

Améliorer l'infrastructure du système de santé publique au Canada

Rapport sur le renforcement de
l'infrastructure du système de santé publique
Groupe de travail du Comité consultatif
fédéral-provincial-territorial sur
la santé de la population et
la sécurité de la santé
mars 2005

On peut commander des exemplaires de ce rapport au :

Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS)

Direction des politiques stratégiques

Division du développement et des partenariats

Agence de santé publique du Canada

Bureau 278B

130, chemin Colonnade

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : (613) 946-8832

Télécopieur : (613) 952-7223

Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'auteur et ne reflètent pas forcément le point de vue du Centre national d'information sur la violence dans la famille de l'Agence de santé publique du Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais il est recommandé de le reproduire à d'autres fins en indiquant le nom de son auteur.

Also available in English under the title: *Improving Public Health Ssystem Infrastructure in Canada – Report of the Strengthening Public Health System Infrastructure Task Group*

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé (2005)

N° de cat.

ISBN



Améliorer l'infrastructure du système de santé publique du Canada

Rapport du groupe de travail du Comité
consultatif fédéral-provincial-territorial sur la
santé de la population et la sécurité de la santé

Table des matières

Sommaire	iii
Main-d'œuvre suffisante et qualifiée	v
Réseau de santé publique et groupes d'experts	v
Stratégies et objectifs de la santé publique	v
Ententes et protocoles	vi
Lois sur la santé publique	vi
Intervention en cas d'urgence et capacité d'appoint	vi
Communication avec le public et engagement des citoyens, information, surveillance et infostructure	vii
Développement des connaissances et la traduction dans la pratique	viii
Laboratoires de santé publique	viii
Santé des autochtones	viii
Centres de collaboration pour la santé publique	ix
Ressources de système	ix
Mise en oeuvre	x
Conclusion	x
Recommandations	xi
Introduction	1
Le rôle et les fonctions de la santé publique	3
Fonctions et structure du système de santé publique	5
Infrastructure du système – Soutien des fonctions fondamentales	9
Secteurs prioritaires pour le développement de l'infrastructure	15
Main-d'œuvre suffisante et qualifiée	15
Réseau de santé publique et groupes d'experts	19
Stratégies et objectifs de la santé publique	20
Ententes et protocoles	22
Lois sur la santé publique	22
Intervention en cas d'urgence et capacité d'appoint	25
Communication avec le public et engagement des citoyens	27
Information, surveillance et infostructure	28
Développement des connaissances et la traduction dans la pratique	32
Laboratoires de santé publique	34

Santé des Autochtones	35
Centres de collaboration pour la santé publique	37
Ressources de système	37
Mise en oeuvre	41
Conclusion	43
Références	45
Annexes	
Annexe 1: Membres du groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique	49
Annexe 2 : Les multiples dimensions des fonctions de la santé publique.	50
Annexe 3 : Recommandations du Réseau de laboratoires de santé publique pour le développement de l'infrastructure des laboratoires	51
Annexe 4 : Éléments de l'infrastructure	52

Sommaire

Le groupe de travail FPT sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique (le groupe de travail) fait partie du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). En étroite collaboration avec le groupe de travail spécial fédéral-provincial-territorial sur la santé publique (le groupe de travail spécial), ce groupe de travail a été créé à l'automne 2003 et a été doté du mandat suivant :

Tirer parti des recommandations provenant du rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (le rapport Naylor) ainsi que les autres rapports connexes, en vue d'examiner les lacunes de l'infrastructure où la collaboration FPT serait bénéfique.

L'intérêt envers l'infrastructure de la santé publique a été rehaussé à la suite du SRAS, mais n'est certes pas nouveau. Les rapports provenant de la commission Krever, de la commission d'enquête sur Walkerton, du Comité consultatif sur la santé de la population, de l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC, et des vérificateurs généraux du gouvernement fédéral et des provinces ont tous exprimé des préoccupations concernant le manque apparent de capacité du système de santé publique dans ce pays. Tel qu'il est énoncé dans le rapport Naylor : « ... les preuves de menaces actuelles et potentielles à la santé des Canadiens dues aux faiblesses de l'infrastructure de la santé publique s'accumulent depuis des années sans qu'il y ait d'intervention exhaustive de la part des divers paliers de gouvernement... La gravité de l'épidémie et les défis qui se sont présentés au cours de la crise du SRAS sont généralement considérés à juste titre comme des indicateurs du besoin de renforcer les systèmes canadiens de santé publique. »

À la suite de l'épidémie du SRAS, le rapport Naylor et les autres ont fait valoir une série de recommandations visant à améliorer le système de santé publique du Canada. Le groupe de travail appuie intégralement le but des recommandations du rapport Naylor en vue d'améliorer le fonctionnement et la capacité du système national de santé publique. Le groupe de travail reconnaît également le progrès préliminaire réalisé en vue de répondre à plusieurs recommandations essentielles du rapport Naylor, notamment la création de

l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), la nomination de l'administrateur en chef de la santé publique et l'établissement d'une série de centres de collaboration en santé publique à travers le pays.

En septembre 2003, la Conférence des ministres FPT de la Santé a reconnu le besoin de «... faire de la santé publique une de leurs priorités, en améliorant l'infrastructure en santé publique et en accroissant la capacité en santé à l'échelle institutionnelle, provinciale, territoriale et fédérale en tirant parti des forces actuelles et en s'inspirant des progrès accomplis dans l'ensemble du pays ». À l'appui de cet objectif, ce rapport décrit d'une façon plus détaillée ce que l'on signifie par l'infrastructure du système de santé publique et ensuite décrit et offre des recommandations quant aux secteurs prioritaires pour le développement de l'infrastructure. En accord avec le rapport Naylor et les autres, l'objectif de ce rapport porte sur le système gouvernemental officiel de santé publique.

La santé publique a été décrite comme la science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la qualité de vie par le biais d'efforts planifiés de la société. Ceci regroupe la science, les connaissances et les croyances dirigées vers le maintien et l'amélioration de la santé de tous par l'entremise de mesures collectives. Les programmes, les services et les établissements ont tendance à mettre l'accent sur deux éléments : la prévention des maladies et les besoins en santé de la population dans son ensemble. Cet objectif envers la population est complémentaire, mais distinct de l'objectif clinique du système de services de soins personnels.

Améliorer la santé de la population doit tenir compte de la vaste gamme de facteurs qui influent sur la santé. Ces déterminants de la santé interagissent dans des réseaux complexes de causalité qui influent sur les comportements relatifs à la santé et l'état de santé requiert des approches globales pour améliorer la santé. Les approches de la santé publique comprennent généralement des combinaisons de renforcement de la formation et des connaissances, de politique sociale, de partenariats intersectoriels et de collaboration, de réglementation, de développement communautaire, et le soutien d'interventions cliniques préventives efficaces. Peu importe que l'on cible la lutte au tabagisme, le

problème croissant de l'obésité, la prévention et la lutte contre les occurrences de maladies transmissibles ou afin de combattre les inégalités en matière de santé, les approches globales en santé publique visent l'amélioration de la santé de la population.

La portée des interventions par le système de santé publique à l'égard des questions de santé a des répercussions non seulement sur la santé de la population, mais influe également sur le système des services individuels de santé. Tel qu'il a été illustré par le SRAS, une menace immédiate en santé publique peut paralyser la prestation des services individuels de santé. Une pandémie d'influenza pourrait provoquer des perturbations plus sévères du système de santé et de l'ordre social. Les maladies évitables et non transmissibles, et les blessures ont des effets moins graves, mais constituent, uniquement par leur nombre, un fardeau important sur le système des services individuels de santé.

Le communiqué, à la suite de la réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé en 2004, stipule que « tous les gouvernements savent que les activités du domaine de la santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé ». Une opinion similaire a été corroborée par la modélisation exécutée à la demande du Trésor de SM au R.-U., dans lequel un accent plus prononcé sur la prévention et la promotion pour les dix premières années du modèle a été associé à des taux réduits pour les augmentations des coûts des soins de santé au cours des dix années subséquentes.

Les fonctions de base du système de santé publique comprennent l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de la santé, la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé et la protection de la santé. La santé publique exerce ces fonctions envers une gamme de questions relatives à la santé, notamment les maladies, les maladies non transmissibles et les blessures, le développement des enfants en santé et la santé environnementale. Le système officiel de santé publique est structuré en une série de couches interreliées qui incluent les paliers locaux ou régionaux, PT et fédéral.

La capacité d'exercer les fonctions de la santé publique repose sur la force et la capacité de l'infrastructure de soutien. Toute entreprise ou tout système doivent être préoccupés par son personnel, son organisation et ses ressources. Il ne s'agit pas d'une situation unique, ni

moins importante pour la santé publique. Il faut disposer d'une main-d'oeuvre suffisante, qualifiée et répartie d'une manière adéquate; des investissements en capitaux appropriés; des processus opérationnels bien développés; une capacité de gérer l'information sur laquelle est fondée la prise de décisions. Sans ces éléments, les extrants et les résultats du système seront loin d'être optimaux.

