financement de la Stratégie nationale antidrogue
- Financement de la réserve de gestion - Programme de santé des fonctionnaires fédéraux
- Financement des conventions collectives

Les écarts entre les dépenses réelles et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Report de la mise en oeuvre du Programme de réglementation de l'air pur
- Report du financement des Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue
- Autres péremptions dans divers programmes

Santé Canada est responsable d'évaluer de nombreux aspects de la vie quotidienne qui ont des répercussions sur l'état de santé des Canadiens, dont la salubrité de l'eau potable, la qualité de l'air, l'exposition aux radiations, l'usage et l'abus de substances (y compris l'alcool), la sécurité des produits de consommation, le tabac et la fumée secondaire, la santé en milieu de travail et les produits chimiques dans le milieu de travail et dans l'environnement, ainsi que d'intervenir à leur égard. Nous participons également aux préparatifs d'urgences chimiques et nucléaires, à l'inspection des aliments et de l'eau potable pour les voyageurs et à la planification d'urgence en santé pour les dignitaires de passage. Cette année, de nombreuses activités ont directement fait écho aux priorités décrites dans le discours du Trône, particulièrement en ce qui concerne les environnements sains dans un Canada sans danger. Le Ministère a donné suite à ces priorités par la conformité et les règlements; les normes et lignes directrices; la sensibilisation accrue aux produits de santé réglementés; l'augmentation de la participation des intervenants de même que par les connaissances et les compétences scientifiques à l'appui de la prise de décisions. Un progrès évident a été fait dans plusieurs secteurs clés :

- Le **Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation du Canada** présentait une approche à l'échelle du Portefeuille afin d'accentuer le système de sécurité des aliments, des produits de santé et de consommation.

- En partenariat avec Environnement Canada, nous avons fait avancer le **Plan de gestion des produits chimiques (PGPC) et le Programme de l'air pur**. Ces initiatives protègent les Canadiens des produits et des polluants chimiques dans le cadre du programme environnemental du gouvernement.

- Le Ministère a continué de diminuer les conséquences néfastes associées à l'usage et à l'abus de substances par la prévention, le traitement et des activités d'application, et également de mettre en application la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Santé Canada fait partie de la **Stratégie nationale antidrogue**[44] du gouvernement annoncée en octobre 2007 et mène l'élaboration du volet prévention et traitement.

[44] http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/

- Le Ministère mène la **Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT)**. Selon l'évaluation des cinq premières années de cette stratégie décennale, plusieurs objectifs ont été réalisés. Santé Canada a déterminé de nouveaux objectifs pour 2007-2011 afin de réduire davantage la prévalence du tabagisme par le biais d'une relation entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les ONG.

En réponse au rapport du Bureau de la vérificatrice générale de 2006, l'affectation des fonds aux programmes de réglementation, Santé Canada a effectué un examen de tous les programmes de réglementation et les activités de programme, incluant ceux visés par la présente activité de programme. Nous avons établi des plans d'action pluriannuels en gestion pour aborder des enjeux nécessitant des enquêtes ou des mesures correctives supplémentaires. Les examens détaillés ont confirmé la nécessité de renforcer la capacité pour atteindre l'excellence en gestion, dont l'intégration de l'information sur le rendement dans les décisions prises quant à l'affection des ressources. Les activités sont à présent appuyées par un cadre intégré de planification et de responsabilisation ainsi que par un nouveau cadre de mesure du rendement. Ces deux cadres amélioreront la planification, l'intendance des ressources, la surveillance et la production de rapports.

La forte demande pour les professionnels scientifiques et de la santé publique de même que la concurrence pour leur engagement ont posé un défi concernant le recrutement. En conséquence, nous avons élaboré un plan de gestion du personnel pluriannuel et lancé des processus de dotation collective pour améliorer nos méthodes de recrutement.

Nous avons assumé nos responsabilités conformément aux principes du développement durable. En s'appuyant sur la réussite de la Stratégie de développement durable (SDD) III de Santé Canada, le Ministère a élaboré une quatrième SDD pour 2007-2010. Notre Stratégie reflète une approche qui permettra une production de rapports à l'échelle gouvernementale sur des enjeux tels que l'air pur, la salubrité de l'eau, les communautés viables et la protection de la santé environnementale et de la santé humaine.

Sécurité des milieux

Santé Canada mène des activités de recherche, de gestion et d'évaluations des risques, de contrôle et de surveillance afin de protéger les Canadiens des risques associés aux substances chimiques, à l'eau potable, à la qualité de l'air, aux sites contaminés, aux changements climatiques et à la préparation aux urgences environnementales[45]. Ces activités respectent les obligations du Ministère en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (1999) [LCPE 1999][46].

45 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hecs-dgsesc/sep-psm/index-fra.php

46 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/environ/cepa-lcpe-fra.php

Résultats escomptés : Réduction, élimination, prévention ou gestion accrue des substances toxiques et de leur utilisation ou de l'exposition à celles-ci	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Création et maintien d'un programme de contôle et de surveillance pour suivre l'évolution des priorités en santé publique et en environnement (pour établir un seuil d'évaluation du rendement dans l'avenir)	Le contrôle et la surveillance de la santé environnementale menés dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé et du Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord sont en cours. Des indicateurs de santé environnementale sont en cours d'élaboration.
Résultats escomptés : Connaissances, compréhension et participation accrues des Canadiens concernant les enjeux de santé environnementale	
Résultats d'enquêtes sur les connaissances, la compréhension et la participation des Canadiens en ce qui concerne les questions de santé environnementale Pourcentage de Canadiens qui sont très bien informés des effets de l'environnement sur leur santé, p. ex. exposition au soleil	Seuils élaborés et enquêtes entreprises. L'indicateur air santé a été lancé en Colombie-Britannique et à Toronto.
Résultats escomptés : Connaissances et capacités scientifiques accrues sur les enjeux de santé environnementale	
Nombre et types accrus de publications rédigées par Santé Canada et publiées dans des revues scientifiques évaluées par des pairs Mesure dans laquelle les méthodes d'évaluation du risque s'harmonisent avec celles des autres pays	Seuils élaborés. Collecte de données pour la mise en œuvre des documents scientifiques publiés (c.-à-d. nombre de publications utilisées par la communauté scientifique). Publication de documents scientifiques sur le site Web du Plan de gestion des produits chimiques (PGPC) et de résumés dans la *Gazette du Canada*. Participation à des réunions et à des ateliers internationaux ainsi qu'à des activités Canada-É.-U.-Mexique.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
131,1	122,1	114,0

Santé Canada et Environnement Canada ont collaboré à la progression du Plan de gestion des produits chimiques (PGPC)[47] et du Programme de l'air pur dans le cadre du programme environnemental du gouvernement.

Le PGPC est lié à certaines lois, comme la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*[48], la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi sur les*

[47] http://www.chemicalsubstanceschimiques.gc.ca/plan/index_f.html
[48] http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/environ/cepa-lcpe-fra.php

produits antiparasitaires. En plus d'accroître la recherche sur la santé et l'environnement de même que le suivi et la surveillance à cet égard, le PGPC fournit l'occasion pour l'industrie et d'autres intervenants de participer au processus décisionnel. Le PGPC impose à l'industrie de fournir au gouvernement de l'information sur la façon dont elle gère en toute sécurité les substances chimiques jugées hautement prioritaires.

Dans le cadre d'une initiative, connue sous le nom de « Défi », environ 200 substances ont été jugées comme étant hautement prioritaires menant à des conceptions de gestion des risques et d'évaluation pour des substances comme le bisphénol A dans les biberons.

La Liste intérieure des substances (LIS) compte 23 000 substances. Lorsqu'une activité ou un usage proposé pour une substance diffère de celui qui est indiqué dans sa déclaration initiale, une nouvelle activité (NAc) peut y être associée. Les déclarations de NAc pour environ 56 substances qui ne sont plus commercialisées au Canada sont en cours. Nous avons également terminé un plan de travail concernant les substances dans la charge pétrolière.

Santé Canada a fait progresser des éléments du Programme de l'air pur, comme l'évaluation des risques pour la santé des émissions des sources de pollution de l'air interne et externe, y compris les carburants et les produits commerciaux et de consommation. Le Ministère a terminé les lignes directrices sur la qualité de l'air intérieur pour l'ozone et le monoxyde de carbone, a élaboré une liste des contaminants de l'air intérieur prioritaires et a tenu des consultations sur la question qui ont servi de fondement aux lignes directrices. La mise au point des lignes directrices sur la qualité de l'air intérieur pour les particules et le dioxyde d'azote a commencé. Nous avons également contribué à l'élaboration de la réglementation sur l'air ambiant dans le cadre du Programme de réglementation de l'air pur. Le Ministère continue de préciser l'outil pour évaluer les avantages d'une meilleure qualité de l'air (OEAQA) afin d'estimer les avantages ou les dommages pour la santé associés aux changements à la qualité de l'air ambiant au Canada. À l'aide de l'OEAQA, nous avons mené la première analyse économique sur la santé et nous a fourni des estimations des avantages (physiques et financiers) que présentent les règlements proposés en vue de préciser le Cadre réglementaire sur les émissions atmosphériques. Les recherches sur l'élaboration d'un indicateur air-santé (IAS) se sont également poursuivies.

Également avec Environnement Canada, Santé Canada a lancé la cote air santé (CAS) qui donne une mesure quotidienne des impacts de la pollution de l'air sur la santé[49]. L'indice fournit au public des renseignements pour qu'ils soient en mesure de prendre des décisions pour réduire leur exposition à des effets potentiellement dangereux associés à la pollution de l'air. L'instauration de la CAS a eu lieu à Toronto et dans 14 communautés en Colombie-Britannique, et nous prévoyons l'étendre à d'autres villes de l'Ontario et des Maritimes l'année prochaine.

Une évaluation sommative a porté sur le progrès accomplis par Santé Canada dans l'atteinte de résultats dans le cadre de la Stratégie sur la qualité de l'air transfrontalier, en vigueur de 2003-2004 à 2006-2007. Les responsables de l'évaluation ont confirmé la bonne optimisation des ressources et ont recommandé la prise de mesures pour renforcer la prestation des activités futures semblables, notamment un programme de suivi et de production de rapports officiels comportant des indicateurs clairs.

[49] http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/index-fra.php

Le radon est un gaz radioactif se trouvant naturellement dans l'environnement qui peut s'infiltrer dans les édifices. Il émet des rayons ionisants pouvant causer le cancer. Pour protéger les Canadiens des dangers potentiels causés par le radon, le Ministère a mis en œuvre une Stratégie nationale sur le radon, et un plan de travail complémentaire a été élaboré et approuvé par le Comité de radioprotection fédéral-provincial-territorial. Nous avons terminé les lignes directrices et a tenu 15 ateliers partout au Canada sur les tests de la concentration de radon dans les maisons et les grands édifices à bureaux afin de joindre les inspecteurs résidentiels et les autres professionnels qui effectuent ce genre de tests. Le Ministère a élaboré des cartes servant à déterminer des régions où la concentration en radon est élevée qui feront l'objet d'une attention particulière au cours de la prochaine campagne d'éducation et de sensibilisation du public[50].

Notre Évaluation des changements climatiques et de la vulnérabilité de la santé au Canada sert à déterminer les vulnérabilités actuelles et futures des Canadiens et de leurs communautés aux risques pour la santé associés aux changements climatiques. Notre objectif était de créer un outil que les professionnels de la santé, les scientifiques et les décideurs pourraient utiliser pour déterminer les meilleures façons de se préparer à ces changements et d'y faire face. Le Ministère a également commencé à instaurer un programme d'adaptation aux changements climatiques et un système d'alerte-chaleur et d'intervention d'urgence. *Un bulletin spécial d'information* : *Santé et le changement climatique* a également été publié pour augmenter la sensibilisation aux risques pour la santé que posent les changements climatiques[51].

Santé Canada a collaboré avec les réseaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour améliorer la salubrité de l'eau potable dans les petites communautés. Cinq nouvelles recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada ont été élaborées. Le Ministère, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada, a mis au point un système d'alerte en temps réel relatif aux Avis concernant la qualité de l'eau potable afin d'améliorer la coordination multipartite des interventions en cas de menaces d'origine hydrique pour la santé. Les ministères fédéraux ont adopté un *protocole national d'intervention en matière d'éclosion et de contamination hydrique* et utilisent le système d'alerte en temps réel. Ce système améliorera la surveillance et la compréhension des causes fondamentales des avis concernant la qualité de l'eau potable[52].

Sécurité des produits

Le Plan d'action sur la sécurité des produits alimentaires et de consommation du Canada, lancé en décembre 2007, est une approche commune à l'ensemble du portefeuille de la Santé qui vise à renforcer le système de sécurité des aliments et des produits de santé et de consommation, en reconnaissant que la sécurité est une responsabilité que se partagent l'industrie, les consommateurs et le gouvernement. Le plan d'action repose sur trois piliers : prévention des incidents, amélioration de la surveillance ciblée par le gouvernement et intervention rapide pour définir et prévenir les risques. Une composante importante est le projet de loi canadienne sur la

50 http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/index-fra.php
51 http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/climat/index-fra.php
52 http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/water-eau/index-fra.php

sécurité des produits de consommation afin de moderniser le régime de sécurité, notamment une modernisation de la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, et le *Règlement sur les cosmétiques* en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*.

En vertu de la *Loi sur les produits dangereux* et de la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, Santé Canada détermine, évalue, gère et diffuse aux Canadiens les dangers pour leur santé et leur sécurité qui sont associés aux produits de consommation; aux matières dangereuses utilisées au travail; aux cosmétiques; aux nouvelles substances chimiques; aux produits de biotechnologie; aux dispositifs émettant des radiations; aux bruits extérieurs et aux rayons solaires ultraviolets.

Résultats escomptés : Réduction des risques de décès, de maladie et de blessures associés à l'exposition aux substances et aux produits suivants : produits de consommation; cosmétiques; produits chimiques utilisés au travail; nouvelles substances chimiques; produits de la biotechnologie; dispositifs émettant des radiations; bruits extérieurs; rayonnement solaire UV	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Degré accru de conformité aux règlements au sein de l'industrie	Un nouveau projet de loi relatif au Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation du Canada a été déposé au Parlement en avril 2008. Les résultats de l'examen de la conformité de l'industrie seront disponibles en 2008-2009.
Sensibilisation du public aux risques	Les inscriptions au site Web sur les rappels de produits de consommation sont passées de 800 à 5 000.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
31,2	39,2	36,6

Dans le cadre du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation, le premier ministre a annoncé l'intention du gouvernement de présenter un projet de loi. Cette initiative émane du discours du Trône, dans lequel le gouvernement a annoncé qu'il prendrait « des mesures sur la sûreté des aliments et des produits, afin que les familles puissent avoir confiance en la qualité et la sûreté des biens qu'elles achètent ». Nous avons appuyé la rédaction du projet de loi qui a été déposé au Parlement en avril 2008.

En réaction au grand nombre de rappels de jouets en 2007 au Canada et partout dans le monde en raison de la quantité excessive de plomb dans la peinture, nous avons entrepris un projet d'échantillonnage et de mise à l'essai de jouets et d'articles pour enfants à vaste échelle en 2007 et nous avons vérifié les concentrations en plomb dans les bijoux pour enfants[53]. En puisant sur des produits ciblés qu'on pensait non conformes, plus de 80 % des produits inspectés étaient

[53] http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pubs/cons/lead-plomb/index-fra.php

conformes aux normes et nous avons pris des mesures d'application de la loi concernant les produits non conformes[54].

Un nouveau site Web sur les rappels des produits de consommation[55] a été lancé par le ministre de la Santé en octobre 2007. Il s'agit d'un guichet unique où les Canadiens peuvent facilement trouver de l'information, notamment des photos, sur les produits de consommation faisant l'objet d'un rappel au Canada.

Comme bon nombre de produits vendus au Canada sont fabriqués en Chine, un protocole d'entente (PE) révisé a été ratifié avec l'Administration générale pour le contrôle de la qualité, de l'inspection et de la quarantaine (AQSIQ) de la Chine en novembre 2007. Le PE prévoit l'augmentation du partage de l'information pour faire en sorte que les fabricants chinois comprennent les exigences canadiennes; l'instauration d'un mécanisme d'intervention d'urgence et l'amélioration de la sécurité des produits importés. Trois groupes techniques ont été établis concernant les bijoux pour enfants, les textiles et les briquets.

Santé Canada a continué de collaborer avec divers secteurs au Canada et avec nos partenaires commerciaux afin de mettre en œuvre le système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH)[56]. Nous avons mené des consultations techniques de même que des travaux sur les changements législatifs et réglementaires nécessaires à l'instauration du SGH à l'échelle nationale, qui comprend la plus grande harmonisation possible entre les secteurs au Canada et parmi les pays signataires de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA). Notre ministère a terminé l'évaluation des risques que présentent 478 nouveaux produits chimiques et polymères, 156 substances transitoires, trois micro-organismes et 32 substances de la Food and Drug Administration des États-Unis.

Dans le cadre du Plan de gestion des substances chimiques, Santé Canada évalue, et gère au besoin, l'exposition environnementale aux nouvelles substances contenues dans la *Loi sur les aliments et drogues* (p. ex. produits pharmaceutiques, de soins personnels et cosmétiques). Des consultations avec des intervenants (industrie, groupes de consommateurs et ONG environnementaux) ont eu lieu afin d'élaborer des règlements plus appropriés. Nous avons aussi élaboré un processus de sélection pour la révision de la Liste des substances commercialisées (environ 9 000 substances contenues dans des produits réglementés en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* qui ont été commercialisées au Canada entre 1987 et 2001), de même qu'une approche visant l'établissement de la priorité parmi les substances devant être immédiatement évaluées.

