

Éliminer les obstacles : la mise en commun de l'information dans les cas de pandémies et d'urgences

Conférence du gouvernement du Canada sur la GI 2006

Jean-François LUC
Bureau de la pratique en santé publique

Ottawa, Canada – 2 octobre 2006



Structure de la SP au Canada

- 140 unités de SP locales et régionales desservant des populations (de 600 à 2,4 M) et des zones (de 4 à 800 000 km²) de différentes tailles
- Entités dédiées à la SP au sein de certaines sphères de compétence
 - *Institut national de santé publique du Québec*
 - *Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique*
 - (Nouvelle Agence en Ontario)
 - *Agence de santé publique du Canada*



Compétence en matière de santé publique

Loi constitutionnelle de 1867

Fédérale

- Droit pénal
- Quarantaine et hôpitaux maritimes
- Paix, ordre et bon gouvernement
- Pouvoir d'application des ressources
- Navigation et transport des marchandises
- Indiens/terres réservées
- Trafic et commerce

Provinciale

- Questions locales ou privées
- Propriété et droits civils
- Mise en place des Hôpitaux
- Éducation
- Pouvoir d'application des ressources
- Institutions municipales
- Ouvrages locaux



Déclaration des maladies infectieuses

Critères	Lois provinciales/ territoriales	Exemples de degré de variation
Qui déclare		Varient de «tout un chacun» à des praticiens spécifiques de santé publique
Événement déclencheur	Varient selon les provinces et les territoires	Varient d'un doute raisonnable à des résultats confirmés en laboratoire
Destinataire de la déclaration		Dépend de la structure organisationnelle de santé publique provinciale/territoriale
Définition de la maladie	Aucune norme nationale	Les listes diffèrent; certaines comprennent des maladies que d'autres ne prennent pas en considération; certaines comprennent divers outils de prise de décisions visant à définir si la maladie doit être déclarée
Portée, moment des déclarations		Varient du « plus rapidement possible» à un délai fixé; peut également dépendre de la classification de la maladie



C'est notre affaire et la vôtre

Vue aérienne du partage des responsabilités au sujet de la mauvaise gestion du SRAS



Flux des renseignements



L'approche en GI

- Collecte de données, utilisation (et réutilisation), divulgation et conservation
- Accès en temps opportun à des renseignements suffisamment détaillés
- Protection des renseignements personnels
- « Désidentification » et « réidentification » des renseignements de nature délicate
- Qualité des données



Questions et lacunes

- Manque de compétences pour collecter, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels
- Cadre législatif FPT inadéquat en ce qui a trait aux urgences, à la surveillance médicale, à la déclaration et à la gestion des maladies infectieuses et à la protection des renseignements personnels
- Ententes explicites sur l'échange de renseignements entre les gouvernements FPT



Des « structures traditionnelles » aux « systèmes »

Principes sous-tendant l'échange de renseignements en matière de santé publique

- Renseignements personnels identifiables
- Renseignement rendus anonymes/à caractère non nominatif
- Renseignements généraux
- Échange de renseignements à l'échelle internationale et pangouvernementale
- Normes de données et assurance de la qualité
- Mesures conservatoires
- Utilisation des renseignements communs à des fins de publication
- Examen déontologique
- Surveillance
- Règlement de conflits



Des « structures traditionnelles aux « systèmes » (2)

Processus sous-tendant l'échange de renseignements lors d'une urgence en matière de santé publique

Principes directeurs

- Définition courante de l'urgence en matière de santé publique
- Processus de notification d'un risque ou d'une urgence pour la santé publique d'envergure nationale ou interjuridictionnelle
- Coordination et analyse des renseignements qui doivent être partagés



Des « structures traditionnelles aux « systèmes » (3)

En cours/prochaines étapes

- *PE sur l'échange de renseignements lors d'une urgence en SP*
- Protocoles/processus. Ex. urgence en SP (déclaration/expiration), avis aux parties concernées
- Stratégies visant à faire face aux contraintes légales et politiques
- Protocoles, lignes directrices et entente(s) ayant force obligatoire, avec stratégie de communication



Conclusion

« pour reprendre les mots de T.S. Eliot, nous ne pourrons jamais ériger des systèmes parfaits au point que la compétence des personnes ne soit plus nécessaire. Toutefois, la plus grande leçon que l'on peut tirer du SRAS au Canada est qu'il est permis de croire qu'il n'y a aucune excuse pour tolérer des systèmes imparfaits au point que des choses graves arrivent sans raison valable à des personnes de valeur »

- Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique



Personne ressource

Jean-François LUC

Bureau de la pratique en santé publique

Agence de santé publique du Canada

Courriel: jfluc@phac-aspc.gc.ca

Site Web: www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp

Tél.: 613 954-6363