Ce rapport décrit trois catégories principales d'infrastructure du système de santé publique : une main-d'oeuvre suffisante et qualifiée; une capacité organisationnelle; et des systèmes d'information et de connaissances. Ces catégories ont été soulignées dans le rapport Naylor et sont décrites d'une manière détaillée dans le corps principal du rapport et des annexes. S'inspirant de l'orientation fournie par la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé et du CCSPSS, le groupe de travail a porté une attention particulière aux questions d'infrastructure suivantes :

- Une main-d'oeuvre suffisante et qualifiée
- Une capacité organisationnelle :
 - le réseau de la santé publique et les groupes d'experts;
 - les stratégies et les objectifs de la santé publique;
 - les ententes et les protocoles;
 - les lois sur la santé publique;
 - les interventions d'urgence et la capacité d'appoint;
 - les communications au public et l'engagement des citoyens.
- Les systèmes d'information et de connaissances :
 - l'information, la surveillance et l'infrastructure;
 - le développement des connaissances et leur application à la pratique.
- Les questions transectorielles :
 - les laboratoires de santé publique;
 - la santé des Autochtones;
 - les centres de collaboration pour la santé publique;
 - les ressources de systèmes.

Chacune de ces questions est décrite dans les sections suivantes. Une liste des recommandations est présentée à la fin de ce sommaire.

Une main-d'œuvre suffisante et qualifiée

Le rapport Naylor met l'accent sur le fait que « Toute tentative d'améliorer la santé publique échouera si elle ne reconnaît pas l'importance fondamentale de maintenir dans tous les services de santé locaux au Canada un personnel adéquat composé de professionnels de la santé hautement compétents et motivés ». Notre analyse révèle un certain nombre de défis. Les postes vacants existent dans le système et les professionnels de la santé y oeuvrant sont inégalement répartis. Compte tenu de la main-d'oeuvre vieillissante, le nombre de postes de formation est insuffisant. Le maintien des qualifications au sein des praticiens existants est mis en échec à cause de la pénurie de programmes d'éducation permanente. Alors que les domaines de pratique universitaire et en santé publique devraient être interreliés, la connexion ne se fait pas. À partir d'une perspective de planification, il existe des données limitées pour décrire la main-d'oeuvre actuelle et les tendances futures, et aucune stratégie ne permettant de résoudre d'une manière globale ces défis. Bien que l'on porte une attention plus prononcée aux questions de main-d'oeuvre en santé publique, des coupures y sont apportées dans certaines compétences. La stabilisation et le renforcement de la main-d'oeuvre en santé publique sont requis d'une manière urgente.

Plusieurs initiatives récentes ont visé à combler certaines des lacunes dans les ressources humaines en santé publique. Celles-ci ont inclus une analyse environnementale à l'échelle internationale des stratégies de développement de la main-d'oeuvre en santé publique, une série de consultations régionales auprès d'universitaires, de praticiens et d'autres intervenants du système en santé publique et le développement des qualifications de cette main-d'oeuvre. Les facettes multiples du perfectionnement de la main-d'oeuvre doivent être regroupées au sein d'une stratégie globale sur le plan national afin d'assurer une approche coordonnée et efficace. La capacité de formation axée sur les compétences essentielles et de formation permanente doit être accrue. Les incitatifs financiers personnels et organisationnels sont nécessaires afin d'éliminer les barrières à la formation. À l'instar des hôpitaux universitaires, les programmes de formation doivent assurer un équilibre approprié entre la formation universitaire et la formation basée sur la pratique par le biais des unités d'enseignement en santé publique. La qualité et l'uniformité des programmes de formation doivent être soutenues par le biais de normes et d'agrément.

Le réseau de la santé publique et les groupes d'experts

Le groupe de travail spécial a recommandé la création d'un réseau pancanadien de la santé publique (le réseau) pour accroître la collaboration en santé publique au Canada. Le réseau comprendrait un certain nombre de groupes d'experts, qui auraient un ou plusieurs groupes thématiques qui se rapportent à eux. Le corps principal de ce rapport fournit plusieurs suggestions afin d'optimiser le fonctionnement du réseau, qui est conforme à la description du réseau par le groupe de travail spécial. Ce groupe souligne trois secteurs immédiats à l'attention du réseau et ceux-ci sont examinés d'une manière plus détaillée dans ce rapport.

Stratégies et objectifs de la santé publique

À l'encontre de plusieurs autres pays, le Canada n'a pas d'objectifs ou de stratégies connexes sur la santé à l'échelle nationale. Le communiqué de la réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé, en 2004, stipule que les gouvernements ont convenu « d'accélérer leurs efforts pour mettre au point une Stratégie pancanadienne de santé publique... [Que] les gouvernements se donneront des buts et objectifs visant à améliorer l'état de santé et le bien-être des Canadiens avec la collaboration d'experts ». Une des priorités consistera à développer des objectifs pancanadiens en santé publique par le biais d'une approche de collaboration élargie sur le plan national.

Les stratégies globales en santé publique sont prévues incorporer les cinq fonctions essentielles en santé publique et de traiter l'ensemble des questions de santé publique (c.-à-d., les maladies chroniques, les blessures, le développement des enfants, la santé environnementale, les maladies transmissibles, etc.). Le niveau de détails des stratégies individuelles variera vraisemblablement en fonction du sujet. Pour la préparation en cas d'urgence et plusieurs questions relatives à la protection de la santé, des stratégies suffisamment détaillées sont probablement faisables, particulièrement en tenant compte du bien-fondé d'approches similaires et de l'interconnexion des plans. Les stratégies pancanadiennes seront également bénéfiques pour les questions de santé publique ayant une composante substantielle de politique sociale reconnaissant que la mise en oeuvre devra prendre en compte le contexte politique local et que le niveau de système le plus approprié pour réaliser ceci se trouve aux niveaux individuels PT et locaux. L'élaboration de

stratégies pancanadiennes sera appuyée par le développement d'indicateurs communs et de mesures de rendement du système.

Ententes et protocoles

Le groupe de travail spécial a déterminé que le réseau devra préparer, mettre en oeuvre et maintenir des ententes intergouvernementales sur les questions de santé publique. Les ententes seront négociées dans les 12 mois suivant la création du réseau pour les cinq secteurs prioritaires suivants : une aide réciproque en situation d'urgence; le partage de l'information en santé publique; les réseaux de laboratoires de santé publique; les réseaux internationaux; l'échange et l'affectation de chercheurs et de fournisseurs en santé publique. Conscient que les ententes et les protocoles constituent un élément essentiel de l'infrastructure, le groupe de travail spécial appuie fortement leur développement et leur mise en oeuvre dans les plus brefs délais.

Lois sur la santé publique

La loi constitue un élément essentiel de l'infrastructure qui permet d'identifier le mandat, le but et les responsabilités en matière de santé publique. La plupart des lois relatives à la santé publique relèvent de la compétence des PT et ont été développées d'une manière autonome. L'analyse des lois provinciales en santé publique pour la lutte contre les maladies infectieuses a démontré de nombreuses incohérences relatives au rapport obligatoire des maladies transmissibles, la communication de renseignements personnels, et la surveillance et les pouvoirs en cas d'urgence. Les pouvoirs et les responsabilités requis pour traiter la reconnaissance et l'enquête des épidémies et des urgences en santé publique ne doivent pas différer considérablement entre les compétences et le besoin d'une capacité d'appoint, d'aide mutuelle et de coordination en cas d'épidémies plurigouvernementales requiert des interventions et des pouvoirs communs et intégrés. Le soutien doit être fourni afin de faciliter la convergence des lois entre les différentes compétences.

Au niveau fédéral, la *Loi sur la quarantaine* a été élaborée originellement à la fin des années 1800 et sa mise à jour doit être complétée. La capacité de contrôler les déplacements des individus isolés et mis en quarantaine entre les frontières des PT doit également être examinée de même que le contrôle du transport des agents anthropopathogènes au Canada, et leur déplacement et entreposage à l'intérieur du pays. Afin de renforcer la capacité du système pour traiter des questions législatives relatives à la santé publique, un centre

d'expertise sur les lois de la santé publique devrait être créé dans la cadre de l'ASPC. La communication et la collaboration intergouvernementale seraient facilitées par le soutien d'un groupe de politique nationale en matière de lois relatives à la santé publique. Il existe toujours un besoin de poursuivre l'atteinte d'un équilibre approprié entre la protection des renseignements personnels et le besoin du public d'être protégé des menaces à la santé. En accord avec la recommandation du rapport Naylor, la création d'un comité d'éthique en santé publique est également recommandée pour orienter la prise de décisions sur les questions d'éthique soulevées par l'application des lois et des interventions en santé publique.

Intervention en cas d'urgence et capacité d'appoint

Le système de santé publique a la responsabilité de jouer un rôle prépondérant dans les situations d'urgence en santé publique (par ex., les épidémies, le bio-terrorisme) et un rôle accessoire pour les autres types d'urgences (par ex., les catastrophes naturelles et les désastres techniques). Le *cadre stratégique pour la gestion des interventions d'urgence en santé* développé par le réseau FPT de mesures et d'interventions d'urgence offre un cadre conceptuel utile pour relier les différents composants impliqués dans la gestion des interventions d'urgence en santé. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgences prévoit diriger un processus permettant de planifier et d'établir un système d'intervention en cas d'urgence qui prendra en main la planification, la formation et les exercices pour les interventions d'urgence en santé. En fonction d'une perspective de l'infrastructure, une hypothèse fondamentale à l'aide mutuelle et à la capacité d'appoint est que les autres parties du système de santé publique, à la fois à l'intérieur d'une compétence PT ainsi que les autres compétences FPT, disposeront de l'excédent de capacité pour offrir une aide au cours d'une intervention d'urgence.