[54] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hecs-dgsesc/psp-psp/index-fra.php
[55] http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/advisories-avis/index-fra.php
[56] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/intactiv/ghs-sgh/index-fra.php

Santé au travail et de sécurité du public

Résultats escomptés : Fournir aux fonctionnaires fédéraux des conseils, des avis et des services professionnels en matière de santé au travail de façon appropriée et en temps opportun	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre accru de demandes de service reçues et traitées dans le respect des normes de service et reportées selon le système de suivi des activités (objectif : moins de 20 % des demandes reportées)	Le programme est en cours de transformation. Les indicateurs seront révisés selon la décision finale concernant la transformation; les résultats seront disponibles en 2009-2010.
Résultats escomptés : Fournir aux fonctionnaires fédéraux des avis, des conseils et des services professionnels psychosociaux de façon appropriée et en temps opportun	
Nombre accru de problèmes concernant les clients résolus dans le respect des normes de service (objectif : 80 %)	Les Services d'aide aux employés (SAE) ont aidé leurs clients à résoudre leurs problèmes dans le cadre de leur consultation à court terme dans 92 % des cas. Les autres mesures de l'assurance-qualité affichent toutes des taux de satisfaction qui respectent ou dépassent cet indicateur.
Résultats escomptés : Réaliser des interventions en santé publique liées aux transporteurs et aux services auxiliaires de façon appropriée et en temps opportun	
Pourcentage accru de mise en œuvre des plans de gestion de l'eau au sein de l'industrie aérienne canadienne (objectif : 80 %) et pourcentage accru de lacunes sérieuses comblées (objectif : 90 %) dans le respect des normes de service	Des plans de gestion de l'eau potable ont été implantés auprès de neuf importants transporteurs aériens canadiens, qui représentent 80 % de l'industrie. Cette année, le Ministère a mis l'accent sur la mise en œuvre; les données qui prouveront qu'il a réussi à combler les lacunes critiques seront disponibles pour le cycle d'établissement de rapports de l'année prochaine.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
31,1	48,8	48,4

Le Programme de santé au travail et de sécurité du public (PSTSP)[57] a fourni des services de santé en milieu de travail; des avis et des consultations; des évaluations médicales et en milieu de travail; de la prévention d'exposition; de la surveillance et de la gestion de même que des préparatifs et mesures d'intervention d'urgence à caractère psychosocial et physique des fonctionnaires fédéraux. Le Programme protège la santé des voyageurs en veillant à l'inspection des aliments, de l'eau potable et des installations sanitaires des transporteurs communs et en fournissant des services de santé aux dignitaires de passage. Le personnel du PSTSP coordonne les services à recouvrement de coûts du Programme d'aide aux employés (PAE) offerts à plus d'un million de Canadiens, pour la plupart des fonctionnaires, des militaires, des membres de la GRC et des retraités du MDN et de la GRC ainsi que leur famille, 90 % de ses services de

[57] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hecs-dgsesc/whpsp-psstsp/index-fra.php

consultation étant fournis par un réseau de professionnels de la santé mentale. Nous avons également fourni des services de santé en milieu de travail à l'échelle nationale aux ministères et organismes fédéraux au nom du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT).

Les Services d'aide aux employés (SAE) de Santé Canada offrent des services complets d'aide aux employés et des services de consultation confidentiels, professionnels et bilingues en tout temps selon le principe du recouvrement des coûts. Les services incluait un programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC), qui a compris l'identification et l'intervention précoce chez le personnel infirmier de Santé Canada qui travaille dans les communautés des Premières nations et des Inuits. Ce groupe d'employés était une population à risque élevé en ce qui concerne les dommages subis en milieu de travail, notamment des problèmes de santé mentale résultant de l'exposition à la violence et à des traumatismes.

Santé Canada continue de protéger la santé de plus de 85 millions de personnes par année qui viennent au Canada, qui partent ou voyagent à l'intérieur du pays en avion et en bateau ainsi que des services auxiliaires comme les aéroports et les cuisines de l'air. En juin 2007, le Canada était l'un des premiers pays à émettre des certificats de contrôle sanitaire des navires conformément au *Règlement sanitaire international* (RSI) élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ces certificats constituent une mesure de contrôle qui fait en sorte que les navires satisfont aux exigences en santé publique en vue de réduire l'introduction et la propagation de maladies entre pays. Les travaux menés par Santé Canada avec l'industrie aérienne a entraîné la mise en œuvre de plans de gestion de l'eau potable, et ont permis d'améliorer la salubrité de l'eau chez 80 % des transporteurs canadiens. En outre, nous avons amélioré notre capacité d'intervenir en cas d'urgence en santé publique grâce à une équipe d'agents d'hygiène du milieu formés partout au pays.

Le Programme de santé internationale de Santé Canada a collaboré avec tous les ordres de gouvernement, le secteur privé et les ambassades étrangères au Canada afin de fournir des services de santé aux personnes jouissant d'une protection internationale (PPI) et aux membres de leur famille lors de leur séjour au Canada, comme dans le cas du Sommet des leaders nord-américains qui s'est déroulé à Montebello, au Québec.

Stratégie antidrogue et des substances contrôlées

Résultats escomptés : Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées	
Indicateurs de rendement	**Résultat**
Réduction des comportements à risque liés à la santé associés à l'usage de substances au sein de la population canadienne en général et chez les jeunes et les Autochtones en particulier	• Amélioration de la capacité de produire des rapports sur les activités de suivi et de surveillance. • Octroi de plus de 6,5 millions de dollars à 65 initiatives communautaires afin de prévenir ou de diminuer la consommation et l'abus de substances. • 43 inspections ont mené à la fermeture de 19 laboratoires clandestins avec l'aide du Service d'analyse des drogues. • Perturbation de la production de 1 055 000 de doses multicolores

	de méthamphétamine, d'ecstasy et de GHB (630 000 doses de méthamphétamine; 145 000 de MDMA et 280 000 de GHB). • 14 812 licences, permis d'importation ou d'exportation, autorisations et exemptions ont été émis en comparaison à 14 321 l'année dernière.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
76,6	8,.8	80,2

Comme le soulignait le budget de 2007, la Stratégie nationale antidrogue a impliqué le ministère de la Justice, Sécurité publique Canada et Santé Canada et comprenait trois plans d'action : la prévention de l'utilisation des drogues illicites; le traitement de ceux aux prises avec des dépendances aux drogues illicites; la lutte contre la production et la distribution des drogues illicites[58]. La réorientation du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue et le nouveau Programme de financement du traitement de la toxicomanie reflètent notre engagement à travailler avec les organisations non gouvernementales, telles que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, et les provinces et territoires afin d'aborder les drogues illicites dans les communautés et d'encourager celles-ci et les intervenants à lancer des projets et à y investir. La Stratégie souligne la perturbation sécuritaire des activités liées aux drogues illicites en contrôlant le mouvement des produits chimiques précurseurs afin de prévenir leur détournement de la chaîne de distribution légale[59]. Santé Canada contribue également, par l'entremise du Service d'analyse des drogues, à la formation des agents d'exécution de la loi, aide à l'enquête des laboratoires clandestins et autorise la destruction des substances contrôlées saisies.

En 2007, nous avons publié un rapport intitulé *Consommation d'alcool et de drogues par les jeunes*, en utilisant les données de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004. Selon cette étude, l'alcool est la substance la plus souvent consommée; en effet, 90,8 % des jeunes de 15 à 24 ans ont indiqué qu'ils avaient déjà consommé de l'alcool et 82,9 % d'entre eux l'avaient fait dans les 12 derniers mois. Le cannabis est la substance illicite la plus souvent consommée, 61,4 % des jeunes en ayant déjà fait l'expérience. Presque un jeune Canadien sur dix a révélé consommer du cannabis quotidiennement.

Notre ministère a terminé l'élaboration et la mise à l'essai du questionnaire pour la nouvelle Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues qui sera menée au début de 2008-2009. En outre, nous avons terminé un projet pilote sur un système de surveillance des données sur les saisies de drogues en Colombie-Britannique. Les données comprennent des estimations régionales, provinciales et nationales des types et des quantités de drogues saisies de même que les dates et les endroits des saisies.

Grâce au Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA)[60], Santé Canada a octroyé 2,9 millions de dollars à des projets nationaux et 3,7 millions de dollars à des projets régionaux. Plus de 65 projets de promotion de la santé et de prévention menés pour

[58] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/index-fra.php
[59] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/index-fra.php
[60] http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/drug-drogues/dscif-ficsa/index-fra.php

réduire les méfaits causés par la consommation et l'abus de substances ont ainsi été soutenus, surtout ceux ciblant les jeunes et les professionnels œuvrant sur le terrain. Pour mieux comprendre et augmenter leurs impacts, le Ministère a effectué une analyse de cas de 10 projets du FICSA terminés choisis au hasard. Parmi les résultats positifs, mentionnons : une sensibilisation accrue aux enjeux entourant l'abus de substances et une meilleure connaissance de ces derniers; une plus grande participation de la communauté; un nombre accru de réseaux et de partenariats formés ainsi que des changements de comportements positifs observés chez les personnes desservies.
Le Ministère a poursuivi ses travaux sur les pratiques exemplaires en produisant le document intitulé *Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* de même qu'en commandant une étude sur deux documents sur les pratiques exemplaires. Les documents ont été bien reçus, plus de 85 % des répondants les ont utilisés pour relever des besoins en formation, planifier ou adopter des pratiques, valider des programmes en cours ou déterminer des lacunes dans les services et trouver des raisons d'obtenir du financement[61].

Les laboratoires du Service d'analyse des drogues (SAD)[62] ont collaboré avec les organismes chargés de l'exécution de la loi pour identifier et analyser plus de 107 000 éléments de preuve, une augmentation de presque deux points de pourcentage par rapport à l'année dernière. Plus de 113 000 demandes d'autorisation pour la destruction des substances contrôlées saisies ont été traitées et 43 laboratoires clandestins ont fait l'objet d'une enquête.

Nous avons élaboré des stratégies de mesure du rendement dans ce domaine, notamment des indicateurs de rendement significatifs[63]. Des données seront recueillies et feront l'objet de rapports dans les années à venir, et ce, dès que les stratégies seront terminées et que des outils et des systèmes seront élaborés.

Lutte contre le tabagisme

Résultats escomptés : Réduction de la prévalence du tabagisme de 19 % (2005) à 12 % d'ici 2011	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) (de fév. à juin 2007)	Un peu moins de cinq millions de personnes, ce qui représente 19 % de la population âgée de 15 ans ou plus, sont actuellement des fumeurs, dont 15 % ont répondu fumer tous les jours. Ces personnes ont signalé un usage du tabac de 15,3 cigarettes par jour. Selon les résultats de l'ESUTC pour la première moitié de 2007, la prévalence globale des fumeurs n'a pas changé par rapport à la période précédente.
Résultats escomptés : Réduction de la prévalence des jeunes Canadiens (de 15 à 17 ans) qui fument de 15 à 9 % d'ici 2011	
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	10 % des jeunes âgés de 15 à 17 ans étaient des fumeurs. Il s'agit d'une baisse par rapport à la même période en 2005 alors que 16 % des jeunes de ce groupe d'âge fumaient.

61 http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/treat-trait/index-fra.php
62 http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/analys-drugs-drogues/index-fra.php
63 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hecs-dgsesc/dscsp-psasc/index-fra.php

Résultats escomptés : Augmentation du nombre d'adultes canadiens qui cessent de fumer de 1,5 million de personnes d'ici 2011	
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	29 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont déclaré être d'anciens fumeurs, ce qui fait plus de 7,8 millions d'anciens fumeurs. Environ 400 000 adultes ont cessé de fumer depuis 2005.
Résultats escomptés : Réduction de la prévalence des Canadiens exposés quotidiennement à la fumée secondaire de 28 à 20 % d'ici 2011	
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	24 % des Canadiens ont déclaré être exposés à la fumée secondaire tous les jours ou presque tous les jours. Il s'agit d'une tendance à la baisse par rapport aux 27 % enregistrés pendant la même période en 2005.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
63,8	62,1	55,2

La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) a été créée en 2001 afin de fournir une approche complète, intégrée et soutenue pour la réduction, par le gouvernement, de la prévalence de l'usage du tabac[64]. Son but pour 2001-2011 est de réduire la prévalence de 25 à 20 %. À cette fin, Santé Canada a élaboré et administré des programmes et a établi des partenariats avec les provinces, les territoires et les groupes d'intervenants en vue d'atteindre la clientèle avec des outils, de l'information et des ressources appropriés. Nous avons élaboré, mis en œuvre et appliqué des règlements relativement à la *Loi sur le tabac*, lesquels ont contribué à notre base de connaissances grâce à la recherche, à la surveillance et au suivi.

En soutien de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, les représentants de la région de l'Ontario ont travaillé avec des fonctionnaires du ministère de la Promotion de la santé sur la coordination des mesures d'intervention en matière d'assurance de la conformité, de contrebande et de contrefaçon de produits découlant de la *Loi sur le tabac* du gouvernement fédéral ainsi que de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*. Les représentants de la région ont tenu des séances de consultation avec les intervenants des communautés francophones et autochtones pour trouver des solutions et des idées facilitant la prévention et la cessation du tabagisme ainsi que l'éducation à cet égard. Les responsables du programme ont également consulté les détaillants de produits du tabac lors de diverses foires commerciales pour les informer de leur rôle et de leurs responsabilités prévus par la *Loi sur le tabac* du gouvernement fédéral.

Selon une évaluation des cinq premières années de la SFLT, la Stratégie a atteint nombre de ses objectifs. Nous avons reçu l'approbation d'une présentation du Conseil du Trésor en 2007 concernant les modalités révisées de la SFLT, ce qui a permis de déterminer de nouveaux objectifs et indicateurs de rendement pour 2007 à 2011 qui figurent dans le tableau ci-dessus.

[64] http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/index-fra.php

En réponse à la décision de la Cour suprême de confirmer la *Loi sur le tabac* en juin 2007, le ministre a enjoint au Ministère de mettre à jour la *Loi* et de veiller à ce que les jeunes soient particulièrement protégés contre les incitations à fumer. La surveillance et l'analyse des nouvelles publicités de l'industrie du tabac se poursuivent.

À la deuxième Conférence des parties de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS , le Canada et d'autres parties ont convenu d'adopter un document sur les pratiques exemplaires en matière de mise en œuvre d'une protection efficace contre l'exposition à la fumée du tabac. Le Canada a également participé à des groupes de travail sur la préparation de lignes directrices sur la réglementation, l'emballage et l'étiquetage des produits, l'éducation du public et la publicité transfrontalière, ou a dirigé ces groupes. Le Canada fait également partie de l'Organe intergouvernemental de négociation (OIN) qui élabore un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac.

Notre ministère a continué de surveiller et d'évaluer des activités de contrebande de tabac, ainsi que d'améliorer la conformité à la loi, et a exploré les options de la lutte contre le tabagisme.

RÉSULTAT STRATÉGIQUE Nº 3b

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

Nom de l'activité de programme : Règlement sur les produits antiparasitaires

Résultats prévus :

- Accès à des pesticides moins dangereux
- Transparence accrue et diffusion de la connaissance

Résultats escomptés : Accès à des pesticides plus sécuritaires	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre de nouvelles matières actives à risque réduit disponibles au Canada	Quinze des vingt nouvelles matières actives de pesticides homologuées en 2007-2008 présentaient un risque réduit.
Pourcentage de produits chimiques à risque réduit et des matières actives biopesticides homologués ou en attente d'homologation aux É.-U. qui sont aussi homologués ou en attente d'homologation au Canada	Utilisation plus grande d'examens conjoints en collaboration avec d'autres pays afin d'aborder des priorités communes 75 % des produits chimiques à risque réduit et 37 % des matières actives biopesticides homologuées ou en attente d'homologation sont homologuées ou en attente d'homologation au Canada.
Résultats escomptés : Transparence et transmission des connaissances accrues	
Nombre et type de propositions, directives et politiques de réglementation publiées en 2007-2008	Sept propositions réglementaires, directives ou documents de discussion ont été publiés aux fins de consultation : • Examen des décisions en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* (nouvelle *LPA*); • Utilisation des facteurs d'incertitude et de sécurité aux fins de l'évaluation des risques des pesticides pour la santé humaine; • Lignes directrices sur l'homologation des produits biochimiques et autres pesticides non classiques à faible risque; • Énoncés d'étiquettes concernant les premiers soins; • Politique de conformité à la loi; • Protection des droits de propriété sur les données concernant les produits antiparasitaires au Canada; • Homologation d'une nouvelle source de matière active de qualité technique aux termes de la politique sur la protection des droits de propriété concernant les produits antiparasitaires.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
50,9	62,8	58,9

Ressources humaines *(Équivalent temps plein)*

Prévues	Réelles	Différence
652	582	70

Explication sur les renseignements financiers suivants :

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Financement de l'accès accru aux outils de gestion des pesticides
- Financement des conventions collectives

Les écarts entre les dépenses réelles et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :

- Revenus supplémentaires au delà de la tendance historique
- Autres péremptions dans divers programmes

L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) de Santé Canada réglemente les produits antiparasitaires au Canada en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* (*LPA*)[65]. Le mandat de l'ARLA est d'éviter que l'utilisation de produits antiparasitaires présente des risques inacceptables pour les humains et pour l'environnement. Nous utilisons des techniques modernes d'évaluation scientifique pour évaluer les risques pour la santé humaine et environnementale et l'efficacité lorsqu'il s'agit de l'évaluation ou de la réévaluation des produits antiparasitaires. Par ailleurs, elle établit des limites maximales de résidus de pesticides sur les aliments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Nous favorisons l'élaboration et l'application de stratégies de gestion antiparasitaire durable et facilitons l'accès aux produits antiparasitaires à plus faible risque. Nous répondons également aux préoccupations du public et des intervenants, et nous mettons au point des mécanismes novateurs qui permettent aux producteurs canadiens d'avoir accès à l'innovation des produits antiparasitaires et de rester concurrentiels sur les marchés nationaux et internationaux.