La planification des mesures d'urgence doit être soutenue par le biais de l'élaboration de directive, de formation et de soutien technique, et de l'évaluation de l'état de préparation. Une base rationnelle pour l'entreposage et le maintien des stocks de la santé publique tels que les vaccins et les antivirus doivent être inclus dans le plan stratégique. Il y a une variété de solutions de remplacement pour les risques et les avantages qui se produisent à l'égard de la disponibilité rapide de ces produits. La prise de décisions professionnelles et politiques sur ces questions profitera vraisemblablement de la consultation des Canadiens par l'entremise d'un

dialogue éclairé concernant les niveaux acceptables de risques pour ces produits et leur utilisation rapide en situation d'urgence.

Communication avec le public et engagement des citoyens

La capacité de communiquer efficacement avec le public constitue un élément essentiel de l'infrastructure et implique d'informer le public au sujet de sa santé et de la nécessité de prendre des actions. Tel qu'il a été illustré au cours de la crise du SRAS, cette communication peut être nécessaire au cours d'une crise. De façon continue, la santé publique fournit des renseignements au public en fonction des évaluations de la santé communautaire et de la détermination des priorités pour la prévention. Dans le cadre des stratégies globales afin de traiter les questions concernant la santé de la population, la santé publique utilise le marketing social ainsi que d'autres méthodes pour appuyer des choix plus sains. Les partenariats de collaboration constituent une stratégie essentielle en santé publique qui travaille fréquemment avec des intermédiaires tels que les ONG, les fournisseurs de soins de santé, les enseignants et d'autres afin d'accroître l'impact de ses messages à l'intention du public. L'expertise et la capacité pour les communications en santé publique doivent être présentes aux trois niveaux du système de santé publique. L'ASPC améliorera la capacité de fournir l'information en santé publique aux Canadiens, tout en collaborant et en appuyant les niveaux des systèmes locaux et des PT en vue d'assurer des communications efficaces en santé publique.

Les nouvelles technologies, telles que l'Internet, offrent une variété d'options afin de faciliter une sensibilisation accrue du public aux questions de santé. Différentes méthodes de communication électronique telle que la diffusion multimédia et les mécanismes de réponse ont le potentiel d'accroître la communication efficace en santé publique et d'engager d'une manière innovatrice les Canadiens sur les questions de santé publique.

Information, surveillance et infostructure

La santé publique est un domaine à forte composante d'information. Les fonctions fondamentales de santé publique d'évaluation et de surveillance se fondent sur la collecte ou l'accès à différents types de données, notamment les données de morbidité et de mortalité, les services de santé, les déterminants de la santé ainsi que les valeurs communautaires et les préférences. L'information est utilisée afin de décrire et d'évaluer les tendances, d'identifier les épidémies, de déterminer les

besoins, d'établir les priorités, d'évaluer les répercussions des interventions et de démontrer l'imputabilité. Pour être utiles, les données doivent être globales, pertinentes et intégrales. À savoir si l'information est disponible pour soutenir la prise de décisions repose sur l'existence d'une infrastructure de l'information ou « l'infostructure ».

L'évaluation de l'infostructure actuelle de la santé publique indique un manque d'architecture de système, des systèmes de collecte médiocres, une absence de normes harmonisées et une lacune à l'égard des mécanismes pour une collaboration et une coordination efficaces. La collaboration FPT sera essentielle afin d'assurer l'interopérabilité des systèmes et une efficacité optimale du développement de systèmes. La dotation dans le budget fédéral de 100 millions de dollars à *Inforoute Santé du Canada* devrait aider au développement et à la mise en œuvre des systèmes de surveillance des maladies transmissibles tels que iPHIS dans l'ensemble du pays. Les améliorations apportées aux systèmes d'information en santé publique devront comprendre une variété de sources d'information relatives à la santé publique (par ex., la qualité de l'eau, les services d'inspection). Il faudra également la capacité de communiquer rapidement l'information à l'intérieur du système, ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé. Puisqu'*Inforoute Santé du Canada* cible le développement de systèmes, il sera nécessaire d'obtenir du financement continu afin de maintenir et de poursuivre le développement des systèmes d'information en santé publique. Il sera essentiel d'assurer que les utilisateurs finaux sont impliqués dans chaque étape de la planification et du déploiement des systèmes. La création d'un groupe d'experts pour la surveillance et l'information est prévue afin d'améliorer la coordination du développement de l'infostructure en santé publique.

L'application de la technologie moderne et de la gestion de l'information permet d'améliorer davantage que simplement accroître l'efficacité des pratiques actuelles. Des approches plus poussées accroissent la capacité de détecter les modèles cachés de la transmission des maladies. La surveillance syndromique peut offrir la possibilité de détecter plus rapidement les épidémies en utilisant des caractéristiques cliniques qui sont discernables avant que des diagnostics confirmés ne soient rendus. Le besoin d'améliorer les systèmes de surveillance s'applique également aux maladies non transmissibles, aux blessures et aux déterminants de la santé de la population. Il s'agit d'un secteur plus complexe que les maladies infectieuses à cause du besoin d'inclure des sources multiples de données, et de la nécessité de collaboration et de coordination.

Les informations relatives à la surveillance doivent être mises plus facilement à la disposition des praticiens. Un guichet électronique unique (c.-à-d., un portail) éviterait les problèmes actuels de rechercher les ressources documentaires de nombreuses organisations afin d'obtenir l'information pertinente.

Développement des connaissances et leur application à la pratique

Les connaissances en santé publique fournissent les données probantes sur lesquelles on peut baser les programmes et les services, le contexte permettant d'interpréter la surveillance et l'évaluation de l'information et la base pour les recommandations à l'intention du public et des décideurs. Le système de santé publique est confronté à deux problèmes majeurs dans ce secteur. Premièrement, il existe un besoin d'investissements accrus dans le développement des connaissances par le biais de la recherche appliquée. Ceci a trait non seulement à quelques dollars investis en recherche, mais également à la capacité limitée d'effectuer actuellement la recherche dans ce secteur. Le deuxième problème consiste au fait que ce qui est connu au sujet des interventions efficaces n'est pas utilisé et incorporé intégralement dans la pratique. Sauf quelques exceptions minimales et dignes de mention, on a consacré peu d'efforts à résumer systématiquement les connaissances actuelles et à les offrir dans un format approprié qui soit facilement accessible aux praticiens.

Une capacité accrue permettant d'effectuer la recherche appliquée en santé publique devra être mise au point en plus de l'accroissement du financement de la recherche. Une approche plus évoluée et mieux coordonnée sera également nécessaire afin de synthétiser les connaissances existantes et de les rendre accessibles aux praticiens et aux décideurs dans des formats appropriés, et de soutenir d'une manière proactive l'incorporation des données probantes dans la pratique.

Laboratoires de santé publique

Les laboratoires de santé publique constituent un composant intégral du système de santé publique au Canada. Les laboratoires permettent la détection précoce des risques à la santé associés aux agents infectieux, jouent un rôle essentiel dans les enquêtes épidémiologiques et de déterminer les causes des maladies afin de faciliter le traitement, la prévention et le contrôle. Tous les composants de l'infrastructure s'appliquent aux laboratoires, notamment une main-d'oeuvre suffisante et qualifiée, une capacité organisationnelle et des systèmes de connaissances et d'information.

Le Réseau canadien de laboratoires de santé publique (RCLSP) assure la liaison entre les laboratoires fédéraux et provinciaux de santé publique, et a développé une stratégie portant sur plusieurs années pour le développement de l'infrastructure. Le plan comprend le renforcement de la capacité et de l'efficacité des laboratoires dont, entre autres, des systèmes de surveillance et d'information améliorés et l'élargissement du RCLSP par l'établissement de réseaux provinciaux de laboratoires de microbiologie (par ex., des laboratoires communautaires et privés, des hôpitaux, des universités, etc.). Le plan inclut également une analyse de l'écart afin de déterminer les secteurs pour l'amélioration des systèmes, l'initiative continue d'accroissement de la qualité par l'accréditation ISO, la normalisation et le développement de bulletins sur le système de laboratoires nationaux. Le développement accru de formation et de protocoles est aussi inclus.

Santé des Autochtones

Les peuples autochtones du Canada subissent des disparités substantielles pour la santé à l'égard des déterminants de santé et des résultats pour la santé comparativement au reste des Canadiens. Une nouvelle approche est requise permettant d'aborder les causes profondes des disparités en matière de santé, de recouper les barrières administratives juridictionnelles et de cibler l'amélioration de la santé des peuples autochtones. Un aspect essentiel consiste à assurer que les suggestions des peuples autochtones sont intégrées dans la direction et la conception des services de santé et des programmes de santé publique dans leurs collectivités.

Il est de notoriété qu'il existe des lacunes substantielles dans l'infrastructure des systèmes de santé publique dans les collectivités autochtones. Ces lacunes comprennent une absence de clarté à l'égard des rôles et responsabilités pour la santé publique, des lacunes importantes relatives aux données de la santé publique ainsi que des difficultés chroniques au niveau du recrutement et du maintien du personnel. Compte tenu des disparités continues en santé entre les peuples autochtones et les autres Canadiens, une approche nationale de la santé publique concernant la santé des Canadiens autochtones est nécessaire et doit tenir compte des cinq fonctions essentielles de la santé publique. Comme principe fondamental, toutes les collectivités canadiennes devraient bénéficier d'un éventail complet de services de santé publique. L'élaboration d'une stratégie nationale pour la santé des Autochtones doit engager les peuples autochtones à participer activement à l'évaluation, à la résolution de

problèmes et aux interventions en vue d'aborder les questions de santé publique par le biais d'une approche des déterminants de la santé. Le Centre national de collaboration pour la santé des Autochtones offre une occasion de participer à la recherche appliquée ainsi qu'à la traduction et à la diffusion des connaissances afin d'appuyer des interventions efficaces à l'égard des questions de santé publique des Autochtones.

Centres de collaboration pour la santé publique

La création de six centres nationaux de collaboration pour la santé publique a été annoncée en mai 2004. En vue de réussir, ces centres doivent cibler la pratique de la santé publique et peuvent y participer par le biais d'une combinaison de traduction de connaissances, de recherche appliquée et de formation. La gouvernance de ces centres doit inclure une représentation provenant des praticiens, des chercheurs et des éducateurs. Bien que chacun de ces centres aura un objectif particulier, l'interdépendance des questions d'infrastructure exigera que les centres collaborent les uns avec les autres ainsi qu'avec une variété de partenaires locaux ou régionaux, nationaux et internationaux. La priorisation collective des projets et l'examen des plans de travail scientifique devraient inciter à la collaboration, à l'intégration et à une approche globale des systèmes envers le développement de l'infrastructure.

Ressources de systèmes

Un système structuré et fonctionnant d'une manière appropriée participera à :

- Des niveaux accrus de l'état de santé de la population et des disparités en santé réduites;
- Un fardeau réduit sur le système des services de santé individuels et par le fait même, une participation à sa durabilité;
- Une amélioration des mesures d'urgence et de la capacité d'intervention pour les urgences en santé.

La réunion des premiers ministres sur les soins de santé en 2004 a reconnu l'importance de la santé publique afin d'obtenir de meilleurs résultats de santé et de participer à la durabilité du système des soins de santé individuels.

L'investissement dans l'infrastructure de systèmes est nécessaire, mais insuffisant pour obtenir un système de santé publique efficace. L'infrastructure fournit le fondement essentiel pour une programmation efficace, mais non pas la programmation elle-même. Le rapport Naylor recommande un financement annuel additionnel du système 700 M\$ de la part du gouvernement fédéral

qui s'accumulerait sur une période de cinq ans.¹ Le rapport Naylor a mis l'accent sur le besoin d'un investissement de la part des PT puisque ces compétences assument la responsabilité primaire pour la santé publique. Plusieurs des recommandations de ce rapport ciblent les maladies transmissibles et les interventions d'urgence. Compte tenu du grand nombre d'autres questions importantes en santé publique, ceci fait ressortir qu'un niveau global plus élevé d'investissement est requis.

Certains progrès sont accomplis. Dans le budget fédéral du printemps 2004, le gouvernement a pris des engagements pluriannuels envers *Inforoute Santé du Canada*, la nouvelle Agence de santé publique du Canada, une stratégie nationale d'immunisation et pour les PT afin d'alléger les tensions sur leurs systèmes de santé publique. Ceci s'ajoute à un investissement de 250 M\$ par année. Le budget fédéral 2005 fournira 67 M\$ additionnels par année pour des investissements dans la prévention des maladies chroniques et la préparation en cas d'épidémies, reflétant un manque annuel résiduel entre les recommandations du rapport Naylor et les engagements actuels de 383 M\$.

Certains groupes de l'intérieur et de l'extérieur du Canada ont tenté d'estimer le niveau requis de financement du système de santé publique afin d'obtenir les résultats désirés. Il existe une similarité remarquable entre les conclusions de ces différents groupes qui recommandent de doubler les investissements en santé publique et d'atteindre 5 à 6 % des dépenses consacrées au système de santé par le gouvernement. La majorité des nouveaux investissements serait des coûts liés à la mise en œuvre des programmes, notamment le marketing, le personnel, les initiatives intersectorielles, etc. Le groupe de travail considère qu'un investissement de cette envergure devrait être introduit progressivement sur une période de 10-15 ans.

En projetant de doubler éventuellement le financement du système de santé publique, il n'est pas prévu que l'accroissement de financement permettra d'accomplir le double de ce qui est réalisé actuellement, mais afin de résoudre les besoins connus non satisfaits qui existent. Les fonds accrus devront être investis stratégiquement dans la programmation et l'infrastructure fondamentale afin de répondre aux besoins en santé publique des Canadiens. À titre d'exemple, le U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a identifié neuf composants pour un programme efficace de lutte au tabagisme. Cette liste des composants de programme souligne la nature générale des interventions en santé publique par l'utilisation de différentes approches (par ex., le marketing, les interventions préventives, le

renforcement des capacités, l'application, etc.) en mettant un accent particulier sur les partenariats et la collaboration. À titre d'exemple, le programme pour les écoles comprend des politiques d'interdiction du tabagisme, des programmes d'éducation basés sur des données probantes, la formation des enseignants, la participation parentale et les services de renoncement au tabagisme. Les efforts offerts par l'école sont également liés aux coalitions communautaires locales, et aux campagnes d'éducation et dans tous les médias.

Ces différents composants de programme sont mis en œuvre à différents niveaux dans les collectivités canadiennes. Par l'application du milieu de gamme des estimés du CDC, si le gouvernement canadien devait mettre en œuvre l'ensemble des composants de programme recommandés, il en coûterait environ 450 M\$ par année. Le financement actuel de la lutte au tabagisme est évalué à 70 M\$, en plus des dépenses que les compétences des PT y consacrent. Ceci se compare aux coûts directs et indirects du tabagisme au Canada que l'on avait estimé à 17 G\$ en 1991. Compte tenu de l'inflation des coûts des services de santé individuels et de l'accroissement des maladies liées au tabagisme chez les femmes, ces coûts auront grimpé de façon considérable au cours de la dernière décennie.

Le tabagisme constitue un facteur de risques. Il y a plusieurs secteurs d'importance en santé publique, y compris l'activité physique, l'alimentation saine, les immunisations, la prévention des blessures, le développement des enfants en santé et la réduction des inégalités en matière de santé. La collaboration intersectorielle et les partenariats communautaires constituent des parties intégrales de l'approche en santé publique. La capacité de regrouper des partenaires, de concevoir une vision commune et un ensemble de mesures et de fournir une base probatoire et d'évaluation pour des interventions efficaces exige une direction, une expertise et des ressources. Il existe également des questions de capacité pour les autres secteurs de pouvoir participer activement avec la santé à des activités conjointes.

Si l'on envisage un système de santé publique plus solide et plus efficace pour l'avenir, il faut reconnaître que la capacité existante n'est pas uniforme. Il existe des différences multiples dans les niveaux de dotation en santé publique entre les compétences PT, dont quelques-unes ne disposent que de quelques individus possédant une formation officielle en santé publique. Cette inégalité est composée par le fait que certains secteurs ont des besoins plus élevés que la moyenne de la population et une capacité de système inférieure.

Dans la conception de la programmation et de l'infrastructure des systèmes, une attention particulière doit être portée à la réduction de ces inégalités.

Mise en oeuvre

Il ne s'agit pas du premier rapport FPT qui ait fait des recommandations concernant le renforcement de l'infrastructure des systèmes de santé publique. L'absence de réussite à traduire les recommandations précédentes en mesures durables constitue une préoccupation importante pour le groupe de travail. Une des contraintes les plus importantes dans le passé provenait de l'absence de tout individu ou groupe qui ait eu la responsabilité directe et ait été imputable de la mise en œuvre.

Afin de réussir, les recommandations du rapport doivent être intégrées aux plans de travail des directeurs des systèmes et leur mise en œuvre doit être suivie d'une manière systématique et transparente. Le réseau de la santé publique et l'administrateur en chef de la santé publique et l'ASPC détiendront des rôles essentiels de leadership pour assurer que les recommandations sont mises en œuvre et surveillées. La plupart des éléments ciblent des lacunes dans l'infrastructure des systèmes qui, lorsqu'elles seront satisfaites, devront être maintenues sur une base permanente.

Conclusion

L'infrastructure des systèmes de santé publique constitue le fondement de soutien qui permet la satisfaction des fonctions des systèmes. Bien que chacun des éléments de l'infrastructure exige une attention et un développement, le groupe de travail a ciblé l'identification des mesures recommandées pour un groupe initial d'éléments prioritaires. Les recommandations énumérées à la fin de ce sommaire sont prévues pour fournir une orientation pour le début du développement de l'infrastructure au cours de l'avenir immédiat. La conception et le maintien de l'infrastructure des systèmes devront être une responsabilité continue et la création de nouvelles structures (par ex., l'ASPC, l'ACSP, le réseau) offrira des occasions de l'accomplir. Une gouvernance et une transparence améliorées de la prise de décisions, en plus des mesures actuelles du rendement des systèmes, devraient rendre la satisfaction de cette responsabilité plus probable dans le futur qu'elle n'a été dans le passé.