De nouveaux règlements en vertu de la *LPA* ont été mis en vigueur tels que des règlements sur la déclaration obligatoire d'incident et de données sur les ventes, qui nous permettent de surveiller les effets néfastes des pesticides et de suivre les quantités de pesticides vendus au Canada. Jusqu'à présent, près de 1 000 rapports d'incident ont été reçus et publiés dans le registre public de l'ARLA. Les rapports d'incident nous permettent de définir tout risque possible pour la santé ou à l'environnement découlant de l'utilisation de pesticides et de prendre des mesures correctives au besoin.

Dans le cadre du Plan de gestion des produits chimiques du gouvernement, l'Agence a collaboré de près avec d'autres directions générales de Santé Canada et avec Environnement Canada pour évaluer des substances chimiques jugées hautement prioritaires et prendre des décisions qui aideront à protéger les Canadiens et l'environnement contre tout risque potentiel de ces substances. Nous avons également participé à divers aspects des efforts de recherche et de surveillance qui aideront à améliorer les estimations d'exposition aux pesticides et qui ont précisé les évaluations des risques. Ces activités complètent les programmes de suivi et de surveillance continus menés par Environnement Canada (surveillance de l'eau), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (résidus dans les aliments)et le Pesticide Data Program (PDP) du United States Department of Agriculture (USDA) (résidus dans les aliments américains). Les résultats de la biosurveillance aideront à valider les approches réglementaires et à les préciser davantage.

[65] www.pmra-arla.gc.ca

Selon la vérification de suivi menée en 2008 par le commissaire à l'environnement et au développement durable (CEDD), le gouvernement fédéral a réalisé des progrès satisfaisants quant à la gestion de la sécurité et de l'accessibilité des pesticides depuis 2003[66]. Nous nous réjouissons des conclusions du CEDD selon lesquelles l'Agence applique de façon constante des procédures d'évaluation des risques que présentent les pesticides et elle a agi afin d'offrir aux producteurs canadiens un accès à de nouveaux pesticides à usage limité. Afin de répondre aux préoccupations soulevées quant aux homologations conditionnelles, l'Agence a pris des mesures pour réduire le délai alloué pour les homologations conditionnelles à l'avenir. Le processus de planification a été modifié pour répondre aux préoccupations du CEDD concernant l'absence d'un plan détaillé servant à respecter les engagements de l'ARLA en matière de réévaluation.

Le premier examen mené à l'échelle mondiale sur l'homologation d'un nouveau pesticide a été effectué conjointement avec les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Italie, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon. La participation continue du Canada à des activités de collaboration visant la réglementation internationale donne aux producteurs canadiens un accès à de nouveaux pesticides de même qu'à leurs concurrents mondiaux.

Les quatre principales sous-activités de programme qui soutiennent le présent résultat stratégique sont énoncés ci-après.

Homologation des nouveaux produits antiparasitaires et prise de décisions

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
22,5	28,0	26,1

Vingt nouvelles matières actives de pesticides ont été homologuées en 2007-2008, c'est-à-dire le double de l'année dernière. En raison de cette augmentation de la charge de travail, nous n'avons pas atteint nos objectifs de rendement pour les homologations en temps opportun de nouvelles matières actives. Cette question a été résolue par l'acquisition de ressources supplémentaires qui examineront les demandes prioritaires.

L'accès en temps opportun à de nouveaux produits à risque réduit au Canada est possible grâce à des examens conjoints, au partage du travail et à l'utilisation plus efficace des évaluations étrangères. Cette année, des examens conjointement menés en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde, de même que le partage du travail ont entraîné l'homologation de trois nouvelles matières actives de pesticides. Pour augmenter la disponibilité des pesticides au Canada par rapport aux États-Unis (c'est-à-dire pour combler la lacune technologique), 758 nouveaux usages limités ont été homologués, incluant 459 utilisations alimentaires et 299 utilisations non alimentaires. L'Agence collabore avec la U.S. Environmental Protection Agency (US EPA) et

[66] http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/aud_ch_cesd_200803_02_f_30128.html

d'autres organismes de réglementation pour étendre la tenue d'examens conjoints et le partage du travail sur les usages limités.

L'Agence continue de travailler à plusieurs initiatives clés afin d'augmenter l'accès à de nouveaux pesticides à faible risque au Canada, et ce, afin d'aider les producteurs canadiens à demeurer concurrentiels sur le marché mondial. Quatre pesticides agricoles portant une étiquette de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA) ont récemment été approuvés, ce qui permet leur mouvement transfrontalier entre le Canada et les États-Unis. Le Programme d'importation pour approvisionnement personnel à la demande des agriculteurs (PIAPDA) permet aux producteurs canadiens, titulaires d'une certification d'importation approuvée, d'importer les équivalents américains de certains produits canadiens homologués lorsqu'ils sont moins chers. Onze produits régis par le PIAPDA ont été approuvés pour la saison d'utilisation 2007-2008. La nouvelle politique concernant l'homologation des pesticides génériques protégera la propriété intellectuelle des données tout en favorisant l'introduction de pesticides génériques concurrentiels au marché canadien.

Évaluation des produits antiparasitaires homologués et prise de décisions

Ressources financières (en millions de dollars)

Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
9,9	12,2	11,4

L'Agence s'est engagée à réévaluer l'ensemble des 401 matières actives de pesticides homologuées au plus tard le 31 décembre 1994. nous avons continué de prendre des mesures de réduction des risques pour traiter tout risque émergeant au cours de la réévaluation d'un pesticide. En 2007-2008, 30 réévaluations ont été menées; en tout, 274 matières actives de pesticides ont été réévaluées; 127 restent à réévaluer.

Nous avons poursuivi l'élaboration d'un plan de partage du travail avec la U.S. EPA quant à la prochaine série de réévaluations. Deux produits chimiques pilotes ont été choisis pour ce programme de travail partagé et d'autres produits seront désignés pour faire partie d'examens de collaboration futurs.

Conformité

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
6,8	8,5	7,9

L'Agence est responsable de la promotion, de la vérification et de l'application de la conformité à la *LPA* et à ses règlements. Dans le cadre de la Politique de conformité à la loi, publiée en

2007, des principes de la gestion du risque servent à cibler et choisir les plus importantes situations de non conformité soit connue ou soupçonnée.

Nous avons exécuté 17 programmes nationaux de surveillance de la conformité des pesticides ont été exécutés, dont six programmes de promotion de la conformité dans des secteurs ciblés (p. ex. usines de pâtes et papier, production de haricots secs et de tournesol) alors que les 11 programmes d'inspection portaient sur les productions de bleuets, de champignons, de maïs cultivé et de maïs doux, de canneberges et de poires. En général, les 943 inspections qui ont été menées affichaient un degré élevé de conformité. De plus, 342 enquêtes ont été effectuées sur des cas de non-conformité signalés ou détectés, et 363 mesures d'application de la loi ont été envoyées pour assurer la conformité ou pour la restaurer.

Au plan international et en vertu de l'ALÉNA, l'Agence a exploré des occasions de coordonner ses activités et projets liés à la conformité et à l'application de la loi. Des travaux ont également été entrepris par le Groupe de travail de l'OCDE sur les pesticides afin de créer des pratiques exemplaires internationales en matière de conformité des pesticides.

Réduction des risques liés aux pesticides

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
3,1	3,8	3,6

Nous avons tenu des consultations avec des intervenants afin d'obtenir un consensus national sur les enjeux clés de lutte antiparasitaire relativement à la production de bleuets à feuilles étroites et de bleuets en corymbe, de carottes et d'oignons, de framboises, de maïs cultivé et de fraises. Grâce aux travaux menés conjointement avec Agriculture et Agroalimentaire Canada, les producteurs agricoles ont accès à plusieurs nouveaux produits et nouvelles pratiques de lutte antiparasitaire à risque réduit.

Notre ministère collabore avec les intervenants canadiens à la mise au point de stratégies visant à leur faire adopter des produits et des pratiques de lutte antiparasitaire à plus faible risque en vue de remplacer les pesticides qui seront graduellement abandonnés en raison de la réévaluation. Par exemple, une approche harmonisée en Amérique du Nord est en cours d'élaboration pour aider l'industrie agricole à remplacer l'utilisation de l'azinphos-méthyl par des stratégies de gestion antiparasitaire à faible risque.

RÉSULTAT STRATÉGIQUE Nº 4 :

De meilleurs résultats de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens

Nom de l'activité de programme : Santé des Premières nations et des Inuits

Résultat prévu :

- Amélioration des résultats en santé en assurant la disponibilité de services de santé de qualité ainsi que l'accès à ces services, et soutien à une meilleure prise en charge du système de santé par les Premières nations et les Inuits.

Risques pour la santé / Résultats : De meilleurs résultats de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Espérance de vie (à la naissance, vivant dans une réserve et hors réserve)	Bien qu'elle soit inférieure à la moyenne canadienne (77 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes), l'espérance de vie des Autochtones a augmenté. En 1980, l'espérance de vie pour les hommes autochtones était de 60,9 ans et de 68,0 ans pour les femmes autochtones. En 2001, elle était estimée à 70,4 ans pour les hommes autochtones et à 75,5 ans pour les femmes autochtones, alors qu'elle était, chez les Inuits, de 64 ans pour les hommes et de 70 ans pour les femmes.
Poids à la naissance	Les statistiques de 2000 révèlent que 4,7 % des naissances parmi les Premières nations sont classées dans la catégorie du faible poids à la naissance, comparativement à 5,6 % pour l'ensemble de la population canadienne. Le taux de poids élevé à la naissance atteint 21 % chez les Premières nations, soit presque le double du taux canadien, qui s'établit à environ 13 %. Santé Canada poursuit ses initiatives axées sur la santé maternelle et prénatale, afin d'améliorer ces résultats[67].
Mortalité	De façon générale, la mortalité est 45 % plus élevée chez les Premières nations que dans le reste du Canada[68].
Taux d'affections par type	Taux de diabète : • Chez les Premières nations vivant dans une réserve, 3,8 fois supérieur à celui du reste du Canada. • Chez les Inuits, 47 % inférieur à celui du reste du Canada[69]. Taux de suicide : • Chez les jeunes des Premières nations (de 10 à 19 ans), 4,3 fois supérieur à celui du reste du Canada en 2000[70].

[67] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/stats_profil-fra.php

[68] Taux standardisé selon l'âge de 2000.

[69] Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations, Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, ESCC.

[70] En raison de problèmes entourant l'exhaustivité des données de l'état civil des Premières nations, il est possible que ces statistiques soient plus élevées. Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

	• Dans les régions habitées par les Inuits, 8,3 fois supérieur à celui du reste du Canada. Le taux de suicide des hommes est plus de 4 fois supérieur à celui des femmes[71] (1989-2003).
Taux d'affections par type *(suite)* Taux d'utilisation des services de soins non assurés (SSNA) par la clientèle – (pourcentage des clients admissibles qui reçoivent au moins un soin pharmacothérapeutique remboursé par les Services de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour soins de santé au cours de l'année financière.)	Incidence de la tuberculose (taux par 100 000 hab.)[72] • Canada, 5,0 • Indiens inscrits, 29,0 (5,8 fois plus élevée) • Inuits, 114,3 (22,9 fois plus élevée) En 2006-2007, le taux national d'utilisation s'établissait à 64 %. Le taux fluctuait de 74 % en Saskatchewan à 47 % dans les T.N.-O. et au Nunavut. (Ces taux d'utilisation correspondent à ceux de l'année dernière.)

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
2 130,9	2 265,4	2 227,6

Ressources humaines *(Équivalent temps plein)*

Prévues	Réelles	Différence
2 843	3 013	170

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables aux :
- Financement des Services de santé offerts aux membres des Premières nations et aux Inuits
- Financement de la Stratégie nationale antidrogue
- Financement des conventions collectives

Les écarts entre les autorisations totales et les dépenses réelles sont principalement attribuables aux éléments suivants :
- Report des fonds liés au Programme de pensionnats indiens
- Report du suivi de la réunion spéciale des premiers ministres
- Péremptions opérationnelles de certains programmes

Comme il a été souligné dans le RPP, Santé Canada a collaboré avec les Premières nations et les Inuits ainsi que d'autres partenaires en santé afin d'excuter des programmes et des services sous **quatre priorités clés**, lesquels touchent les activités des sous-programmes relatifs à la santé des Premières nations et des Inuits dont la liste apparaît à la fin de la présente section.

Poursuivre la prestation des programmes et des services de santé

La majeure partie des dépenses effectuées dans le cadre de ce résultat stratégique ont été dirigées vers une vaste gamme de services de santé qui ont été financés par Santé Canada et ont été dispensés par d'autres intervenants ou fournis directement.[73] En partenariat avec les Premières nations et les Inuits, Santé Canada a fourni des services de soins de santé primaires dans environ 200 communautés éloignées, ainsi que des services de

[71] Statistique Canada, Fichier de données sur la mortalité.
[72] Donnés de l'Agence de la santé publique du Canada.
[73] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/finance/agree-accord/index-fra.php

soins à domicile et communautaires dans plus de 600 communautés. Santé Canada a engagé directement 670 personnes à titre de personnel infirmier. Lorsque nous prenons en compte le personnel infirmier rémunéré par Santé Canada, mais engagé par les Premières nations, l'effectif de soins infirmiers est d'environ 1 100.

Par l'entremise des bureaux régionaux, et de concert avec les Premières nations et les Inuits, Santé Canada a exécuté des programmes communautaires visant les enfants et les jeunes, et portant sur la santé mentale et les toxicomanies, les maladies chroniques et la santé environnementale, de même que sur la prévention et la gestion des maladies transmissibles et chroniques[74,75]. Ces services s'ajoutent aux services offerts par les autorités provinciales, territoriales et régionales de la santé. De plus, le remboursement, par le programme des Services de santé non assurés (SSNA)[76], Santé Canada a procuré des prestations supplémentaires aux Premières nations et aux Inuits admissibles sans égard au lieu de résidence. Celles-ci ont compris les services des médicaments, des soins dentaires, des soins de la vue, des fournitures médicales et d'équipement médical, des services liés aux interventions d'urgence en services de santé mentale, ainsi que du transport pour raison médicale. Nous avons continué de mener des activités d'amélioration de la sécurité de la clientèle des SSNA, notamment par le lancement de messages d'avertissement et de rejet aux pharmacies concernant des médicaments pouvant faire l'objet d'abus; l'apport de changement à la couverture de certains médicaments au formulaire pouvant faire l'objet d'abus de même que l'intervention auprès de professionnels des soins de santé dans des situations où on a identifié des clients dont l'utilisation des médicaments contre l'asthme pouvait être à risque.

Alors que nous poursuivons d'assumer nos responsabilités, notre Ministère doit faire face aux mêmes difficultés que les autres fournisseurs de soins de santé, notamment l'augmentation des coûts, la demande de nouvelles technologies en santé, le manque de ressources humaines en santé et le vieillissement de la population. De plus, le système de santé des Premières nations et des Inuits connaît un accroissement rapide d'une population dans laquelle le taux moyen de blessures et de maladies est plus élevé. Nous devons composer avec les coûts liés à la prestation de services à des populations qui habitent souvent des petites communautés situées dans des régions éloignées et rurales. De façon plus générale, il est bien connu que nos actions ne sont qu'une partie de l'approche de l'amélioration des résultats de la santé. En outre, l'amélioration des résultats pour la santé des Premières nations et des Inuits exige une intervention touchant des déterminants plus généraux de la santé, notamment le développement économique, l'éducation, le logement et la culture.

Améliorer la qualité des programmes et des services de santé et l'accès à ceux-ci

L'approche que nous avons adoptée pour traiter des enjeux liés à l'accès aux programmes et services de santé et à leur qualité comportaient un certain nombre d'éléments.

[74] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/home-domicile/index-fra.php
[75] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/phcphd-dsspsp/cdcd-dcmt-fra.php
[76] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php

L'élaboration du *Projet ACCES* constituait une priorité dans les efforts continus déployés par les représentants de la région du Québec pour améliorer la qualité des programmes et des services de santé destinés aux communautés autochtones et inuites ainsi que pour accroître l'accès à ces derniers. Un cadre opérationnel a été élaboré selon le principe du point d'accès unique qui permettrait aux collectivités d'interagir avec la DSSPNI.

Parmi ces derniers, l'un des plus importants a été d'attirer le personnel infirmier nécessaire pour dispenser nos services aux Premières nations et aux Inuits. Nous avons investi dans des documents de promotion, des outils de recrutement et des efforts ciblés afin d'attirer de nouveaux diplômés en soins infirmiers, des infirmières autochtones et des praticiens en soins infirmiers. Cette mesure a eu pour résultat l'amélioration des taux d'inoccupation dans les postes infirmiers des réserves. Nous avons élaboré un programme de mentorat pour attirer des candidats autochtones dans les programmes de soins infirmiers et une « trousse d'outils » visant à améliorer les services de soins infirmiers. Le Ministère s'assure également que le personnel infirmer reçoive la préparation et le soutien requis pour obtenir l'expertise clinique dont il a besoin.

De façon plus générale, nous collaborons avec des partenaires en vue d'augmenter le nombre de fournisseurs de soins autochtones, y compris par des partenariats avec des associations professionnels, des collèges et des universités dont les programmes correspondent à l'Initiative sur les ressources humaines en santé d'origine autochtone (IRHSOA)[77]. Par notre participation au Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (fédéral, provincial, territorial) et à des activités provinciales particulières, nous harmonisons la planification des ressources humaines en santé provinciales et territoriales dans la mesure du possible. L'IRHSOA a permis l'augmentation de 600 % des fonds octroyés aux étudiants autochtones, inuits et métis en soins de santé, entraînant ainsi l'attribution de bourses d'études à plus de 500 étudiants autochtones.