Recommandations

Les recommandations du groupe de travail énumérées ci-dessous sont conformes, et renforcent, celles qui ont été offertes dans le rapport Naylor. Des détails additionnels concernant le choix du moment et les coûts des recommandations sont fournis dans le corps du texte et aux annexes de ce rapport.

En vue d'accroître notre aptitude à renforcer la capacité et la compétence de la main-d'oeuvre en santé publique, le groupe de travail recommande en tant que priorité :

1. Que les provinces et les territoires s'engagent à stabiliser et à renforcer la main-d'oeuvre en santé publique en portant une attention particulière sur les premières lignes du système de santé publique.

Le groupe de travail recommande également en tant que mesures à plus long terme et nécessaires :

2. De développer et de mettre en œuvre une stratégie nationale de perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique. Ceci inclut :
 - a. Créer un bureau du développement de la main-d'œuvre au sein de l'Agence de santé publique du Canada pour diriger et soutenir le perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique.
 - b. Identifier et appliquer les compétences de la main-d'œuvre en santé publique pour la pratique au 21^e siècle afin d'évaluer les besoins de formation, pour orienter le développement de programmes éducatifs et d'obtenir une cohérence dans les programmes de formation.
3. Accroître la capacité de formation pour préparer les nouveaux praticiens en santé publique, et maintenir et améliorer les connaissances des praticiens actuels. Ceci inclut :
 - a. La création d'une capacité additionnelle pour la formation de base telle que les programmes de certificats, de diplômes et de M. Sc. (santé communautaire), ainsi que le développement et la mise en œuvre d'une programmation d'éducation permanente, qui est accessible et pertinente à la pratique en santé publique. Le financement devra aussi être fourni pour développer une série de compétences spécialisées dans des secteurs essentiels de la pratique, notamment l'informatique pour la santé

publique, le contrôle des épidémies, la prévention des maladies chroniques et le leadership et la gestion.

- b. La création et le soutien de stages pratiques tels que l'enseignement à des unités de santé publique pour assurer que les praticiens reçoivent une combinaison adéquate de formation académique et pratique.
- c. Fournir le soutien financier pour les individus et les employeurs afin que les praticiens puissent suivre la formation.
- d. Développer des mécanismes permettant d'assurer l'uniformité et la qualité des programmes de formation, y compris l'accréditation des écoles offrant une formation en santé publique telle que des programmes professionnels de maîtrise.

Afin d'accroître notre aptitude à développer des stratégies pancanadiennes en santé publique, le groupe de travail recommande :

4. Une approche nationale de collaboration visant l'élaboration d'objectifs de haut niveau en santé publique, notamment :
 - a. Développer des stratégies fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires.
 - b. Développer des indicateurs permettant de décrire d'une manière générale les questions de santé publique et le rendement des systèmes de santé publique.
 - c. Développer des approches communes de gestion de l'information afin de faciliter la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation.

Afin d'accroître notre aptitude d'obtenir un fondement législatif plus solide pour le système de santé publique, le groupe de travail recommande :

5. L'élaboration et la mise à jour des lois pertinentes en santé publique. Ceci inclut :
 - a. La mise à jour de la *Loi sur la quarantaine*.
 - b. La définition des tâches et des responsabilités de l'Agence de santé publique du Canada et de l'administrateur en chef de la santé publique au Canada.
 - c. La fourniture de mécanismes permettant de contrôler les déplacements interprovinciaux des individus isolés ou en quarantaine.

- d. La fourniture de mécanismes permettant de contrôler le transport et l'entreposage des agents pathogènes à l'intérieur du Canada.
6. Développer une capacité de collaboration en matière de lois sur la santé publique et soutenir l'harmonisation des lois. Ceci inclut :
- Soutenir l'harmonisation des lois en santé publique sur le plan provincial/territorial par le biais de l'élaboration de modèles de réglementation et de libellés de loi.
 - Développer un centre d'expertise en lois sur la santé publique faisant partie intégrante de l'Agence de santé publique du Canada.
 - Soutenir un groupe national de concertation sur les lois de la santé publique afin de collaborer à l'identification des priorités, d'élaborer des solutions aux problèmes relevés et participer à la mise en œuvre des améliorations.
7. Fournir des conseils sur l'éthique et la protection des renseignements personnels. Ceci inclut :
- Voir à assurer que soit atteint, par tous les paliers de gouvernement, un équilibre approprié entre la protection des renseignements personnels et le besoin du public d'être protégé contre les menaces à la santé.
 - Développer un comité national d'éthique en santé publique, associée ou faisant partie de l'Agence de santé publique du Canada, afin d'évaluer les questions éthiques en santé publique et de fournir des conseils au réseau et à l'Agence de santé publique du Canada.

Afin d'accroître notre aptitude à planifier et à intervenir en cas d'urgences en santé publique et autres, le groupe de travail recommande :

- D'établir un système de gestion des urgences en santé qui est fondé sur le cadre stratégique national et qui aborde la planification, la formation et les exercices en matière d'urgences en santé.
- De développer une base pratique et acceptable pour l'accumulation et le maintien d'approvisionnements en santé publique, notamment des vaccins et des antivirus.
- D'utiliser un dialogue éclairé afin d'obtenir un engagement plus poussé des citoyens envers les niveaux de risque acceptables lors de la préparation de plans en vue de contrer la grippe pandémique et les autres urgences potentielles en santé publique.

Afin d'accroître notre aptitude à communiquer et à engager les Canadiens sur les questions de santé publique, le groupe de travail recommande :

- Le développement d'une capacité sur le plan national de fournir des communications efficaces en santé publique par le biais de l'Agence de santé publique du Canada.
- Le développement de la capacité pour des communications efficaces en santé publique de la part des niveaux PT et locaux de santé publique dans l'ensemble du Canada par le biais de la formation, de l'élaboration d'outils et d'autres moyens de soutien.
- Le développement de partenariats stratégiques et la capacité de permettre au système de santé publique d'engager d'une manière active les Canadiens dans le débat et la discussion sur les questions de santé publique.

Afin d'accroître notre aptitude de fournir des renseignements en temps opportun afin d'appuyer la prise de décisions et l'action en santé publique, le groupe de travail recommande :

- Le développement de systèmes de renseignements qui appuient les praticiens en santé publique et d'autres systèmes de santé en vue de remplir les fonctions essentielles en santé publique. Ceci inclut :
 - Le développement plus avancé des systèmes de surveillance et d'information sur les maladies infectieuses qui :
 - utilisent les définitions et les normes d'information pancanadiennes;
 - font le lien avec les données des laboratoires de santé publique;
 - font le lien avec les autres sources pertinentes de données sur la santé publique, telles que les données sur la qualité de l'eau et les services d'inspection;
 - font le lien avec le système de soins actifs en mettant l'accent sur les données de prévention des infections, les données de laboratoire et les données des services des salles d'urgence;
 - disposent d'une capacité de communications rapides au sein du système de santé publique, et entre le système de santé publique et les fournisseurs de soins de santé.

- b. Le développement et l'expansion plus poussés des systèmes de surveillance des maladies non transmissibles et des blessures.
 - c. L'accroissement de l'accessibilité aux renseignements sur la santé publique par les praticiens de la santé publique et des autres systèmes de santé.
15. L'obtention de systèmes améliorés d'information et de surveillance par le biais d'approches coordonnées et de collaboration. Ceci inclut :
- a. L'établissement d'un groupe d'experts sur la surveillance et l'information qui relève du Conseil du réseau et supervise le développement et la mise en œuvre des systèmes de surveillance et d'information en santé publique dans l'ensemble du pays.
 - b. La collaboration d'*Inforoute Santé* avec les provinces, les territoires, l'Agence de santé publique du Canada et le réseau afin d'assurer que le développement et la mise en œuvre des systèmes d'information en santé publique répondront aux besoins des utilisateurs.
 - c. L'investissement dans la maintenance et le développement à long terme des systèmes d'information et de surveillance en santé publique.
 - d. La tenue d'études pilotes afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de la surveillance syndromique pour la détection précoce des épidémies.

Afin d'accroître notre aptitude à soutenir la prise de décisions fondée sur des données probantes, le groupe de travail recommande :

- 16. D'accroître la capacité pour mener des recherches appliquées sur la santé publique, y compris des chaires en recherche appliquée et en pratique de la santé publique; des postes et des bourses de clinicien-chercheur.
- 17. D'accroître le financement offert pour la recherche appliquée en santé publique en fournissant une augmentation du financement ciblé pour les priorités identifiées de recherche.
- 18. De créer un centre des données probantes en santé publique parrainé par l'Agence de santé publique du Canada qui déterminerait et aborderait les lacunes en connaissances, établirait les sujets prioritaires de synthèse, coordonnerait et mènerait des projets de synthèse, et participerait activement

dans la traduction et la diffusion des connaissances afin de soutenir les pratiques efficaces en santé publique.

- 19. De développer une base de données de recherche parrainée par l'Agence de santé publique du Canada afin de permettre aux praticiens de santé publique d'identifier et d'extraire les données probantes pertinentes en santé publique.
- 20. De développer des partenariats stratégiques avec des organisations situées aux É.-U. et au R.-U., qui sont engagés dans les initiatives de synthèse et de traduction des connaissances relatives à la santé.

Afin d'accroître notre aptitude à fournir des services de laboratoire en santé publique, le groupe de travail recommande :

- 21. D'accroître la capacité et l'efficacité des laboratoires de santé publique par le biais de l'amélioration des systèmes de surveillance et d'information des laboratoires, l'élargissement du RLSPC en établissant des réseaux provinciaux de laboratoires de microbiologie qui incorporent les laboratoires des hôpitaux et communautaires, effectuer une analyse des écarts comparant le fonctionnement des laboratoires actuels et requis, et l'introduction d'une initiative pour l'amélioration continue de la qualité.
- 22. D'améliorer la formation et le développement de protocoles afin de soutenir la détection de nouveaux agents pathogènes émergents, la formation pratique des nouveaux diplômés, le soutien à l'accréditation ISO, et le soutien des services de détection dans les Territoires ne disposant pas de laboratoires de santé publique.
- 23. D'améliorer la surveillance de la qualité de l'eau par le biais de l'élaboration de directives nationales visant les essais pour l'eau et le partage en temps réel des données de surveillance entre les laboratoires et le personnel de prévention des maladies en santé publique.
- 24. D'accroître la normalisation des protocoles de laboratoires et développer un rapport national sur le rendement des laboratoires.
- 25. De fournir le soutien de secrétariat et de développement de programmes afin de permettre au Réseau des laboratoires de santé publique de s'acquitter de son mandat.

26. Que l'Inforoute Santé incorpore les laboratoires de santé publique dans l'élaboration des systèmes d'information pour l'ensemble élargi des laboratoires des systèmes de santé.

Afin d'accroître notre aptitude à régler les questions de santé publique affectant les Autochtones canadiens, le groupe de travail recommande :

27. Une approche de la santé fondée sur les déterminants à titre de mécanismes premiers pour améliorer la santé des peuples autochtones.
28. D'engager les peuples autochtones à participer activement au développement d'un système de santé publique dans leurs collectivités. Ceci revêt une importance cruciale dans l'interface entre les systèmes de santé publique des provinces et des territoires, et du fédéral dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits.
29. De collaborer au développement d'une stratégie nationale sur la santé des Autochtones qui incorporerait les fonctions fondamentales de la santé publique et aborderait les écarts dans l'infrastructure des systèmes de santé publique des collectivités autochtones.
30. D'aller de l'avant simultanément sur les plans nationaux et locaux afin d'éclaircir les rôles et les responsabilités pour la santé publique dans les collectivités autochtones.

Afin d'optimiser l'impact des centres de collaboration pour la santé publique en matière de pratique de la santé publique, le groupe de travail recommande :

31. Les centres de collaboration devront cibler un nombre limité de projets qui auront des répercussions sur la pratique de la santé publique dans les secteurs de la recherche appliquée, de la traduction des connaissances et de la formation.
32. Les centres de collaboration devront avoir une structure de gouvernance incluant divers intervenants, notamment des praticiens, des chercheurs et des formateurs.
33. De créer un seul comité consultatif scientifique de haut niveau qui examinerait et offrirait une orientation sur les plans de travail scientifiques de tous les centres.

Afin d'optimiser les avantages du système de santé publique en vue d'améliorer la santé des Canadiens, le groupe de travail recommande :

34. L'identification des dépenses FPT d'une manière uniforme en matière de système gouvernemental de santé publique.
35. L'investissement pour tous les gouvernements FPT en vue d'assurer que le système de santé publique a la capacité d'aborder efficacement les questions essentielles de la santé publique auxquelles font face les Canadiens.

Introduction

Le groupe de travail FPT (le groupe de travail) sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique constitue un groupe de travail du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). Créé à l'automne 2003, son mandat est le suivant :

Tirer parti des recommandations provenant du rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (le rapport Naylor) ainsi que les autres rapports connexes, en vue d'examiner les lacunes de l'infrastructure où la collaboration FPT serait bénéfique.

Le groupe de travail est composé de hauts fonctionnaires provenant du gouvernement fédéral et des PT, d'une expertise non gouvernementale, d'universitaires et de praticiens (voir l'Annexe 1 pour la liste des membres). Au cours de ses travaux, le groupe de travail a maintenu une liaison étroite avec le groupe de travail spécial FPT sur la santé publique (le groupe de travail spécial), dont le but est de fournir aux organismes l'expertise appropriée pour effectuer le travail nécessaire en vue d'assurer que les examens confiés par les ministres de la Santé FPT afin d'améliorer l'infrastructure et la capacité en santé publique sont accomplis. La liaison a été facilitée par la nomination conjointe de membres sur le groupe de travail et sur le groupe de travail spécial. Le groupe de travail a présenté un rapport préliminaire aux sous-ministres de la Santé en mai 2004.

L'intérêt à l'égard de l'infrastructure de la santé publique peut avoir été accru à la suite de l'écllosion du SRAS, mais n'est pas nouveau. L'enquête de la commission Krever sur le système d'approvisionnement en sang a exprimé des préoccupations concernant la capacité du système de santé publique (voir la zone de texte) et a recommandé que les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux fournissent des ressources suffisantes pour la santé publique.²

Un rapport de 2001 préparé par le Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP), à la demande de la conférence des sous-ministres FPT de la Santé, a reflété une opinion largement répandue sur le fait « qu'une absence de financement dans le renforcement des capacités a affaibli l'aptitude du gouvernement et des fournisseurs de services de créer les conditions per-

La commission Krever et la santé publique

« Les ministères de la santé publique de plusieurs parties du pays ne disposent pas de suffisamment de ressources pour effectuer leurs fonctions. Ceux-ci doivent disposer d'un nombre suffisant d'employés et de ressources pour effectuer une surveillance adéquate à l'égard des maladies infectieuses, pour développer et mettre en oeuvre des mesures permettant de prévenir la propagation des maladies infectieuses, y compris celles qui sont de diffusion hématogène, et de communiquer avec les autres autorités en matière de santé publique à la fois aux niveaux fédéral et provincial ou territorial. Une insuffisance de financement chronique et continu des ministères de la santé publique nuit à l'ensemble de la population canadienne ».

Source : Commission d'enquête H. Krever sur le système de l'approvisionnement en sang au Canada. Rapport final. Vol. 3. 1997.

mettant de déterminer la santé, de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens et de prévenir les maladies et les blessures inutiles. Le manque de ressources et une absence de volonté de soutenir d'une manière adéquate le composant de santé publique du système de soins de santé du Canada ont constitué les obstacles les plus souvent mentionnés à tous les niveaux, à la capacité de la santé publique de s'acquitter de son mandat et de répondre aux questions courantes, nouvelles et urgentes ».³ Les préoccupations les plus répandues concernant la faiblesse du système de santé publique ont incité un groupe ad hoc d'experts canadiens à entreprendre des travaux en 2002 pour déterminer les éléments essentiels d'un système national de santé publique.⁴ Leur rapport et la réunion d'un groupe national de réflexion⁵ ont facilité la création de la Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle.⁶

Dans son analyse à la suite du SRAS, le rapport Naylor stipule : « ... les preuves de menaces actuelles et potentielles à la santé des Canadiens dues aux faiblesses de l'infrastructure de la santé publique s'accumulent

depuis des années sans qu'il y ait d'intervention exhaustive de la part des divers paliers de gouvernement... La gravité de l'épidémie (SRAS) et les défis qui se sont présentés au cours de la crise du SRAS sont généralement considérés à juste titre comme des indicateurs du besoin de renforcer les systèmes canadiens de santé publique ». ¹ Le rapport décrit les faiblesses des systèmes qui incluaient de façon non limitative :

- L'absence d'une capacité d'appoint dans les systèmes cliniques et de santé publique;
- La difficulté à faire rapidement des tests de laboratoire et à obtenir les résultats;
- L'absence de protocoles sur le partage de données ou d'information entre les paliers de gouvernement;
- L'insuffisance de la capacité à mener des enquêtes épidémiologiques;
- Le manque de coordination dans les processus administratifs entre les établissements et les administrations pour gérer la flambée épidémique et répondre à l'urgence;
- Les lacunes dans les protocoles de gestion de l'épidémie, de prévention de l'infection et de la surveillance des maladies infectieuses dans les établissements;
- La faiblesse des liens entre le système des services de santé publique et les services individuels de santé.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a appuyé les recommandations du rapport Naylor et a demandé l'adoption de mesures pour les mettre en oeuvre. ⁷

Dans son examen du système de santé publique de l'Ontario, le juge Campbell a déclaré que le système était défectueux et que des mesures de redressement étaient requises : ⁸

La crise du SRAS a démontré que le système central de santé publique était improvisé, morcelé, mal dirigé, sans coordination, disposant de ressources insuffisantes, appauvri au niveau professionnel et incapable en général d'accomplir son mandat.