Dans le cadre des efforts déployés par le gouvernement du Canada pour faire en sorte que les Canadiens reçoivent les soins de santé essentiels dans des délais d'attente médicalement acceptables, Santé Canada a continué à mettre en œuvre 10 projets pilotes concernant le diabète et 10 projets pilotes concernant les soins prénataux pour mettre à l'essai les délais d'attente chez les Autochtones vivant dans une réserve.

Le Ministère a continué de fournir des services dans le cadre de l'Initiative en santé bucco-dentaire pour les enfants dans plus de 150 communautés et a lancé le système d'information sur l'hygiène dentaire afin de recueillir des données sur le rendement des services fournis.

Pour améliorer le milieu de travail des clients et du personnel ainsi que les soins de santé communautaire, Santé Canada a investi 9,9 millions de dollars pour assurer la réalisation de 14 projets de construction, d'expansion et de réfection. En outre, 1,5 million de dollars supplémentaires ont été investis dans des projets de gestion environnementale pour faire en sorte que les activités respectaient les codes environnementaux et correspondaient aux engagements pris par le Ministère au sujet du développement durable.

[77] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni_e.html#ahhri-irrhs

Santé Canada a terminé six études environnementales de sites et des activités d'assainissement à dix sites contaminés situés dans des réserves. Quarante-quatre des 56 sites contaminés situés dans des réserves ont été assainis, les douze derniers sites seront assainis d'ici 2012. Santé Canada a également inspecté 94 réservoirs de stockage de carburant, en a amélioré ou remplacé trois et a donné de la formation dans 27 communautés pour faire en sorte que les Autochtones soient en mesure de s'occuper de leurs propres sites.

Les représentants de la région du Nord ont collaboré avec le gouvernement du Nunavut et Nunavut Tunngavik Incorporated dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de mieux-être communautaire du Nunavut, un élément du projet Nunavut HII. Le projet de mieux-être communautaire, financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé du gouvernement fédéral, contribue à l'élaboration d'un processus intégré de planification du mieux-être communautaire au niveau de la communauté ainsi qu'au renforcement du rôle des comités de la santé locaux.

Grâce au Fonds pour l'adaptation des services de santé et aux partenaires provinciaux, territoriaux et autochtones, le Ministère a financé plus de 150 projets visant à augmenter l'accès aux services de santé. Les activités suivantes ont été menées pour l'intégration et l'adaptation des services offerts : structures de gouvernance; élaboration de protocoles adaptés et intégrés dans tous les systèmes de santé; gestion de données intégrée; outils de navigation dans le système de santé; formation sur la prestation de services de soins de santé adaptés à la culture. Parmi les premiers résultats : l'augmentation de la collaboration entre les organisations autochtones et les ordres de gouvernement; une sensibilisation accrue aux obstacles et aux outils qui affectent l'accès; et une plus grande capacité d'entreprendre des activités tripartites.

Des projets d'intégration entrepris grâce au Fonds ont servi de fondement au Plan tripartite de santé des Premières nations mis en œuvre en Colombie Britannique; d'autres provinces sont intéressées à participer à des discussions tripartites. Le lancement du projet a été plus long que prévu en raison du temps nécessaire pour établir des relations, de même qu'élaborer et mettre en œuvre des projets.

Promouvoir des modes de vie sains et prévenir des maladies

Santé Canada finance ou offre une vaste gamme de programmes et de services qui promeuvent un mode de vie sain à tous les âges et qui traitent des principales menaces pour la santé des Premières nations et des Inuits. Par exemple, le Ministère a poursuivi 76 projets desservant 176 communautés dans le cadre du Programme de soins de santé maternelle et infantile s'adressant aux femmes autochtones enceintes et aux familles avec nourrissons ou jeunes enfants vivant dans une réserve. Le Ministère a également soutenu la formation de 60 ménagères et infirmières visiteuses et entend faire passer le nombre de travailleuses formées en santé de la mère et de l'enfant à 110. Dans le Nord, les fonds ont amélioré des programmes de promotion de la santé, comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale[78] et portant sur des sujets comme le Programme canadien de nutrition prénatale.

[78] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spni/famil/preg-gros/intro-e.html

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones[79] offre à plus de 9 000 enfants autochtones, âgés de 0 à 6 ans, l'estime de soi, le désir d'apprendre et des occasions de se développer pleinement. Comme un certain nombre de ministères fédéraux ont reconnu la nécessité de simplifier leur Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, nous avons participé à la mise en œuvre de projets de démonstration dans 17 communautés autochtones. Elles mettent toutes à l'essai le groupement des rapports; 16 d'entre elles explorent la possibilité d'un financement à guichet unique et six d'entre elles étudient l'intégration des approches du développement communautaire.

Des travaux sur l'infrastructure de la santé ont été entrepris pour la guérison à long terme dans les communautés innues du Labrador. Un pavillon de ressourcement et centre de mieux-être, qui exécute un Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, a ouvert ses portes en juin 2007. Par ailleurs, les maisons d'hébergement de Natuashish et de Sheshatshiu sont opérationnelles.

Le nombre de projets communautaires financés et mis en œuvre dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones est passé de 100 à 140. Les projets sont axés sur la prévention, le développement des compétences et l'élaboration de protocoles de réponse à des crises. Nous avons également entrepris des recherches pour améliorer les connaissances sur des approches de prévention efficaces et l'impact du suicide chez les jeunes. Cinq projets de démonstration sur la promotion de la santé mentale pluriannuels sont actuellement en cours en vue de mettre à l'essai les meilleures pratiques. Dans le but de sensibiliser davantage les jeunes et d'augmenter leurs connaissances et leur ressort psychologique, le Ministère, en collaboration avec des partenaires, a élaboré une campagne d'éducation publique intitulée « Réseau du respect de la vie »; a lancé un centre d'information électronique pour les jeunes autochtones et les jeunes travailleurs[80] ; et a élaboré une campagne de marketing social comprenant la production d'une trousse d'outils pour les travailleurs de première ligne.

Le plan d'action stratégique de promotion de la santé mentale des Premières nations et des Inuits vise l'amélioration du mieux-être mental des Autochtones par un ensemble coordonné de services de santé mentale et de toxicomanie qui respectent les approches de guérison traditionnelles et culturelles de même que les approches répandues. Le plan a été validé par Inuit Tapiriit Kanatami. La validation complète de l'Assemblée des Premières nations devrait avoir lieu en 2008-2009.

Notre Ministère a continué de traiter des taux élevés de diabète en fournissant des services à plus de 600 communautés des Premières nations et des Inuits. Le Ministère a fourni une formation pour améliorer les compétences des travailleurs communautaires spécialisés dans le diabète et augmenter le nombre de fournisseurs de services communautaires formés. L'établissement d'équipes multidisciplinaires a débuté et se poursuivra en 2008-2009. Ces équipes sont composées de responsables régionaux, de nutritionnistes, de coordonnateurs de soins par cas et de coordonnateurs des activités physiques. Une recherche participative visant à recueillir davantage de données sur le prédiabète, le diabète et ses complications, ainsi qu'à élaborer des stratégies de réduction du fardeau de la maladie a également été entreprise.

[79] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/famil/develop/ahsor-papa_intro-fra.php
[80] http://www.honouringlife.ca/fr/site/about

Des projets complémentaires de prévention et de promotion ont été terminés, comme la publication du *Guide alimentaire canadien,* s'adressant particulièrement aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis, ainsi que la mise en œuvre d'un cadre d'interventions en sécurité alimentaire en partenariat avec des organisations autochtones et d'autres intervenants. En plus des services fournis dans les réserves et aux communautés des Inuits, le Ministère a financé 50 projets de prévention du diabète et de promotion à l'intention des Métis et des Inuits hors réserve et vivant dans des villes.

Pour définir les leçons et les répercussions positives pouvant être intégrées aux efforts que nous déploierons à l'avenir, nous avons financé une évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones[81]. Comme ils ont ciblé les questions de mise en œuvre, les responsables de l'évaluation ont observé des résultats préliminaires de répercussions positives pour la santé qui seront examinées dans le cadre de futures études et évaluations.

Nous avons continué d'assurer un accès à des soutiens émotionnels et en santé mentale aux anciens élèves des pensionnats indiens qui sont admissibles. Le nombre de travailleurs de la santé communautaire (résolution) est passé de 53 en octobre 2007 à 111 en avril 2008. Quarante aînés des Premières nations ont été engagés pour fournir un appui culturel. Des approches novatrices ont été mises en place, comme des rassemblements communautaires, des groupes et des équipes de soutien communautaire, des cercles de guérison et la participation de travailleurs dans les centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Le Ministère a également soutenu la Commission de vérité et de réconciliation et le Processus d'évaluation indépendant en assurant la disponibilité de services d'appui à la santé appropriés, rapides et efficaces.

Dans un effort d'atténuation des répercussions d'une pandémie d'influenza, les représentants de la région de la C.-B. ont participé à des activités d'éducation et de planification avec les communautés des Premières nations. À ce jour, 95 % des communautés des Premières nations ont participé à des ateliers d'éducation, à des exercices de planification théoriques et à l'élaboration de plans d'intervention contre les pandémies d'influenza adaptés aux communautés.

L'ensemble des sept bureaux régionaux disposent d'un Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza et soutiennent les 400 communautés des Premières nations dans la planification et la mise à l'essai de leurs plans et leur intégration avec ceux des autorités locales, régionales et provinciales. Des fonds ont également été octroyés pour l'augmentation de la réserve nationale d'équipement de protection personnelle, qui servira à la protection des travailleurs en soins de santé situés dans les réserves au cours d'une pandémie.

Le Ministère a financé le Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations et le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord par l'entremise de six projets communautaires sur les effets sur la santé des contaminants environnementaux dans les réserves. L'atelier sur la salubrité des aliments traditionnels compte tenu des contaminants environnementaux au Yukon, qui a été mené par le Council of Yukon First Nations avec l'appui de Santé Canada, a permis de discuter des résultats concernant les aliments traditionnels.

[81] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/diabete/index-fra.php

Nous avons apporté des modifications en vue d'élaborer des avis sur l'eau potable qui sont plus cohérents, holistiques et adaptés à la culture afin de traiter des menaces potentielles d'origine hydrique à la santé des communautés des Premières nations vivant au sud du 60e parallèle. En 2006-2007, à la suite d'importants investissements du Ministère, 89 % des sites communautaires avaient accès à des trousses portatives d'analyse bactériologique de l'eau potable. Cette année, 95 % d'entre elles ont eu accès à un contrôleur communautaire de la qualité de l'eau potable formé, ce qui représente une augmentation de 8 % par rapport à l'année dernière[82].

Le comité des Premières nations sur la qualité de l'air intérieur, qui est composé de représentants du gouvernement fédéral et de l'Assemblée des Premières nations, a élaboré des outils d'évaluation de la gravité des problèmes de moisissure, qui s'adressent aux Premières nations vivant dans une réserve, et des mesures à prendre pour améliorer les conditions de logement.

Améliorer la responsabilisation et la mesure du rendement

Nous avons mené diverses activités en vue d'améliorer la capacité de mesurer les indicateurs de la santé et les enjeux les affectant de même que des initiatives comme des évaluations en plus de celles indiquées ci-devant, qui nous permettent d'évaluer les politiques, les programmes et les services et de les améliorer.

Les représentants de la région de l'Alberta ont continué d'élaborer et de mettre en œuvre des plates-formes de renseignements d'affaires qui faciliteront l'intégration et la validation des données ainsi que la capacité d'analyse et d'établissement de rapports pour améliorer les activités de surveillance de la santé. Des prototypes de plates-formes de renseignements d'affaires qui contiennent des données sur la santé dentaire, la qualité de l'eau et des statistiques de l'état civil ont été élaborés au cours de la dernière année. La région a également entrepris l'intégration de cubes de données pharmaceutiques aux systèmes d'information géographique (SIG). Les cliniciens et les épidémiologistes de l'Alberta et de la région de l'Atlantique peuvent maintenant consulter des données pharmaceutiques au moyen d'applications qui offrent une capacité analytique exhaustive.

Notre Ministère collabore avec des partenaires à l'amélioration de la qualité des données sur les statistiques démographiques et de l'état civil, l'espérance de vie, la mortalité, les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, la morbidité et les déterminants de la santé non médicaux concernant les Premières nations vivant dans une réserve. Le document « *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada* » doit être publié en 2008-2009 grâce à la collecte de données de nombreuses sources fédérales, et ce, bien que nous reconnaissions les défis que posent la couverture et la qualité des données compte tenu de leur incohérence à l'échelle nationale.

Le Ministère a octroyé, au total, 4 millions de dollars pour que soit menée l'« *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations* », laquelle a été élaborée et administrée par les Premières nations. Cette enquête intègre les connaissances autochtones ancestrales et un modèle de santé holistique dans une conception d'enquête rigoureusement scientifique dont les résultats préliminaires sont prévus pour 2009-2010.

[82] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/water-eau/index-fra.php

Santé Canada, de concert avec les provinces et les territoires, élabore et met en œuvre le Système pancanadien de surveillance de la santé publique (Panorama). Nous entendons faciliter sa mise en vigueur dans toutes les communautés des Premières nations simultanément avec la mise en œuvre provinciale d'ici les deux à cinq prochaines années.

L'Initiative d'intégration des services de santé (IIS), qui a été mise en œuvre entre 2003 et 2006 en vue de mieux intégrer les services de santé financés par le gouvernement fédéral au sein des communautés des Premières nations et des Inuits et ceux financés par les gouvernements des provinces et territories. Les communautés et organisations des Premières nations, les bureaux régionaux et les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ou les autorités régionales de la santé participent à l'IIS par l'entremise de huit projets pilotes, d'ateliers et d'études de recherche. Selon le rapport sur l'évaluation nationale publié en 2007-2008, des partenariats normalisés étaient le plus susceptibles d'être maintenus après la fin de l'appui d'un programme. Le rapport indique également qu'en raison des différences entre l'emplacement géographique, la taille des fournisseurs de service et les relations déjà établies entre eux, aucune approche unique ne pouvait s'appliquer à toutes les communautés.

La Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations a également fait l'objet d'une évaluation. Il a été déterminé, dans le cadre de cette évaluation, que les progrès accomplis au cours des cinq dernières années comprenaient une capacité accrue, parmi le personnel de Santé Canada et les communautés des Premières nations, de prendre des échantillons d'eau potable du robinet et d'en analyser la qualité. Les recommandations formulées seront traitées par l'entremise du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations.

Description et détails du financement des programmes et services

Dans le RPP, le Ministère a défini les **sous-activités dans le cadre de l'Architecture des activités de programme** qui étaient la base organisationnelle de nos initiatives parmi les priorités énoncées auparavant. Les tableaux ci-après illustrent les détails relatifs à notre utilisation des ressources, aux résultats prévus, aux indicateurs de rendement et aux résultats obtenus pour chacune de ces sous-activités.

Programmes de santé communautaire des Premières nations et des Inuits

Les programmes de santé communautaire des Premières nations et des Inuits soutiennent les initiatives communautaires dans trois domaines : enfants et jeunes, prévention des maladies chroniques et des blessures, santé mentale et toxicomanies. Les programmes communautaires axés sur les enfants et les jeunes ont pour objet d'améliorer la santé des mères, des nourrissons et des familles ainsi que d'appuyer le développement des enfants[83]. Les programmes

[83] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-fra.php

communautaires de prévention des maladies chroniques et des blessures non intentionnelles offrent des services qui aident à réduire les taux de maladies chroniques, comme le diabète de type 2, et de blessures[84]. Enfin, en ce qui concerne la santé mentale et les toxicomanies, l'objectif est d'offrir des activités de prévention et de promotion dans les réserves et les communautés des Iuits pour améliorer leur bien-être physique, social, émotionnel et spirituel.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
340,7	334,6	331,8

Résultats escomptés : Amélioration du continuum des programmes et des mesures de soutien dans les communautés des Premières nations et des Inuits	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre de communautés participant aux programmes	• Le Programme de soins de santé de la mère et de l'enfant qui s'adresse aux femmes enceintes des Premières nations et aux familles ayant des nourrissons et de jeunes enfants vivant dans une réserve a soutenu 76 projets dans 176 communautés. En Ontario, nous avons amélioré les services provinciaux liés à la santé de la mère et de l'enfant. • Plus de 600 communautés des Premières nations ont eu accès au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues[85], au Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes et à des programmes de santé et de bien-être mental; 140 projets communautaires de prévention du suicide ont été menés.
	• Amélioration du soutien au bien-être culturel et mental fourni à jusqu'à 80 000 anciens élèves des pensionnats indiens. • Plus de 300 communautés des Premières nations ont accès aux programmes d'aide préscolaire aux Autochtones. • Plus de 600 communautés ont accès à des services de promotion de la santé et de prévention du diabète.

Résultats escomptés : Accroissement de la participation des personnes, des familles et des communautés des Premières nations et des Inuits aux programmes et aux mesures de soutien	
Performance Indicators	**Results**
Nombre et type de participants aux programmes, par type de programme	• Environ 9 000 enfants ont participé à des programmes d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves. • L'ensemble des 80 000 anciens élèves des pensionnats indiens et leur famille ont maintenant accès à des soutiens en santé par l'entremise du Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens[86].
Nombre de centres de traitement par type	• Au total, 54 centres de traitement de l'abus de l'alcool et des drogues et sept centres de traitement de l'abus de solvants chez les jeunes sont en activité.