À la suite de cette évaluation, il n'est pas rassurant de lire dans le rapport Naylor que le système de l'Ontario n'est définitivement pas le maillon le plus faible de la chaîne en santé publique des PT. ⁹

Par suite de l'épidémie du SRAS, le rapport Naylor ¹ et d'autres ^{7,10} ont soumis une série de recommandations visant l'amélioration du système de santé publique au Canada. Le groupe de travail appuie intégralement le but des recommandations du rapport Naylor en vue d'améliorer le fonctionnement et la capacité du système de santé publique du pays. Le groupe de travail reconnaît également le progrès préliminaire vers la satisfaction de plusieurs des recommandations essentielles du rapport Naylor dans le budget fédéral du printemps 2004 ¹¹, y compris la création d'une Agence de santé publique du Canada (ASPC), le poste d'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) et une série de centres de collaborations pour la santé publique dans l'ensemble du pays.

Reconnaissant les structures juridictionnelles et organisationnelles du système de santé publique dans ce pays, la coopération et la collaboration FPT sont d'une importance cruciale pour renforcer et gérer le système. Ceci est illustré par la déclaration de la part de la conférence de septembre 2003 des ministres FPT de la Santé, dans laquelle les ministres reconnaissent le besoin de :

« Faire de la santé publique une de leurs priorités, en améliorant l'infrastructure en santé publique et en accroissant la capacité en santé à l'échelle institutionnelle, provinciale, territoriale et fédérale en tirant parti des forces actuelles et en s'inspirant des progrès accomplis dans l'ensemble du pays. »

À l'appui de cette intention, ce rapport décrira d'une manière plus détaillée ce que l'on signifie par infrastructure du système de santé publique, et ensuite décrira et offrira des recommandations pour les secteurs prioritaires servant au développement de l'infrastructure. En vue d'offrir un contexte, la prochaine section décrira brièvement les rôles et fonctions du système de santé publique. En conformité avec le rapport Naylor et les autres, ce rapport ciblera le système gouvernemental officiel de santé publique.

Les rôles et fonctions de la santé publique

La santé publique a été décrite comme la science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la qualité de vie grâce aux efforts organisés de la société. Celle-ci combine la science, les connaissances et les croyances axées sur l'entretien et l'amélioration de la santé de tous les peuples grâce à l'action collective. Les programmes, les services et les établissements participants ont tendance à mettre l'accent sur deux éléments : la prévention des maladies et les besoins en santé de l'ensemble de la population.¹² Cet objectif de la population est complémentaire, mais distinct de l'objectif clinique du système des services de santé individuels.

L'amélioration de la santé des populations doit tenir compte de la vaste gamme de facteurs qui influent sur la santé. Au cours des dernières décennies, le Canada a été un chef de file à l'échelle internationale en décrivant théoriquement les nombreux facteurs, particulièrement ceux qui vont au-delà de la prestation des services de santé individuels, qui influent sur la santé et le bien-être (voir la zone de texte).^{13,14} Les liens complexes de cause à effet qui influencent les comportements en matière de santé et l'état de santé requièrent des approches globales en vue d'améliorer la santé.

Les approches en santé publique comprendront en général des combinaisons d'éducation et de renforcement des compétences, de politique sociale, de partenariat et de collaboration intersectoriels, de réglementation, de développement communautaire et le soutien d'interventions cliniques préventives efficaces. À titre d'exemple, les réductions massives du tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire qui se sont produites sur une période de plusieurs décennies grâce aux efforts concertés en santé publique afin d'obtenir un changement social qui a combiné tous ces composants d'intervention. Dans le même ordre d'idées, une approche globale sera nécessaire pour la lutte contre l'excédent de poids et l'obésité, qui tendent à remplacer le tabagisme en ce qui touche l'importance relative.¹⁵

La figure 1 illustre qu'au cours des 15 dernières années, le taux d'obésité parmi les adultes canadiens a plus que doublé. Les taux de surpoids et d'obésité ont également augmenté chez les enfants et les adolescents canadiens.¹⁶ Le premier rapport de prévalences élevées du surpoids et de l'obésité chez les enfants d'âge

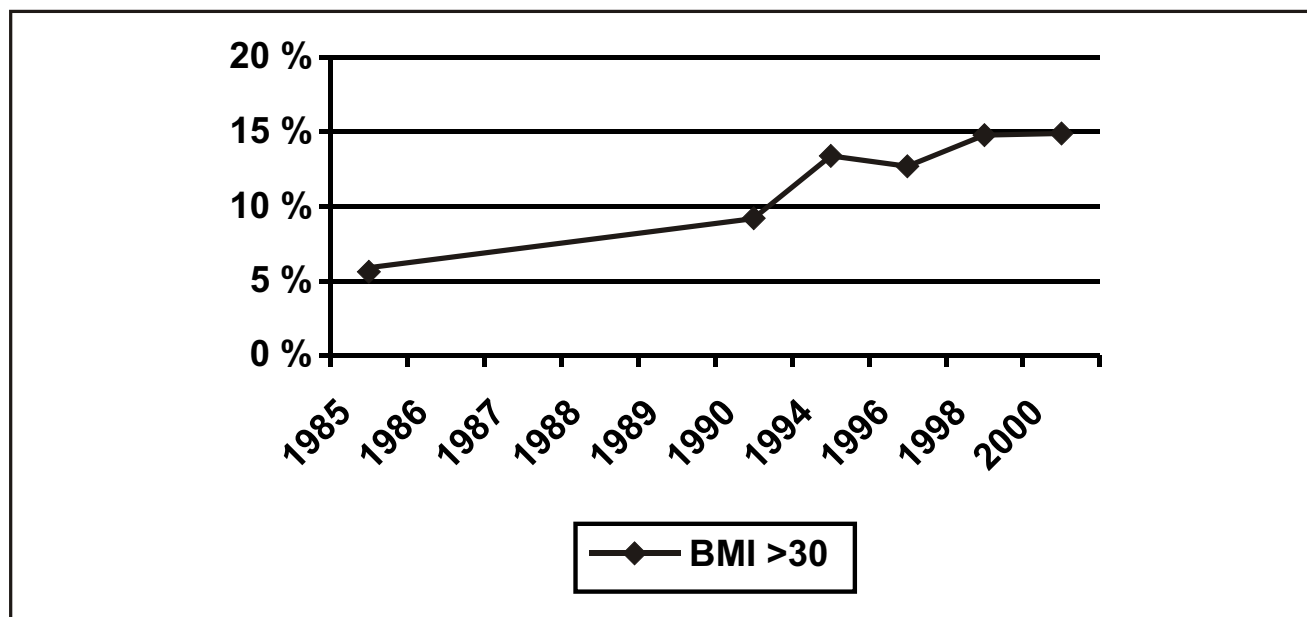
préscolaire canadiens a été publié en août 2004.¹⁷ Bien que les épidémies de maladies chroniques soient moins sérieuses que leurs équivalences chez les maladies infectieuses, les effets nets qui en résultent sont imposants. Le surpoids et l'obésité contribuent à une vaste gamme de problèmes de santé, notamment le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et l'ostéoarthrose.¹⁸ On estime aux É.-U. à près de 300 000 le nombre de décès annuels attribuables à l'obésité.¹⁹ Ayant un dixième de la population et une prévalence moins élevée de l'obésité, un peu moins de 30 000 décès au Canada y seraient attribuables. Les problèmes de santé occasionnés par l'obésité ont tendance à devenir chroniques, causant une invalidité et un besoin de services de santé individuels continus. Les coûts directs des soins de santé occasionnés par l'obésité au Canada en 1997 ont été chiffrés à 1,8 milliard de dollars ou 2,4 % des dépenses totales de soins de santé.²⁰ Des études plus récentes provenant de la C.-B. et de la Nouvelle-Écosse suggèrent qu'à la suite des prévalences croissantes de l'obésité, les maladies reliées à l'obésité représentent

Principaux déterminants de la santé

- Revenu et situation sociale
- Réseau de soutien social
- Niveau d'instruction
- Emploi/conditions de travail
- Environnements sociaux
- Environnements physiques
- Habitudes de vie, compétence d'adaptation personnelle
- Sain développement dans l'enfance
- Patrimoine biologique et génétique
- Services de santé
- Sexe
- Culture

Source : Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la santé de la population. Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. 1999.

Figure 1 : Prévalence de l'obésité chez les adultes canadiens



Sources : Katzmarzyk PT, 2002. Statistique Canada (<http://www.statcan.ca/français/freepub/82-221-XIE/00604/hlthstatus/conditions1f.htm>)

des pourcentages de 4,5 % et 6,8 % respectivement du total des coûts directs en soins de santé.^{15,21} Aux États-Unis, l'obésité représente environ 9,1 % des frais médicaux totalisant 92,6 milliards de dollars en dollars de 2002.²²

La question de l'obésité n'a pas trait au fait que certains individus ont pris un excédent de poids, mais plutôt le reflet d'une population dont l'ensemble des membres est devenu plus lourd. Les facteurs de risques pour la plupart des maladies sont répartis en général tout au long d'un continuum. Tel qu'il est décrit par l'épidémiologiste de renommée mondiale, Sir Geoffrey Rose, une stratégie préventive axée sur les personnes à risque ne traitera que les problèmes marginaux et n'aura qu'un effet mineur sur une grande partie des maladies qui atteignent la majorité des personnes modérément vulnérables. Par exemple, le nombre de problèmes cardiovasculaires chez les personnes qui ont une pression artérielle légèrement plus élevée ou des lipides sanguins modérément anormaux dépasse celui de la minorité cliniquement hypertendue ou dyslipidémique. Les stratégies axées sur la population, qui visent à modifier toute la répartition des facteurs de risque, sont susceptibles d'avoir beaucoup plus de répercussions au niveau de la population.