[84] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/index-fra.php
[85] http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/substan/ads/nnadap-pnlaada_f.html
[86] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/indiresident/irs-pi-fra.php

Protection de la santé des Premières nations et des Inuits

Santé Canada collabore avec les provinces et les communautés des Premières nations afin d'appuyer un système de santé publique dans les réserves qui offre des services de base : la lutte contre les maladies infectieuses et leur surveillance, l'enseignement prénatal, la vaccination et services d'hygiène du milieu (analyses de l'eau potable, inspections en santé, etc.).

Résultats escomptés : Amélioration de l'accès aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles et de prévention de celles ci pour les personnes, les familles et les communautés des Premières nations et des Inuits	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre et pourcentage de communautés participant aux programmes	• Toutes les communautés des Premières nations vivant dans les réserves reçoivent de l'appui concernant les programmes de lutte contre les maladies transmissibles et de prévention de celles-ci. • Les communautés inuites vivant au sud du 60^{e} parallèle reçoivent du soutien financier grâce à un accord de contribution ou indirectement par des organisations autochtones nationales ou des accords de transfert.
Résultats escomptés : Amélioration de la gestion des risques sanitaires d'origine environnementale	
Nombre de communautés ayant accès à un contrôleur communautaire de la qualité de l'eau potable	• 94,9 % des communautés avaient accès à un contrôleur communautaire de la qualité de l'eau potable formé.
Nombre de communautés ayant accès à des trousses d'analyse sur place des paramètres bactériologiques	• 89,3 % des communautés avaient accès à des trousses de laboratoire portatives servant à l'analyse bactériologique sur place de l'eau potable.
Nombre de sites contaminés assainis	• 44 des 56 sites contaminés ont été assainis.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
80,5	79,4	72,9

Soins de santé primaires des Premières nations et des Inuits

Santé Canada fournit des traitements en soins de santé primaires tous les jours, 24 heures sur 24, directement ou par l'entremise de fonds, dans 76 postes de soins infirmiers situés dans des réserves éloignées, où aucun service provincial n'est rapidement et facilement disponible. Le Ministère finance des soins de santé communautaires ou à domicile, y compris des soins infirmiers, personnels ou de relève ou, encore, assure leur accès, dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

Résultats escomptés : Amélioration de l'accès à des programmes et à des services de soins primaires pour les personnes, les familles et les communautés des Premières nations et des Inuits	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre et pourcentage de communautés participant aux programmes	• 94 % des communautés des Premières nations ont accès à des services de soins à domicile (97 % de la population admissible). • 100 % des communautés des Inuits ont accès à des services de soins à domicile (100 % de la population admissible). • Des soins de santé primaires sont disponibles dans environ 200 communautés éloignées.

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
264,4	271,9	309,2

Soins de santé non assurés (supplémentaires) destinés aux Premières nations et aux Inuits

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) offre à environ 800 000 membres admissibles des Premières nations et des Inuits une gamme définie de produits et de services médicaux nécessaires en santé qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance privés, des programmes provinciaux et territoriaux de services de santé ou sociaux ou d'autres programmes financés par des fonds publics. Les services offerts dans le cadre du programme des SSNA couvrent divers médicaments sur ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des fournitures et équipements médicaux, des services de santé mentale (intervention à court terme en situation de crise), le transport pour des services médicaux non disponibles dans les réserves ou dans la communauté de résidence, et les primes d'assurance-maladie en Alberta et en Colombie-Britannique. Un rapport annuel sur le Programme est offert séparément[87].

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
939,8	1 039,0	1 029,0

Appui à l'infrastructure et la gouvernance du système de santé des Premières nations et des Inuits

L'appui à l'infrastructure et la gouvernance en santé visent à accroître le contrôle des Premières nations et des Inuits sur les programmes de santé, à établir une infrastructure et des services appropriés pour les Premières nations et les Inuits et à améliorer la capacité de produire et d'utiliser des données sur la santé. Les activités comprennent : établissements de santé; planification et gestion de la santé; renforcement des capacités; consultation et liaison; intégration et coordination des services de santé; intendance et recherche en santé; gestion des

[87] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/2007_rpt/index-fra.php?EditDocument

connaissances et de l'information; ressources humaines en santé; services de cybersanté[88]; et agrément des services de santé.

Résultats escomptés : Augmentation du nombre de programmes d'intégration des étudiants autochtones en santé dans les établissements postsecondaires, de facilitation de l'accès pour ces derniers et de soutien	
Indicateurs de rendement	**Résultats**
Nombre de programmes d'intégration des étudiants, de facilitation de l'accès pour ces derniers et de soutien	32 projets ont été financés : • 18 programmes d'intégration, de facilitation de l'accès et/ou programmes de mobilité verticale; • 14 programmes de soutien aux étudiants.
Résultats escomptés : Faciliter l'adaptation des curriculums en médecine, en nursing et en autres soins de santé afin d'augmenter la sensibilisation culturelle des médecins, des infirmières et des autres professionnels de services de santé	
Nombre de facultés des sciences de la santé qui adaptent leurs programmes pour améliorer la compétence culturelle des fournisseurs de soins de santé	• 29 projets d'éducation postsecondaire ont été financés en vue d'adapter les programmes de sciences de la santé pour augmenter la compétence culturelle. • Un cadre relatif à la compétence culturelle a été élaboré et doit être mis en œuvre dans l'ensemble des 17 facultés de médecine.
Résultats escomptés : Augmentation du financement disponible par des bourses d'études pour aider les étudiants autochtones, inuits et métis dans leurs études les menant à une carrière dans le domaine de la santé	
Nombre d'étudiants autochtones qui ont reçu des bourses d'études les menant à une carrière dans le domaine de la santé	• Grâce à la National Aboriginal Achievement Foundation, 247 bourses d'études ont été remises à des étudianst des Premières nations, des Inuits et des Métis les menant à une carrière dans le domaine de la santé. • Grâce au Ralliement national des Métis, 376 étudiants métis ont reçu des bourses d'études les menant à une carrière dans le domaine de la santé.
Résultats escomptés : Établissements de santé	
Nombre d'établissements de santé	• Soutenus par les bénéficiaires - 948 • Soutenus par Santé Canada - 34
Résultats escomptés : Accès à des services de santé de qualité	
Nombre d'établissements de santé et de services accrédités	• 65 organisations des Premières nations ont demandé l'accréditation de leurs services de santé.
Résultats escomptés : Amélioration de l'accès à la cybersanté dans les communautés et les régions des Premières nations et des Inuits	
Nombre de sites de cybersanté déployés par communauté et par région	• 156 sites de cybersanté étaient actifs dans les communautés des Premières nations; 72 autres sites en sont à l'étape finale de la planification ou du déploiement.
Nombre de communautés branchées à Internet	• Environ 90 % des communautés ont accès à Internet sous une forme ou une autre (donnée datant de 2007).

[88] http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/ehealth-esante/index-fra.php

Résultats escomptés : Appartenance à la communauté, surveillance efficace et capacité de gérer et d'administrer des programmes et des services de santé par les Premières nations et les Inuits	
Nombre d'accords de contribution, par type[89]	• Souples – 2 • Transferts – 158 • Transitoires – 82 • Intégrés – 208 • Généraux – 1 230 • Établis – 2

Ressources financières *(en millions de dollars)*

Dépenses prévues	Autorisations	Dépenses réelles
505,5	540,5	484,7

[89] http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/finance/agree-accord/index_e.html

Section III

Renseignements supplémentaires

Lien du Ministère avec les résultats du gouvernement

Activité de programme	Dépenses réelles 2007-2008	Lien avec un résultat du gouvernement du Canada
Résultat stratégique 1 : Amélioration des connaissances afin de répondre aux priorités en matière de santé et de soins de santé		
Politique, planification et information en santé	1 357,2	Canadiens en santé Un monde sécuritaire et sécurisé grâce à la coopération internationale
Résultat stratégique 2 : Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs et à des renseignements en vue de choix des choix sains		
Produits de santé et aliments	307,9	Canadiens en santé
Résultat stratégique 3 : Réduction des risques pour la santé et l'environnement de produits et de substances réglementés et milieux de vie et de travail plus sains		
Environnements sains et sécurité des consommateurs	334,4	Canadiens en santé Un environnement propre et sain
Règlement sur les produits antiparasitaires	58,9	Canadiens en santé
Résultat stratégique 4 : De meilleurs résultats de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens		
Programmes et services à l'intention des Premières nations et des Inuits	2 227,6	Canadiens en santé
Total	**4 286**	

Tableau 1

Comparaison des dépenses prévues et des dépenses réelles (y compris les ETP)

Le présent tableau établit une comparaison entre le Budget principal des dépenses, les dépenses prévues, les autorisations totales et les dépenses réelles pour le dernier exercice, ainsi que des données historiques sur les dépenses réelles.

La hausse de 8,4 millions de dollars entre le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues découle du financement prévu pour le Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens, et la mise en œuvre de la Politique sur la vérification interne.

La hausse de 1 364,2 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales découle des nouvelles initiatives de programmes et des fonds de durabilité versés dans le Budget supplémentaire des dépenses, qui comprend une indemnité pour les personnes infectées par le virus de l'hépatite C par l'entremise du système canadien d'approvisionnement en sang avant 1986 et après 1990, ainsi que des fonds pour Inforoute Santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

La différence de 114,9 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles découle principalement :

- de la péremption de l'affectation à but spécial du Conseil de la santé;
- des retards dans le Programme de soutien en santé - Résolution des questions des pensionnats indiens;
- de la péremption des affectations bloquées qui comprennent :
  - la mise en œuvre du report du Programme de réglementation de la qualité de l'air;
  - le report du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue;
  - le report de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (partie II);
  - le report du suivi sur la réunion des premiers ministres et des dirigeants autochtones;
  - le régime d'accès aux médicaments.

Tableau 1

Comparaison des dépenses prévues et des dépenses réelles (y compris les ETP)

(en millions de dollars)

Activités de programme	2005–2006 Dépenses réelles	2006–2007 Dépenses réelles	2007 - 2008			
			Budget principal	Dépenses prévues (1)	Total des autorisations (2)	Dépenses réelles (2)
Politique, planification et information en santé	375,1	290,4	263,7	263,7	1 399,2	1 357,2
Produits de santé et aliments	256,9	262,3	257,2	257,4	316,5	307,9
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	277,9	294,1	333,5	333,8	357,0	334,4
Règlement sur les produits antiparasitaires	54,6	62,7	50,8	50,9	62,8	58,9
Santé des Premières nations et des Inuits	1 927,5	2 088,0	2 123,1	2 130,9	2 265,4	2 227,6
Total	**2 892,0**	**2 997,5**	**3 028,3**	**3 067,7**	**4 400,9**	**4 286,0**
Moins : revenus non disponibles	(19,8)	(51,8)	0,0	(8,9)	(8,9)	(48,5)
Plus : coût des services reçus à titre gracieux *	85,6	91,9	0,0	81,6	81,6	80,3
Coût net pour le Ministère	**2 957,8**	**3 037,6**	**3 028,3**	**3 109,4**	**4 473,6**	**4 317,8**
Équivalents temps plein	**8 544**	**8 686**	**8 825**	**8 825**	**9 178**	**8 899**

1) Données tirées du Rapport sur les plans et les priorités de 2007-2008
2) Données tirées des Comptes publics 2007-2008

* Les Services reçus à titre gracieux comprennent les locaux fournis par TPSGC, les contributions de l'employeur aux primes d'assurance des employés, les indemnisations des accidentés du travail par Développement Canada et les services reçus de Justice Canada.

Tableau 2 Postes votés et législatifs

(en millions de dollars)

Poste voté	2007 - 2008			
	Budget principal	Dépenses prévues (1)	Autorisations total (2)	Dépenses réelles (2)
Santé Canada				
1 Dépenses de fonctionnement	1 691,0	1 691,8	1 880,5	1 823,3
5 Subventions et contributions	1 225,8	1 233,3	1 315,3	1 258,0
(S) Traitement et allocation d'automobile du Ministre	0,1	0,1	0,1	0,1
(S) Paiement des services de santé assurés et des services complémentaires de santé	-	-	0,0	0,0
(S) Utilisation des produits de l'aliénation de biens excédentaires de l'État	-	-	0,5	0,1
(S) Remboursement des revenus de l'exercice précédent	-	-	0,3	0,3
(S) Droits des agences de recouvrement	-	-	0,0	0,0
(S) Montants adjugés par la cours	-	-	0,0	0,0
(S) Personnes ayant contracté l'hépatite C par le système d'approvisionnement en sang avant 1986 et après 1990.	-	-	1 023,5	1 023,5
(S) Inforoute Santé du Canada	-	-	38,7	38,7
(S) Mise en application de la Loi	-	-	30,0	30,0
(S) Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	111,4	111,5	112,0	112,0
Total du Ministère	**3 028,3**	**3 036,7**	**4 400,9**	**4 286,0**

1) Données tirées du Rapport sur les plans et les priorités de 2006-2007
2) Données titrées des Comptes publics 2006-2007
S) Dépenses que le Ministère est tenu d'effectuer et pour lesquelles aucune loi des crédits n'est requise

Afin de réduire le matériel à imprimer, Santé Canada n'inclura pas les tableaux suivants dans son Rapport sur le rendement, version imprimée. Par conséquent, prière de consulter ce site Web pour les tableaux suivants : http:\\www.tbs-sct.gc.ca/dpr-rmr/2007-2008/index-eng.asp

Tableau 3 Sources de revenus disponibles et des revenus non disponibles
Tableau 4a *Loi sur les frais d'utilisation*
Tableau 4b Politique sur les normes de service liées aux frais externes

Tableau 5 Rapport d'étape sur les grands projets de l'État

Nom du grand projet de l'État
Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé (STRDPSS)

Tableau 6 Renseignements sur les programmes de paiement de transfert (PPT)

Politique, planification et information en santé
Programme de contributions dans le cadre des politiques et des stratégies en matière de soins de santé
Programme de contributions pour améliorer l'accès aux services de santé offerts aux communautés de langue officielle en situation minoritaire
Subvention au Conseil de la santé du Canada
Subvention à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
Subvention à l'Institut canadien sur la sécurité des patients
Subvention au Partenariat canadien contre le cancer
Produits de santé et aliments
Subvention à la Société canadienne du sang : recherche et développement sur la sûreté du sang et l'efficacité de l'approvisionnement en sang
Santé environnementale et sécurité des consommateurs
Paiements aux provinces et aux territoires pour aider à assurer aux Canadiens l'accès à des programmes et services efficaces de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie
Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue
Subvention au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Santé des Premières nations et des Inuits
Fonds de transport pour raison médicale du Nunavut
Subvention au gouvernement du Yukon pour le Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires et le secrétariat opérationnel
Paiement à des bandes indiennes, à des associations ou aux groupes indiens pour le contrôle et la prestation des services de santé
Contributions pour la gouvernance en santé et soutien à l'infrastructure des Premières nations et des Inuits
Contributions aux programmes communautaires des Premières nations et des Inuits
Contributions aux programmes d'établissements de santé et d'immobilisations des Premières nations et des Inuits
Contributions aux prestations en soins de santé des Premières nations et des Inuits
Contributions à la protection de la santé des Premières nations et des Inuits
Contributions aux soins de santé primaires des Premières nations et des Inuits
Contributions au projet pilote de prestations en soins de santé non assurés de Bigstone
Contribution à l'Organisation pour la promotion de la santé des peuples autochtones
Contributions pour le Programme de soutien en santé pour la résolution des questions des pensionnats indiens

Tableau 7 Fondations - subventions conditionnelles

Tableau 8 Initiatives horizontales

Nom des Initiatives horizontales
Plan de gestion des produits chimiques
Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme
Stratégie fédérale de développement de la petite enfance autochtone et des Premières nations
Rechercher la confiance du public dans la réglementation des pesticides et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires

Tableau 9 Développement durable

Tableau 10 Réponse aux comités parlementaires et verifications externes

Tableau 11a Vérifications internes

Tableau 11b Evaluations

Tableau 12 Politiques sur les voyages

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

Tableau 13 Les états financiers

Déclaration de responsabilité de la direction

SANTÉ CANADA

La responsabilité de l'intégrité et de l'objectivité des états financiers ci-joints pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 et toute l'information figurant dans ces états incombe à la direction de Santé Canada. Ces états financiers ont été préparés par la direction conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public.

La direction est responsable de l'intégrité et de l'objectivité de l'information présentée dans les états financiers. Certaines informations présentées dans les états financiers sont fondées sur les meilleures estimations et le jugement de la direction et tiennent compte de l'importance relative. Pour s'acquitter de ses obligations au chapitre de la comptabilité et de la présentation des rapports, la direction tient des comptes qui permettent l'enregistrement centralisé des opérations financières de Santé Canada. L'information financière soumise pour la préparation des *Comptes publics du Canada* et incluse dans le *Rapport ministériel sur le rendement* de Santé Canada concorde avec les états financiers ci-joints.

La direction possède un système de gestion financière et de contrôle interne conçu pour fournir une assurance raisonnable que l'information financière est fiable, que les actifs sont protégés et que les opérations sont conformes à la *Loi sur la gestion des finances publiques*, qu'elles sont exécutées en conformité avec les règlements, qu'elles respectent les autorisations du Parlement et qu'elles sont comptabilisées de manière à rendre compte de l'utilisation des fonds du gouvernement. La direction veille également à l'objectivité et à l'intégrité des données de ses états financiers par la sélection appropriée, la formation et le perfectionnement d'employés qualifiés, par une organisation assurant une séparation appropriée des responsabilités et par des programmes de communication visant à assurer la compréhension des règlements, des politiques, des normes et des responsabilités de gestion dans Santé Canada.

La gestion est supportée par le Comité ministériel de vérification qui s'assure que le sous-ministre ait un avis indépendant et objectif. Le Comité fournit des conseils et une assurance sur la pratique adéquate de la gestion des risques, des contrôles et de l'imputabilité. Présentement, le Comité est composé du sous-ministre (président) et de quatre membres externes au gouvernement, dont l'un d'entre eux est le vice-président.

Les états financiers de Santé Canada n'ont pas fait l'objet d'une vérification.

Suzanne Vinet
Sous-ministre, *par intérim*
Ottawa, Canada
Date : AUG 0 8 2008

Alfred Tsang
Contrôleur Ministériel
Direction générale du Contrôleur ministériel
Ottawa, Canada
Date : AUG 0 8 2008

État des résultats (non vérifié)

SANTÉ CANADA

Exercice terminé au 31 mars

(en milliers de dollars)

	2008						2007
Charges	Santé des Premières nations et des Inuits	Politique, planification et information en matière de santé	Produits de santé et aliments	Santé environnementale et sécurité des consommateurs	Règlement sur les produits antiparasitaires	**Total**	**Total**
Paiements de transfert	1 010 464	294 311	8 740	28 361	-	**1 341 876**	1 555 641
Salaires et avantages sociaux	283 713	52 061	252 171	192 180	53 844	**833 969**	805 186
Services publics, fournitures et approvisionnements	413 985	2 945	18 011	23 528	2 723	**461 192**	451 965
Services professionnels et spéciaux	314 381	11 154	44 785	62 495	9 033	**441 848**	430 972
Voyages - patients santé non-assurée	128 922	-	-	-	-	**128 922**	122 676
Installations	20 324	3 894	18 132	12 534	3 719	**58 603**	52 223
Achat de services de réparation et d'entretien	17 099	2 742	11 426	13 086	2 291	**46 644**	38 070
Voyage et réinstallation	24 715	2 547	6 620	9 629	1 078	**44 589**	37 137
Information	7 588	1 246	5 008	8 486	631	**22 959**	26 984
Communications	11 889	990	3 600	5 125	921	**22 525**	22 773
Amortissement	6 325	3	6 994	6 513	242	**20 077**	21 134
Mauvaises créances	5 895	213	704	743	141	**7 696**	623
Location	1 855	290	980	998	187	**4 310**	4 377
Autres	1 354	54	721	398	19	**2 546**	1 021 150
	2 248 509	372 450	377 892	364 076	74 829	**3 437 756**	**4 590 911**
Revenus							
Vente de biens et de services							
Services de réglementation	-	-	24 299	50	4 375	**28 724**	25 754
Droits et privilèges	-	-	18 918	48	3 646	**22 612**	21 308
Services autres que de réglementation	5 165	-	460	14 571	-	**20 196**	17 232
Locations et utilisation de biens publics	400	-	-	1	-	**401**	423
Revenus provenant d'amendes	-	-	-	3 238	-	**3 238**	2 348
Intérêts	-	-	486	164	-	**650**	1 273
Autres	498	150	3 606	2 423	1 245	**7 922**	8 017
	6 063	**150**	**47 769**	**20 495**	**9 266**	**83 743**	**76 355**
Coût de fonctionnement net	**2 242 446**	**372 300**	**330 123**	**343 581**	**65 563**	**3 354 013**	**4 514 556**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État de la situation financière (non vérifié)

SANTÉ CANADA

au 31 mars (en milliers de dollars)	**2008**	2007
Actifs		
Actifs financiers		
Débiteurs et avances (Note 4)	**33 739**	33 472
	33 739	33 472
Actifs non-financiers		
Charges payées d'avance	-	2.0
Immobilisations corporelles (Note 5)	**113 078**	108 116
	113 078	108 118
	146 817	141 590
Passifs et avoir du Canada		
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**430 715**	395 377
Indemnités de vacance et congés compensatoires	**39 787**	39 055
Revenus reportés	**3 980**	3 683
Indemnités de départ (Note 6)	**141 398**	134 294
Autres passifs (Note 7)	**478 801**	1 461 712
	1 094 681	2 034 121
Avoir du Canada	**(947 864)**	(1 892 531)
	146 817	141 590

Passif éventuel (Note 8)
Obligations Contractuelles (Note 9)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État de l'avoir du Canada (non vérifié)

SANTÉ CANADA

Exercice terminé au 31 mars (en milliers de dollars)	**2008**	2007
Avoir du Canada, début de l'exercice	**(1 892 531)**	(440 699)
Coût de fonctionnement net	**(3 354 013)**	(4 514 556)
Crédits de l'exercice en cours utilisés (Note 3)	**4 286 014**	2 997 550
Revenus non disponibles pour dépenser	**(15 844)**	(12 597)
Variation de la situation nette du Trésor (Note 3)	**(65 999)**	(14 173)
Services fournis gratuitement par d'autres ministères (Note 10)	**94 509**	91 944
Avoir du Canada, fin de l'exercice	**(947 864)**	(1 892 531)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État des flux de trésorerie (non vérifié)

SANTÉ CANADA

Exercice terminé au 31 mars (en milliers de dollars)	**2008**	2007
Activités de fonctionnement		
Coût de fonctionnement net	**3 354 013**	4 514 556
Éléments n'affectant pas l'encaisse :		
Amortissement des immobilisations corporelles (Note 5)	**(20 077)**	(21 134)
Gain (perte) sur disposition d'actifs immobilisés et non immobilisés	**9**	(31)
Services fournis gratuitement par d'autres ministères (Note 10)	**(94 509)**	(91 944)
Variations de l'état de la situation financière :		
Augmentation des débiteurs, avances, et charges payées d'avance	**265**	6 114
Diminution (augmentation) du passif	**939 440**	(1 456 238)
Encaisse utilisée par les activités de fonctionnement	**4 179 141**	2 951 323
Activités d'investissement en immobilisations		
Acquisitions d'immobilisations corporelles (Note 5)	**25 100**	19 542
Produit de l'aliénation d'actifs immobilisés	**(70)**	(85)
Encaisse utilisée par les activités d'investissement	**25 030**	19 457
Activités de financement		
Encaisse nette fournie par le gouvernement du Canada	**(4 204 171)**	(2 970 780)
Encaisse utilisée par les activités de financement	**(4 204 171)**	(2 970 780)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

1. Mandat et objectifs

Le ministère de la Santé a été établi à compter du 12 juillet 1996 en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé* afin de participer à la promotion et à la conservation de la santé de la population canadienne. Il est nommé dans l'annexe I de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et il rend des comptes par l'intermédiaire du ministre de la Santé. Les priorités et activités redditionnelles sont alignées avec les secteurs d'activités suivants :

Santé des Premières nations et des Inuits
L'activité de programme sur la santé des Premières nations et des Inuits a entre autres pour objectifs d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé, d'assurer la disponibilité des services de santé et l'accès à des services de qualité, ainsi que de favoriser un meilleur contrôle du système de santé par les Premières nations et les Inuits. Avec le concours des Premières nations et des Inuits, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits offre, par l'entremise de ses bureaux régionaux, des programmes de santé publique et de santé communautaire dans les réserves, y compris des services d'hygiène du milieu, de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, et de santé primaire dans les postes de soins infirmiers et les centres de santé communautaire de collectivités éloignées ou isolées, afin de compléter et d'appuyer les services offerts par les autorités sanitaires régionales, provinciales et territoriales. L'activité de programme sur la santé des Premières nations et des Inuits appuie également les programmes de promotion de la santé destinés aux Autochtones, peu importe leur lieu de résidence (p. ex. l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones), ainsi que les services de consultation, de toxicomanie et de bien–être mental. Dans le cadre des Services de santé non assurés, tout Indien inscrit ou Inuit reconnu au Canada, peu importe son lieu de résidence, peut obtenir le remboursement des frais encourus pour des médicaments, des soins dentaires, des soins de la vue, des fournitures médicales et de l'équipement médical, des services d'intervention à court terme en santé mentale en cas de crise et du transport pour raison médicale.

Politique, planification et information en matière de santé
L'activité de programme de la politique, planification et information en matière de santé fournit des conseils et du soutien au ministre, aux cadres supérieurs du Ministère et aux directions générales des programmes dans le domaine de l'élaboration de la politique, des affaires intergouvernementales et internationales, de la planification stratégique, de la prestation et de l'examen de programme et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Elle contribue aussi aux résultats de santé améliorés pour les Canadiens en encourageant une utilisation plus grande et plus efficace de l'information et des technologies des communications, en améliorant l'accès à une information fiable en matière de santé, en effectuant de la recherche en politique et en analyse en vue d'appuyer une prise de décision fondée sur des données probantes, en travaillant avec les communautés minoritaires de langue officielle et autres en vue d'améliorer l'accès aux services de santé dans la langue officielle de leur choix, et en tenant compte des attentes des Canadiens en matière de vie privée relativement à l'information sur la santé.

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

1. Mandat et objectifs (suite)

Produits de santé et des aliments
Santé Canada est responsable d'une large gamme d'activités de protection et de promotion de la santé qui ont des répercussions sur la vie quotidienne des Canadiens. À titre d'organisme fédéral chargé de la réglementation des produits de santé et des aliments, la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) évalue et surveille l'innocuité, la qualité et l'efficacité de milliers de médicaments (d'usage humain et vétérinaire), les vaccins, le sang et les produits sanguins, les produits biologiques et les thérapies génétiques, les instruments médicaux, les produits de santé naturels et la salubrité des aliments que nous consommons. La Direction générale fournit également des renseignements utiles sur les risques et les avantages liés aux produits de santé et aux aliments, de façon à permettre aux Canadiens de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien–être. Les responsabilités en matière de réglementation couvrent la totalité du cycle de vie des produits de santé et des aliments, depuis les essais cliniques jusqu'à la surveillance de la conformité et à l'application de la loi. La Direction générale doit également faire face aux défis que représentent les progrès rapides de la technologie et les percées scientifiques, qui ont suscité l'arrivée d'un nombre sans précédent de produits biologiques, de thérapies génétiques, de vaccins, d'aliments génétiquement modifiés et d'autres aliments nouveaux. Ces défis sont relevés en misant sur une démarche scientifique rigoureuse et une gestion efficace des risques afin d'asseoir nos décisions sur des données probantes. Ces disciplines font partie intégrante des opérations quotidiennes et, jumelées aux activités de promotion de la santé, elles permettent aux Canadiens d'avoir accès, en temps opportun, à des produits de santé et à des aliments salubres, efficaces et de qualité.

Santé environnementale et sécurité des consommateurs
Le mandat de Santé Canada, aux fins de cette activité de programme, consiste à se pencher sur de nombreux éléments de la vie quotidienne qui ont des effets sur la santé des Canadiens. Ces éléments comprennent la qualité de l'eau potable, la qualité de l'air, l'exposition aux rayonnements, la consommation et l'abus de substances (y compris d'alcool), la sécurité des produits de consommation, le tabac et la fumée secondaire, la santé en milieu de travail et les produits chimiques présents dans le milieu de travail et dans l'environnement. Nous participons aussi à d'autres activités liées à la santé et à la sécurité, y compris les initiatives de sécurité publique et d'antiterrorisme du gouvernement, d'inspection de la nourriture et de l'eau potable offertes aux voyageurs, et de la planification d'urgence en santé pour les dignitaires étrangers en visite. Notre mandat national élargi découle de plusieurs lois, dont la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* et la *Loi sur le tabac*. Ces résultats sont obtenus au moyen de partenariats et d'une présence active dans chaque région du pays.

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

1. Mandat et objectifs (suite)

Règlement sur les produits antiparasitaires
Santé Canada réglemente l'importation, la vente et l'utilisation des pesticides en vertu de la Loi sur les produits antiparasitaires (LPA) et ses règlements du gouvernement fédéral pour éviter des risques inacceptables pour les humains et l'environnement. La portée du travail s'étend à plus de 5 000 pesticides homologués, y compris les herbicides, les insecticides, les fongicides, les agents antimicrobiens, les produits chimiques pour les piscines, les agents microbiens, les agents de conservation des matériaux et du bois, les répulsifs pour animaux, les insectifuges et les dispositifs de lutte contre les rongeurs et les insectes. Dans le cadre des activités de ce programme, les responsabilités réglementaires continues représentent la plus grande part du travail et elles contribuent à l'atteinte des résultats stratégiques. Santé Canada utilise des méthodes et des protocoles reconnus à l'échelle internationale, pour procéder à des évaluations de la santé, de l'environnement et de la valeur fondées sur la science. Les pesticides obtiennent une homologation seulement si les risques pour la santé humaine et l'environnement sont jugés acceptables et si le produit est efficace. Santé Canada établit des limites maximales de résidus de pesticide pour les denrées alimentaires en vertu de la Loi sur les aliments et drogues. Les pesticides plus anciens sont réévalués afin de déterminer si leur utilisation continue d'être acceptable selon des méthodes scientifiques courantes. Par ailleurs, Santé Canada facilite, encourage et veille du mieux possible à ce que la LPA et les conditions d'homologation soient respectées. Santé Canada élabore également des pratiques et des produits de lutte antiparasitaire durable de concert avec les intervenants et en fait la promotion.

Le ministère est chargé de l'administration et de l'application des statuts et règlements suivants, dont le ministre de la Santé répond et demeure imputable devant le Parlement au nom du ministère : *Loi canadienne sur la santé, Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Loi canadienne sur la protection de l'environnement, Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada, Loi réglementant certaines drogues et autre substances, Loi sur le ministère de la santé, Loi sur la gestion des finances publiques, Loi sur la condition physique et le sport amateur, Loi sur les aliments et drogues, Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, Loi sur les matières dangereuses, Loi sur les brevets, Loi sur les produits antiparasitaires, Loi sur l'indemnisation pour dommages causés par les pesticides, Loi sur la quarantaine, Loi sur le Fonds canadien de recherche de la reine Élizabeth II, Loi sur les dispositifs émettant des radiations, Loi sur le tabac, Loi sur les sanctions administratives pécuniaires en matière d'agriculture et d'agroalimentaire et Loi sur la reproduction humaine assistée.*

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

2. Sommaire des principales conventions comptables

Les états financiers ont été préparés conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public.

Les principales conventions comptables sont les suivantes :

(a) Crédits parlementaires

Le ministère de la Santé est financé par le gouvernement du Canada au moyen de crédits parlementaires. Les crédits consentis au ministère ne correspondent pas à la présentation des rapports financiers en conformité avec les principes comptables généralement reconnus étant donné que les crédits sont fondés, dans une large mesure, sur les besoins de trésorerie. Par conséquent, les postes comptabilisés dans l'état des résultats et dans l'état de la situation financière ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui sont prévus par les crédits parlementaires. La note 3 présente un rapprochement général entre les deux méthodes de rapports financiers.

(b) Encaisse nette fournie par le gouvernement

Le ministère fonctionne au moyen du Trésor, qui est administré par le receveur général du Canada. La totalité de l'encaisse reçue par le ministère est déposée au Trésor, et tous les décaissements faits par le ministère sont prélevés sur le Trésor. L'encaisse nette fournie par le gouvernement est la différence entre toutes les rentrées de fonds et toutes les sorties de fonds, y compris les opérations entre les ministères au sein du gouvernement fédéral.

(c) Variation de la situation nette du Trésor

La variation de la situation nette du Trésor correspond à la différence entre l'encaisse nette fournie par le gouvernement et les crédits utilisés au cours d'un exercice, à l'exclusion du montant des revenus non disponibles comptabilisés par le ministère. Il découle d'écarts temporaires entre le moment où une opération touche un crédit et le moment où elle est traitée par le Trésor.

(d) Revenus

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

Les revenus encaissés mais non gagnés sont présentés à titre de revenus différés.

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

2. Sommaire des principales conventions comptables (suite)

(e) Charges
Les charges sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice :

- Les subventions sont comptabilisées dans l'exercice au cours duquel les critères de paiement sont satisfaits. En ce qui concerne les subventions ne faisant pas partie d'un programme existant, la charge est constatée lorsque le gouvernement annonce la décision de verser un transfert ponctuel, dans la mesure où le Parlement a approuvé la loi habilitante ou l'autorisation des paiements avant que les états financiers ne soient achevés.
- Les contributions sont comptabilisées dans l'exercice au cours duquel le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité ou a rempli les conditions de l'accord de transfert.
- Les indemnités de vacances et de congés compensatoires sont passées en charges au fur et à mesure que les employés en acquièrent le droit en vertu de leurs conditions d'emploi respectives.
- Les services fournis gratuitement par d'autres ministères pour les locaux, les cotisations de l'employeur aux régimes de soins de santé et de soins dentaires, les services juridiques et la couverture pour l'indemnisation des accidentés du travail sont comptabilisés à titre de charges de fonctionnement à leur coût estimatif.

(f) Débiteurs
Les débiteurs sont comptabilisés en fonction des montants qui sont prévus être réalisés. Une provision est créée pour les débiteurs dont le recouvrement est jugé incertain.

(g) Avantages sociaux futurs

i) Prestations de retraite : Les employés admissibles participent au Régime de retraite de la fonction publique, un régime multi-employeurs administré par le gouvernement du Canada. Les cotisations du ministère au régime sont passées en charges dans l'exercice au cours duquel elles sont engagées et elles représentent l'obligation totale du ministère découlant du régime. En vertu des dispositions législatives en vigueur, le ministère n'est pas tenu de verser des cotisations au titre de l'insuffisance actuarielle du régime.

ii) Indemnités de départ : Les employés ont droit à des indemnités de départ, prévues dans leurs conventions collectives ou les conditions d'emploi. Le coût de ces indemnités s'accumule à mesure que les employés effectuent les services nécessaires pour les gagner. Le coût des avantages sociaux gagnés par les employés est calculé à l'aide de l'information provenant des résultats du passif déterminé sur une base actuarielle pour les prestations de départ pour l'ensemble du gouvernement.

(h) Passif éventuel
Le passif éventuel représente des obligations possibles qui peuvent devenir des obligations réelles selon que certains événements futurs se produisent ou non. Dans la mesure où l'événement futur risque de se produire ou non et si l'on peut établir une estimation raisonnable de la perte, on comptabilise un passif estimatif et une charge. Si la probabilité ne peut être déterminée ou s'il est impossible de faire une estimation raisonnable du montant, l'éventualité est présentée dans les notes complémentaires aux états financiers.

(i) Passifs environnementaux
Les passifs environnementaux reflètent les coûts estimatifs liés à la gestion et à la remise en état des sites contaminés. À partir des meilleures estimations de la direction, on comptabilise un passif et une charge lorsque la contamination se produit ou lorsque le ministère est mis au courant de la contamination et est obligé ou probablement obligé d'assumer ces coûts. S'il n'est pas possible de déterminer la probabilité de l'obligation du ministère d'assumer ces coûts ou s'il est impossible de faire une estimation raisonnable du montant, les coûts sont présentés à titre de passif éventuel dans les notes complémentaires aux états financiers.

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

2. Sommaire des principales conventions comptables (suite)

(j) Immobilisations corporelles

Toutes les immobilisations corporelles et les améliorations locatives dont le coût initial est d'au moins 10 000 $ sont comptabilisées à leur coût d'achat. Santé Canada n'inscrit pas à l'actif les biens incorporels, les œuvres d'art et les trésors historiques ayant une valeur culturelle, esthétique ou historique, les biens immeubles situés sur des réserves indiennes et les collections dans les musées.

Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode linéaire sur la durée de vie utile estimative de l'immobilisation, comme suit :

Catégorie d'immobilisations	Sous-catégorie	Période d'amortissement
Immeubles	Immeubles	25 ans
Améliorations locatives	Améliorations locatives	Terme du bail, max. 40 ans
Machinerie et équipements	Machinerie et équipements	8-12 ans
	Équipements informatiques	3-5 ans
	Logiciels informatiques	3 ans
	Autres équipements	10-12 ans
Véhicules	Véhicules automobiles	4-7 ans
	Autres véhicules	10 ans

(k) Dépenses payées d'avance

Les dépenses payées d'avance incluent des charges payées d'avance et des paiements de transfert payés d'avance. Les paiements de transfert payés d'avance correspondent aux avances de contribution faites aux bénéficiaires en date du 31 mars pour lesquelles il a été établi que les déboursés seront encourus par les bénéficiaires pendant l'exercice suivant et pour lesquelles des montants peuvent être déterminés à partir de l'information disponible.

(l) Incertitude relative à la mesure

La préparation de ces états financiers conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor du Canada, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public, exige de la direction qu'elle fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs, des passifs, des revenus et des charges présentés dans les états financiers. Au moment de la préparation des présents états financiers, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Les principaux éléments pour lesquels des estimations sont faites sont le passif éventuel, les passifs environnementaux, le passif pour les indemnités de départ et la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations de manière significative. Les estimations de la direction sont examinées périodiquement et, à mesure que les rajustements deviennent nécessaires, ils sont constatés dans les états financiers de l'exercice où ils sont connus.

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

3. Crédits parlementaires

Santé Canada reçoit la plus grande partie de son financement au moyen de crédits parlementaires annuels. Les éléments comptabilisés dans l'état des résultats et l'état de la situation financière d'un exercice peuvent être financés au moyen de crédits parlementaires qui ont été autorisés dans des exercices précédents, pendant l'exercice en cours ou qui le seront dans des exercices futurs. En conséquence, le coût de fonctionnement net du ministère diffère selon qu'il est présenté en vertu du financement octroyé par le gouvernement ou selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Les différences sont rapprochées dans les tableaux suivants :

(a) Rapprochement du coût de fonctionnement net et des crédits parlementaires de l'exercice en cours :

(en milliers de dollars)	2008	2007
Coût de fonctionnement net	**3 354 013**	4 514 556
Rajustements pour les postes ayant une incidence sur le coût de fonctionnement net, mais qui n'ont pas d'incidence sur les crédits :		
Ajouter (déduire) :		
Services fournis gratuitement par d'autres ministères	**(94 509)**	(91 944)
Amortissement	**(20 077)**	(21 134)
Indemnités de départ	**(7 104)**	(11 961)
Recouvrements/rajustements de dépenses d'exercices antérieurs	**34 864**	40 390
Revenus non disponibles pour dépenser	**15 844**	12 597
Services légaux de Justice Canada	**0**	(11 785)
Indemnités de vacances et congés compensatoires	**(731)**	(1 918)
Provision pour mauvaises créances	**(7 696)**	(623)
Autres augmentation du passif (voir Note 7)	**986 302**	(1 450 202)
	4 260 906	2 977 976
Rajustements pour les postes sans incidence sur le coût de fonctionnement net, mais ayant une incidence sur les crédits :		
Ajouter (déduire) :		
Acquisition d'immobilisations corporelles	**25 100**	19 542
Fluctuation nette aux avances comptables	**8**	32
Crédits de l'exercice en cours utilisés	**4 286 014**	2 997 550

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

3. Crédits parlementaires (suite)

(b) Crédits fournis et utilisés :

(en milliers de dollars)	2008	2007
Dépenses de fonctionnement - Crédit 1	**1 880 453**	1 805 445
Subventions et contributions - Crédit 5	**1 315 305**	1 178 285
Montants législatifs	**1 205 147**	106 333
	4,400,905	3,090,063
Moins:		
Crédits disponibles pour emploi dans les exercices ultérieurs	**(281)**	(235)
Crédits annulés	**(114 610)**	(92 278)
Crédits de l'exercice en cours utilisés	**4 286 014**	2 997 550

(c) Rapprochement de l'encaisse nette fournie par le gouvernement et des crédits de l'exercice en cours utilisés

(en milliers de dollars)	2008	2007
Encaisse nette fournie par le gouvernement	**4 204 171**	2 970 780
Revenus non disponibles pour dépenser	**15 844**	12 597
	4,220,015	2,983,377
Variation de la situation nette du Trésor		
Recouvrements/rajustements de dépenses d'exercices antérieurs	**34 864**	40 390
Services juridiques - Justice Canada	**-**	(11 785)
Variation des débiteurs et avances	**(267)**	(6 112)
Variation des créditeurs et charges à payer	**35 338**	(7 341)
Autres	**(3 936)**	(979)
	65 999	14 173
Crédits de l'exercice en cours utilisés	**4 286 014**	2 997 550

4. Débiteurs et avances

Santé Canada comptabilise des débiteurs à l'égard de trois principales sources. Au 31 mars, les sommes à recevoir pour chacune de ces catégories se présentent comme suit :

(en milliers de dollars)	2008	2007
Débiteurs de l'extérieur	**34 432**	21 623
Débiteurs des autres ministères et organismes fédéraux	**8 021**	13 992
Avances aux employés	**112**	106
Débiteurs bruts	**42 565**	35 721
Moins: Provision pour créances douteuses sur les débiteurs de l'extéreur	**(8 826)**	(2 249)
Débiteurs et avances nets	**33 739**	33 472

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

5. Immobilisations corporelles

Immobilisations (en milliers de dollars)	Solde d'ouverture	Acquisitions	Aliénations et radiations	Solde de clôture
Terrains	1 181	-	-	**1 181**
Bâtiments	127 759	937	-	**128 696**
Améliorations locatives	19 273	47	-	**19 320**
Machinerie et équipements	170 538	21 112	(341)	**191 309**
Véhicules automobiles	21 137	3 004	(850)	**23 291**
	339 888	25 100	(1 191)	**363 797**

Amortissement cumulé (en milliers de dollars)	Solde d'ouverture	Amortissement	Aliénations et radiations	Solde de clôture
Bâtiments	81 712	4 960	-	**86 672**
Améliorations locatives	17 329	1 574	-	**18 903**
Machinerie et équipements	119 351	11 620	(341)	**130 630**
Véhicules automobiles	13 380	1 923	(789)	**14 514**
	231 772	20 077	(1 130)	**250 719**

Valeur comptable nette d'immobilisations (en milliers de dollars)	Solde d'ouverture	Solde de clôture
Terrains	1 181	**1 181**
Bâtiments	46 047	**42 024**
Améliorations locatives	1 944	**417**
Machinerie et équipements	51 187	**60 679**
Véhicules automobiles	7 757	**8 777**
Valeur comptable nette	108 116	**113 078**

La charge d'amortissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 s'élève à 20 077 $ (2007 - 21 134 $).

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

6. Avantages sociaux

(a) Prestations de retraite

Les employés du ministère participent au Régime de retraite de la fonction publique, qui est parrainé et administré par le gouvernement du Canada. Les prestations de retraite s'accumulent sur une période maximale de 35 ans au taux de 2 % par année de services validables multiplié par la moyenne des gains des cinq meilleures années consécutives. Les prestations sont intégrées aux prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec et sont indexées à l'inflation.

Tant les employés que le ministère versent des cotisations couvrant le coût du régime. Les charges pour l'exercice courant et pour l'exercice précédent, soit environ 2.1 fois (2.2 en 2007) les cotisations des employés, correspondent à :

(en milliers de dollars)	**2008**	2007
Charges pour l'exercice	**81 684**	77 728

La responsabilité du ministère relative au régime de retraite se limite aux cotisations versées. Les excédents ou les déficits actuariels sont constatés dans les états financiers du gouvernement du Canada, en sa qualité de répondant du régime.

(b) Indemnités de départ

Le ministère verse des indemnités de départ aux employés en fonction de l'admissibilité, des années de service et du salaire final. Ces indemnités ne sont pas capitalisées d'avance. Les prestations seront prélevées sur les crédits futurs. Les indemnités de départ au 31 mars sont les suivantes :

(en milliers de dollars)	**2008**	2007
Obligation au titre des prestations constituées, début de l'exercice	**134 294**	122 332
Charge pour l'exercice	**15 016**	18 296
Prestations versées pendant l'exercice	**(7 912)**	(6 334)
Obligation au titre des prestations constituées, fin de l'exercice	**141 398**	134 294

7. Autres passifs

Les autres passifs incluent des provisions en relation à deux subventions législatives totalisant 471 millions de dollars tel qu'annoncé dans le budget 2008 (*Projet de loi C-50*: 110 $ million à la Commission de la santé mentale du Canada) et budget 2007; (*Projet de loi C-52*: 361 million de dollars non versés à Inforoute santé du Canada pour supporter le développement de registres de santé). En 2007, autres passifs incluent des provisions et des éventualités dont près de 1.023 milliard de dollars en relation à des litiges concernant l'hépatite C et deux subventions législatives totalisant 430 millions de dollars tel qu'annoncé dans le budget 2007; (*Projet de loi C-52*: 400 $ million à Inforoute Santé du Canada pour supporter le développement de registres de santé électroniques ainsi que 30 $ million à la "Rick Hansen Foundation for the Spinal Cord Injury Transitional Research Network" pour la recherche sur les lésions médullaires).

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

8. Passifs éventuels

(a) Sites contaminés

On comptabilise les éléments de passif afin d'inscrire les coûts estimatifs liés à la gestion et à la remise en état des sites contaminés lorsque le ministère est obligé ou probablement obligé d'assumer ces coûts. Santé Canada a identifié des sites où des mesures sont possibles et pour lesquels un passif a été constaté.

	2008	2007
Nombre approximatif de sites contaminés pour lesquels un passif a été constaté	**14**	18

(en milliers de dollars)		
Passif constaté pour sites contaminés	**2 304**	3 197

Les efforts déployés par Santé Canada pour évaluer les sites contaminés peuvent entraîner des passifs environnementaux additionnels ayant trait aux sites récemment établis ou aux modifications apportées aux évaluations ou à l'utilisation prévue des sites existants. Ces éléments de passif seront comptabilisés dans l'exercice où ils seront connus.

(b) Réclamations et litiges

Dans le cours normal de ses activités, Santé Canada est visé par diverses actions en justice. Il y a un certain nombre de réclamations pour lesquelles une évaluation raisonnable du passif éventuel ne peut être déterminées présentement. Certains passifs éventuels peuvent devenir des obligations réelles, selon que certains événements se réaliseront ou non. Dans la mesure où l'événement futur risque fort de se produire ou de ne pas se produire, et que l'on peut établir une estimation raisonnable de la perte, un passif estimatif est constaté et une charge comptabilisée dans les états financiers du ministère.

9. Obligations contractuelles

La nature des activités de Santé Canada crée des contrats et des obligations sur plusieurs années pendant lesquelles le ministère s'engage à faire certains paiements futurs. Voici les principales obligations contractuelles pour lesquelles une estimation raisonnable peut être faite :

(en milliers de dollars)	**Paiements de transfert**	**Services de santé non assurés**	**Total**
2008-09	243 000	33 000	276 000
2009-10	235 000	26 000	261 000
2010-11	203 000	19 000	222 000
2011-12	193 000	19 000	212 000
2012-13 et par la suite	97 000	61 000	158 000
Total	971 000	158 000	1 129 000

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

10. Opérations entre apparentés

En vertu du principe de propriété commune, le ministère est apparenté à tous les ministères, organismes et sociétés d'État du gouvernement du Canada. Le ministère conclut des opérations avec ces entités dans le cours normal de ses activités et selon des modalités commerciales normales. De plus, au cours de l'exercice, le ministère reçoit gratuitement des services d'autres ministères, comme il est indiqué à la partie (a).

(a) Services fournis gratuitement par d'autres ministères:

Au cours de l'exercice, le ministère reçoit gratuitement des services d'autres ministères (installations, frais juridiques, couverture pour l'indemnisation des accidentés du travail et cotisations de l'employeur au régime de soins de santé et au régime de soins dentaires). Ces services gratuits ont été constatés comme suit dans l'état des résultats du ministère :

(en milliers de dollars)	**2008**	2007
Installations	**41 238**	34 914
Cotisations de l'employeur au régime de soins de santé et au régime de soins dentaires	**46 825**	50 980
Couverture pour l'indemnisation des accidentés du travail	**646**	711
Services juridiques	**5 800**	5 339
	94 509	91 944

Le gouvernement a structuré certaines de ses activités administratives de manière à optimiser l'efficience et l'efficacité de sorte qu'un seul ministère mène sans frais certaines activités au nom de tous. Le coût de ces services, qui comprennent les services de paye et d'émission des chèques offerts par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada ne sont pas inclus à titre de charge dans l'état des résultats du ministère.

(b) Soldes des créditeurs et débiteurs à la fin de l'exercice entre apparentés :

(en milliers de dollars)	**2008**	2007
Créditeurs - Autres ministères et organismes	**24 371**	18 941

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiées)

SANTÉ CANADA

11. Chiffres correspondants

Les chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de les rendre conformes à la présentation adoptée pour l'exercice en cours.

Section IV

Autres sujets d'intérêt

Opérations régionales de Santé Canada, un aperçu

Les sept bureaux régionaux de Santé Canada (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba et Saskatchewan, Ontario, Québec, Atlantique et Région du Nord) représentent le Ministère aux yeux des Canadiens et jouent le rôle de fournisseurs de programmes, de services et d'informations de même que de gardiens et d'organismes de réglementation.

Les Régions ont mené des activités d'extension des services et de mobilisation des partenaires et des intervenants, entre autres les ministères des gouvernements provinciaux et territoriaux, les autorités régionales en santé, les services de santé, les établissements de recherche et d'enseignement, les organisations non gouvernementales et les organismes dirigeants des Premières nations et des Inuits.

Les sources de renseignements et l'expertise sur les politiques des Régions permettent au Ministère de satisfaire aux divers besoins des Canadiens dans les domaines de la santé des Premières nations et des Inuits, des activités d'inspection et de surveillance, des drogues et des substances contrôlées, des pesticides et des produits alimentaires et de santé.

Les bureaux régionaux de Santé Canada ont collaboré avec les partenaires internes et externes pour mener des activités qui soutiennent et permettent une exécution plus efficace des programmes.

La **Région de l'Atlantique** a collaboré avec les Premières nations Mushuau et Sheshatshiu, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, Affaires indiennes et du Nord Canada et la Table de négociation principale des Innus afin d'étudier les effets immédiats sur la santé des membres des deux communautés de leur déménagement de Davis Inlet à Natuashish d'évaluer leur état de santé et leurs préoccupations pour les inclure dans le plan de santé communautaire de Sheshatshiu. Ces activités ont mené à l'élaboration de plans de travail pour appuyer les deux communautés innues à concevoir un système de santé dont elles seront responsables.

Suite à l'adoption de la nouvelle Ligne directrice nationale sur la concentration moyenne de radon, la **Région du Québec** a entrepris la mise en œuvre d'un programme de sensibilisation. Trois ateliers d'information destinés à l'industrie du bâtiment ont été organisés et ont permis de rassembler 140 professionnels appelés soit à évaluer la teneur en radon ou à appliquer des mesures d'atténuation. Un séminaire de deux jours sur la gestion des risques environnementaux et sur la santé liés à l'exposition au radon de la population québécoise a également été offert à plus de 50 professionnels de la santé, afin de leur fournir les habiletés dans leurs interventions auprès de la population.

La **Région de l'Ontario** a appuyé le Réseau de santé publique des Grands Lacs (RSPGL), dans le cadre d'un engagement conjoint en vertu de l'Accord Canada-Ontario de 2002 concernant l'écosystème du bassin des Grands Lacs (ACO), qui facilite le partage de données scientifiques sur la santé environnementale parmi les agouvernements fédéral, provinciaux et municipaux afin de satisfaire aux besoins des Services de santé publique de l'Ontario (SSP) et de leurs médecins hygiénistes. Les membres du Réseau, qui est géré par le Programme de la sécurité des milieux

De la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, ont organisé quatre téléconférences pour discuter des effets sur la santé humaine de facteurs environnementaux (p.ex. changements climatiques; fumée de bois; pesticides et radon), deux réunions du comité directeur et un atelier sur la communication des risques pour les travailleurs de la santé environnementale de première ligne. Le Réseau est une initiative locale unique qui appuie le rétablissement et la protection de l'écosystème du bassin des Grands Lacs.

La **Région du Manitoba et de la Saskatchewan** a établi une collaboration entre les ministères fédéraux pour la planification de la lutte contre la pandémie d'influenza. De cette façon, la Région a fait progresser l'état de préparation du Conseil fédéral du Manitoba et du Conseil fédéral du Saskatchewan pour faire en sorte que le gouvernement du Canada soit davantage en mesure de traiter des enjeux transversaux liés à la gestion d'une pandémie et des urgences.

Pour aborder les préoccupations environnementales et de santé soulevées par la croissance rapide de l'industrie des sables bitumineux, la Région de l'Alberta a rassemblé des experts régionaux et nationaux de toutes les directions générales de Santé Canada pour former le Groupe de travail sur les sables bitumineux. Le Groupe de travail a reconnu la nécessité de l'adoption d'une approche plus cohérente dans tout le portefeuille de la Santé et au sein du gouvernement fédéral en général.

La **Région de la Colombie-Britannique** a facilité la ratification du plan tripartite sur la santé des Premières nations au Canada entre Santé Canada, le gouvernement de la Colombie-Britannique et le British Columbia First Nations Leadership Council. Le plan prévoit un cadre de collaboration pour combler les lacunes en santé entre les peuples des Premières nations et les autres habitants de la Colombie-Britannique et pour faire en sorte que les Premières nations participent pleinement à la prise de décisions relatives à leur santé.

La **Région du Nord** a collaboré avec les gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest afin d'instaurer de nouveaux accords de financement pour des programmes de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits qui visent à réduire le fardeau administratif et à fournir une souplesse maximale des ressources. Par des initiatives comme le Fonds pour l'adaptation des services de santé et l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, la Région du Nord a octroyé des fonds à des organismes territoriaux représentant les Premières nations et les Inuits pour les aider à financer leurs capacités et leur permettre de participer pleinement à ces initiatives.

Faire avancer le programme des sciences

Santé Canada s'appuie sur une application rigoureuse de la recherche scientifique pour respecter les volets relatifs à la réglementation et aux politiques de son mandat. Le Ministère a consacré environ 349 millions de dollars aux sciences et à la technologie (S et T), à savoir 61 millions de dollars pour la recherche et le développement (R et D) et 288 millions de dollars à des activités scientifiques connexes (ASC).

En raison de la portée de ses responsabilités quant aux activités scientifiques connexes ainsi que la recherche et le développement, le Ministère compte sur des scientifiques appartenant à divers domaines, notamment les sciences naturelles et de la vie et les sciences sociales. Ils assument les fonctions essentielles suivantes : mener des recherches scientifiques et sur des politiques de pointe; fournir des connaissances à la population canadienne, aux travailleurs et intervenants de la santé pour leur permettre de prendre des décisions éclairées quant à la protection de leur santé et de leur environnement; surveiller les menaces pour la santé et effectuer des recherches sur ces dernières ainsi que promouvoir une prise de décisions et des politiques solides pour aider à réduire les risques pour la santé.

Santé Canada a renforcé ses activités scientifiques dans trois secteurs, à savoir les conseils, la gestion et la promotion.

Conseils scientifiques - Promouvoir l'utilisation efficace de la science dans la prise de décisions

Trois comités fournissent des conseils scientifiques indépendants.

Le Conseil consultatif des sciences (CCS) fournit des conseils d'expert multidisciplinaires et stratégies à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur les activités scientifiques menées et les données scientifiques utilisées par les deux organismes dans leur prise de décisions fondées sur des données probantes.

Le Comité d'éthique de la recherche (CER) de Santé Canada est composé d'un groupe d'experts indépendants qui font en sorte que la recherche du Ministère avec des humains satisfait aux normes éthiques les plus rigoureuses. Les membres du CER se sont réunis 10 fois et ont examiné 211 protocoles de recherche.

Le Comité canadien de l'intégrité de la recherche (CCIR) a commandé une étude spécialisée portant sur les politiques sur l'intégrité dans la recherche au Canada et dans la communauté internationale et sur la prévalence des cas d'inconduite en recherche au Canada. La haute direction de Santé Canada a approuvé l'élaboration d'un cadre sur les politiques en matière d'intégrité scientifique au sein du Ministère.

Gestion de la science - Renforcer les capacités et la qualité en science

Les comités du Ministère des activités scientifiques contribuent à une gestion efficace des enjeux en fournissant régulièrement des occasions aux directions générales de s'informer et de se consulter mutuellement afin d'élaborer des approches harmonisées relatives aux fonctions scientifiques clés. Par un examen coordonné des travaux menés par le Groupe d'experts indépendant sur le transfert de la gestion des laboratoires fédéraux à vocation non réglementaire, Santé Canada a relevé d'importants critères permettant de gérer autrement son infrastructure de laboratoire.

Santé Canada a collaboré avec des partenaires et des intervenants sur une Stratégie des sciences et de la technologie (S et T) en vue d'augmenter la contribution de la science dans l'atteinte des priorités et le respect du mandat du Ministère et de renforcer les liens entre la science et les politiques.

Santé Canada utilise ses liens interministériels quant à la politique horizontale de S et T afin d'influer sur les initiatives mises en œuvre à l'échelle du gouvernement, comme la Stratégie des S et T et la Stratégie pour le Nord, qui ont été énoncées dans le discours du Trône de 2007, et de profiter de ces dernières. Les sciences et technologies de la santé et de la vie sont des thèmes prioritaires dans la Stratégie des S et T. Le Ministère a fait de la santé un point d'intérêt dans les discussions sur la Stratégie pour le Nord et, en collaboration avec ses partenaires du portefeuille de la Santé (Instituts de recherche en santé du Canada et l'ASPC), a fait en sorte que la recherche, la surveillance et l'analyse scientifiques jouent un rôle prépondérant dans la garantie de l'amélioration de la santé dans le Nord.

Il est essentiel de favoriser l'établissement de liens avec des partenaires et des intervenants externes pour avoir accès à des données scientifiques et améliorer la capacité scientifique du Ministère. D'importants organismes scientifiques et de recherche du fédéral ont exprimé leur intérêt pour une collaboration accrue sur des initiatives de recherche stratégiques, de surveillance et d'accès aux établissements de S et T.

Santé Canada a élaboré et mis en œuvre une *Politique de Santé Canada sur l'approbation et la gestion des nominations à des postes de professeur auxiliaire* en vue d'assurer une approche cohérente de l'examen et de l'approbation de toutes les affiliations avec des universités, y compris les professeurs auxiliaires, de ses employés professionnels. Santé Canada a également participé au programme interministériel des Scientifiques aux postes de commande. Ces gestionnaires scientifiques reçoivent une formation spécialisée en gestion et obtiennent une vaste expérience afin d'assurer un soutien scientifique de la plus haute qualité pour la prise de décisions du Ministère.

Pour renforcer la capacité en recherche, 10 bourses postdoctorales supplémentaires ont été remises dans le cadre du Programme de bourses postdoctorales (PBP) et le Ministère a continué de gérer le Programme des bourses de recherche scientifique du CRSNG. Ces programmes d'études postdoctorales apportent de nouvelles idées et des données scientifiques de pointe au Ministère, fournissent aux boursiers un aperçu des besoins et des activités de Santé Canada et permettent de relever de nouveaux employés potentiels.

Santé Canada a tenu des ateliers sur les enjeux de propriété intellectuelle à l'intention des scientifiques et des gestionnaires afin de les sensibiliser davantage à la gestion des inventions et des brevets au sein du Ministère pour que la recherche du Ministère profite à tous les Canadiens.

Promotion de la science - Faire connaître les activités scientifiques menées à Santé Canada

Le Forum scientifique annuel de Santé Canada, qui s'est tenu à Ottawa en octobre 2007, était axé sur le thème « Intégrer la science, la réglementation et l'élaboration de politiques pour améliorer la santé des Canadiens » et les sous-thèmes suivants : 1) Sciences et technologies émergentes; 2) Interactions entre la santé et l'environnement et 3) Transfert et applications des connaissances. Cet événement a permis de mieux faire connaître les excellentes activités scientifiques et de recherche menées au Ministère et de faciliter la collaboration et le partage d'informations entre les chercheurs et les décisionnaires de Santé Canada et leurs homologues de partout au Canada.

Section V

Autre Information

Coordonnées des bureaux régionaux du Ministère

Région du Nord
60, rue Queen, Suite 1400
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Enquêtes générales: 1-866-509-1769
Enquêtes des services de santé non assurés : 1-888-332-9222
Télécopieur: 613-954-9953 ou 1-800-949-2718

Région de l'Atlantique
1505, rue Barrington, Suite 1917
Halifax, Nouvelle-Écosse
B3J 3Y6
Téléphone : 902-426-2038
Télécopieur : 902-426-3768

Région du Manitoba et de la Saskatchewan
391, avenue York, Suite 450
Indice postal B200
Winnipeg, Manitoba
R3C 4W1
Téléphone : 204-983-2508
Télécopieur : 204-983-3972

Région du Québec
Complexe Guy-Favreau
Tour Est, Suite 200
200 boul. René-Lévesque Ouest
Montréal, Québec
H2Z 1X4
Téléphone : 514-283-5186
Télécopieur : 514-283-1364

Région de l'Alberta
Place Canada, Suite 730
9700, avenue Jasper
Edmonton, Alberta
T5J 4C3
Téléphone : 780-495-6815
Télécopieur : 780-495-5551

Région de l'Ontario
180, rue Queen Ouest,
Toronto, Ontario
M5V 3L7
Téléphone : 416-973-4389
Sans frais : 1-866-999-7612
Télécopieur : 416-973-1423

Région de la Colombie-Britannique et de la Yukon
757, rue West Hastings, Pièce 235
Vancouver, Colombie-Britannique
V6C 1A1
Téléphone : 604-666-2083
Télécopieur : 604-666-2258

Région de la Capitale Nationale
0900C2, Étage podium
Immeuble Brooke-Claxton
70, promenade Columbine
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Téléphone : 613-957-2991
Télécopieur : 613-941-5366

Index

Alcool….....15, 50, 60, 69, 70, 84, 87
Aliment……...10, 11, 13, 15, 19, 20, 37, 39, 44, 45, 46, 47, 49,
.....…… 50, 51, 52, 53, 54, 56, 60, 62, 64, 65, 66, 67, 74, 84, 95, 97, 99

Agence canadienne d'inspection des aliments.....19, 74
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.....34, 99
Agence de la santé publique du Canada 10, 39, 64, 123
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 74
Asssurance-médicaments onéreux…….42

Autochtones 17, 21, 52, 53,58, 60, 70, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 90. 96,99, 100, 122
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale……..... 83
Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones 82, 122
Initiative pour les ressources humaines en santé autochtone ……...122
Prévention du suicide chez les jeunes Autochtones.....83
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 83, 87
Programme de pensionnats indiens.....79, 84, 87, 96, 99
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et
des drogues chez les Autochtones……...84, 87
Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes……87
Santé de la mère et de l'enfant……22, 83, 87
Services de santé non assurés…….. 12, 17, 22, 80, 89, 99

Biotechnologie 53, 65
Bisphénol A 14, 16, 21, 54,63
Blessures 17, 22, 33, 37, 65, 80, 86, 87

Cannabis….....69
Changements climatiques 61, 64, 122
Chirurgie 10, 30
Commission d'examen du prix des médicaments brevetés 10, 35
Commission de la santé mentale du Canada.....15, 19, 20, 27, 29, 33
Communautés éloignées……...79, 89
Conseil canadien de la santé 30
Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses 10
Consommation abusive 13, 50
Couverture des médicaments onéreux 34
Cybersanté……32, 90

Dossier de santé électroniques.....27, 32

Eau …. 17, 22, 59, 60, 61, 64, 67, 68, 74, 85, 86, 88
Encéphalopathie spongiforme bovine (ESB)…….....46, 56
Enfants……..14, 37, 53, 59, 65, 66, 80, 81, 82, 83, 86, 87
Essais cliniques……...16, 37, 38, 49, 55
Éthique…….. .....15, 37, 38, 123

Femmes……..…78, 82, 87

Garanties sur les délais d'attente pour les patients…….……....14, 18, 27, 28, 29, 30
générique.....15, 37, 44, 47, 76
génétique.....37, 38
Guide alimentaire canadien.....15, 20, 45, 46, 51, 52, 84

Imagerie diagnostique.....18, 30
Inforoute Santé du Canada.....10, 27, 28, 32, 96, 98
Institut canadien d'information sur la santé …….……..…20, 41, 42, 96
Institut canadien pour la sécurité des patients 31, 99
Instituts de recherché en santé du Canada 10, 30, 124

Jeunes……....16, 17, 21, 58, 60, 69, 70, 71, 78, 80, 82, 83, 86, 87

Laboratoire…. 30, 37, 50, 60, 69, 70, 80, 124

Lois

Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999).....54, 61, 62, 108
Loi canadienne sur la santé … 10, 11, 28, 41, 106
Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation…….. 16, 20, 39, 64
Loi fédérale sur la responsabilité……...23
Loi réglementant certaines drogues et autres substances……....10, 60, 108
Loi sur la gestion des finances publiques……101, 106
Loi sur la modernisation de la fonction publique…… 23
Loi sur la procréation assistée…..…. 36
Loi sur le ministère de la Santé…….....106
Loi sur le tabac……...71, 107
Loi sur les aliments et drogues…..7, 10, 20, 37, 39, 47, 49, 54, 62, 64, 66, 74, 107
Loi sur les dispositifs émettant des radiations……..64, 65, 107
Loi sur les frais d'utilisation..... .99
Loi sur les produits antiparasitaires…… ..10, 21, 62, 73, 74, 107
Loi sur les produits dangereux…… ……62, 65, 107

Maladies.....14, 17, 19, 22, 30, 32, 33, 34, 65, 68, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89
asthme 14, 80
autisme 32
cancer……..14, 18, 20, 30, 32, 55, 63, 96, 99
cardiovasculaire…… 14
chroniques 22, 30, 32, 80, 86, 87
d'origine hydrique.....64
de Fabry 34
diabètes 17, 30, 78, 81, 83, 84, 87
grippe aviaire 18, 22, 40, 54
hépatite C 13, 15, 27, 28, 29, 33, 96, 98
infectieuses…….. 85, 88
pandémie d'influenza.....17, 18, 22, 29, 40,84, 122
transmissibles.....22, 80, 88
tuberculose 79
VIH/sida.....37, 40
Médicaments à usage vétérinaire…….15, 20, 44, 45, 46, 48
Médicaments biologiques…….44, 48
Médicaments brevetés.....130
Milieu de travail / environnement de travail……..12, 16, 20, 21, 36

Nanotechnologie 30
Nucléaire 40, 60
Nutrition.....15, 20, 44, 45, 50, 51, 53, 54, 82, 83

Partenariat canadien contre le cancer.....32, 99
Personnel infirmier……....35, 60, 80, 81
Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires
et de consommation…… 15, 16, 19, 20, 56, 59, 60, 65
Plan de gestion des produits chimiques .....……..16, 54, 60, 62, 74
Poisson 45, 52
Plomb……..65
Pollution de l'air 16, 21, 63
Premières nations et Inuits……....17, 22, 70 95
Procréation assistée Canada……10, 37
Produits antiparasitaires.....16, 17, 21, 62, 73, 74, 75, 76, 77, 95, 97 100
Produits biologiques.....15, 48, 50
Produits de santé naturels.....16, 19, 20, 45, 46, 48, 49, 50, 53, 56, 57
Produits pharmaceutiques……..……15, 20, 33, 34, 44, 47, 48, 50, 60
Professionnels de la santé formés à l'étranger..... 18, 29, 31
Programme commun d'évaluation des médicaments 34
Programme de l'air pur 16, 21, 60, 61, 62, 63

Radiation 59, 60, 64 65
radon 63, 64, 121, 122
Rappels.....14, 15, 19, 44, 53, 54, 55, 65, 66
Réactions indésirables 54, 55
Régions rurales.....14, 40, 42
Règlements
Règlement sanitaire international..... 68
Règlements en vertu de la Loi sur la procréation assistée 14, 27, 35
Règlement sur l'étiquetage nutritionnel 50
Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation..... 47
Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné la reproduction assistée.....37
Règlements sur les cosmétiques 64
Règlements sur les produits de santé naturels 48
Règlements sur les produits antiparasitaires.....16, 73, 95, 97
Régime d'accès aux médicaments.....46, 56, 96
Remplacement d'articulations 18, 30
Ressources humaines en santé 18, 27, 29, 31, 42, 80, 81, 90, 122

Sang 13, 20, 50, 96, 98, 99
Santé mentale.....15, 17, 19, 22, 27, 28, 29, 30, 33, 36, 67,68, 80, 83,84, 86,87,89
Soins à domicile.....30, 32, 80, 89
Soins communautaires.....22, 80, 81, 86, 88 121
Soins de la vue 80, 89
Soins dentaires. 42, 80, 89
Soins infirmiers.....12, 17, 35, 36, 80, 81, 88
Soins prénataux.....17, 22, 30 81
Soins primaires.....22, 29, 30, 33, 40, 41, 79, 88, 89, 99
Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) 29, 33
Stratégies
Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques 46, 48
Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 20, 32, 96
Stratégie nationale antidrogue.....8, 16, 20, 21, 60, 69, 79, 96, 99
Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques 15, 33
Suicide 17, 22, 70, 83, 87

Toxicomanies 69, 80, 86, 87 99
Tabac..... .....16, 50, 58, 60, 70, 71, 72

Vaccins.....37, 40, 46, 50