Changer les attitudes sur la santé par une intervention individuelle peut être difficile et inefficace. Si on tient compte de la prévalence du surpoids et de l'obésité, il s'agirait d'une impossibilité logistique et financière

d'offrir un counseling intensif et des interventions à chaque personne affectée. Même si ces ressources pouvaient être dégagées, il faudrait que ces interventions luttent contre les influences sociales énormes qui occasionnent l'épidémie d'obésité. En d'autres mots, on pourrait aider certains individus, mais les circonstances ayant produit des enfants et des adultes obèses n'en seraient pas réglées pour autant. L'adoption progressive de nouvelles normes sociales (par ex., des comportements envers une alimentation saine et l'activité physique) constituerait la façon logique d'améliorer la santé de la population. En même temps, le traitement clinique individuel doit être offert à la petite minorité de personnes présentant un risque très élevé. De cette façon, l'approche de la population de la santé publique et l'approche individualisée de la médecine clinique se complètent l'une l'autre. Le surpoids et l'obésité représentent une question de santé pour l'ensemble de la population exigeant une intervention globale de la santé publique qui peut enrayer les causes fondamentales de l'épidémie.

Bien que l'objectif de ce rapport cible le système gouvernemental de santé publique, la pratique de la santé publique dépend largement des partenariats intersectoriels et de la collaboration. Le système officiel de santé publique est nécessaire, mais insuffisant afin d'améliorer la santé de la population. Le système officiel constitue un partenaire essentiel en santé publique et comprend les organisations non gouvernementales, les associations locales, les groupes d'entreprises, le

mouvement syndical et plusieurs autres. Ces partenariats sont d'une importance cruciale si la santé publique doit influencer sur les déterminants de la santé en amont tel que le soutien social et les conditions pour le développement des enfants en santé. Par la collaboration, les systèmes officiels et informels de santé publique participent à l'amélioration de la santé de la population et à la réduction des inégalités en santé.

La mesure dans laquelle les questions de santé de la population sont abordées d'une manière adéquate par le système de santé publique, a des répercussions non seulement pour la santé de la population, mais influence également le système des services de soins de santé individuels. Tel qu'il a été illustré par le SRAS, une menace immédiate à la santé publique peut paralyser le système des services individuels de santé. Une pandémie d'influenza pourrait provoquer une perturbation d'une plus grande proportion sur le système de santé et au niveau social. Les maladies évitables et non transmissibles, et les blessures sont moins graves, mais constituent, en grand nombre, un fardeau important sur le système des services individuels de santé. À titre d'exemple, la surreprésentation des individus obèses parmi les Canadiens affectés d'une insuffisance rénale terminale a été rapportée récemment par l'ICIS.²⁴ Puisque la tendance de l'obésité n'a débuté qu'au cours des 15 dernières années, les répercussions sur les résultats négatifs de santé qui exigent des soins médicaux à long terme (par ex., la dialyse, les transplantations rénales, les pontages coronariens) augmenteront vraisemblablement.

Le communiqué de la rencontre des premiers ministres de 2004 portant sur l'avenir des soins de santé stipule que « tous les gouvernements savent que les activités du domaine de la santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles à l'amélioration des résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé. » En réalité, la modélisation au R.-U. exécutée par un dirigeant financier indépendant à la demande du Trésor de SM dans lequel un accent plus prononcé sur la prévention et la promotion pour les dix premières années du modèle a été associé à des taux réduits pour les augmentations des coûts des soins de santé au cours des dix années subséquentes.²⁵

Fonctions et structure du système de santé publique

Plusieurs pays et des organisations multinationales (par ex., l'OMS, l'OPS) ont défini les fonctions essentielles de leurs systèmes de santé publique. En 2001, le CCSP³ a recommandé cinq fonctions fondamentales du système de santé publique au Canada et leurs descriptions provenant du rapport Naylor¹ sont présentées ci-dessous. Des descriptions et des définitions additionnelles ont été soumises dans des rapports précédents.^{3,4}

Protection de la santé

Il s'agit d'une fonction fondamentale de longue date de tous les systèmes de santé publique. L'assurance d'un approvisionnement en eau et en aliments salubres, le cadre réglementaire du contrôle des maladies transmissibles et la protection contre les menaces environnementales sont essentiels au mandat de la santé publique et c'est ce que régit une bonne partie de la législation mondiale en matière de santé publique. Cette fonction englobe les conseils éclairés donnés aux organismes de réglementation nationaux sur la salubrité des aliments et la sécurité des médicaments.

Surveillance de la santé

Permet de détecter rapidement les épidémies, les tendances des maladies, les facteurs de risque et les cas de maladie, ce qui permet ensuite d'intervenir plus rapidement et d'atténuer les incidences. La surveillance contribue également à comprendre les effets des efforts déployés pour améliorer la santé et réduire l'impact des maladies. Par exemple, la présence d'une nouvelle souche de Salmonella dans de nombreuses régions du pays pendant une courte période peut indiquer la contamination d'un produit largement distribué.

Prévention des maladies et des blessures

Il y a plus d'une décennie, les Centers for Disease Control and Prevention, aux É.-U., ont trouvé que l'on pouvait éviter jusqu'à deux tiers des mortalités précoces si l'on utilisait les connaissances. Beaucoup de maladies peuvent être soit évitées ou retardées et des blessures évitées (p. ex. grâce au

recours au casque protecteur du cycliste). Cette catégorie d'activité comprend également les enquêtes, le dépistage des contacts et les mesures préventives ayant pour objet de réduire les risques d'épidémies de maladies transmissibles. Cela empiète sur la promotion de la santé, surtout les programmes éducatifs axés sur des styles de vie plus sécuritaires et plus sains.

Évaluation de la santé de la population

Permet de comprendre la santé des populations, les facteurs qui sous-tendent la bonne santé et ceux qui engendrent des risques pour la santé. Ces évaluations mènent à l'amélioration des services et des politiques.

Promotion de la santé

Les praticiens de la santé publique travaillent avec des particuliers, des organismes et des collectivités afin de comprendre et d'améliorer la santé au moyen d'une saine politique sur la santé, d'interventions communautaires et de la participation du public. La promotion de la santé contribue et s'intègre à la prévention des maladies (voir ci-dessous) en favorisant des comportements plus sains et plus sûrs. Les approches globales en matière de promotion de la santé peuvent comprendre le développement communautaire ou la défense des politiques et les activités liées aux déterminants environnementaux et socio-économiques de la santé et des maladies.

Le groupe de travail appuie l'utilisation uniforme de cette liste pour décrire les fonctions fondamentales de haut niveau du système de santé publique au Canada. La santé publique applique ces fonctions à une gamme de questions de santé, notamment les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, les blessures, le développement des enfants en santé et la santé environnementale. Parfois, le terme « fonctions » peut être utilisé d'une façon générale et cette question est examinée plus longuement à l'Annexe 2.

Le rapport Naylor soumet un excellent sommaire de la gouvernance et de l'organisation du système de santé publique au Canada.¹ Les responsabilités pour la santé publique sont réparties sur trois niveaux : fédéral; provincial/territorial; et local/régional. Des dispositions législatives fédérales existent pour la réglementation des aliments, des médicaments et des pesticides. De plus, il y a la *Loi sur la quarantaine et le Règlement sur l'importation des agents pathogènes pour les humains de la Loi sur le ministère de la Santé*. Santé Canada a

aussi contribué à une variété de mesures autres que législatives, incluant la fourniture du soutien technique et de l'aide, les fonctions de laboratoire, et l'offre de subventions et de contributions.

Bien que la *Loi canadienne sur la Santé* établit les conditions permettant de recevoir un financement pour les services médicaux et les services hospitaliers, celle-ci ne couvre pas la santé publique. L'incertitude qui entoure les pouvoirs fédéraux en santé publique est mise en évidence par la situation de la surveillance des maladies. Alors que la *Loi sur la statistique et la Loi sur le ministère de la Santé* confie au gouvernement du Canada le mandat d'obtenir de l'information sur les menaces pancanadiennes pour la santé publique, Santé Canada n'a pas actuellement de mandat clair sur le plan juridique pour exiger des provinces et des territoires qu'ils communiquent les données de surveillance de la santé, que ce soit entre eux ou au gouvernement fédéral. L'épidémie du SRAS a clairement démontré les embûches reliées aux transferts volontaires.

Les activités en matière de santé publique dans chaque province et territoire sont régies par une loi sur la santé publique (ou l'équivalent) et son règlement, ainsi que par d'autres lois spécifiques. La planification et la prestation des services relèvent principalement des structures régionales et locales, et la responsabilité est habituellement assumée par des conseils élus ou nommés. La population et la superficie couvertes par les agences de santé publique locales diffèrent énormément au sein des compétences PT. Selon la documentation soumise dans le rapport sur la capacité du CCSP,³ l'aptitude de fournir une gamme complète de services en santé publique varie énormément entre les agences locales. Les agences plus petites et plus éloignées ont des difficultés chroniques à recruter un personnel compétent en nombre suffisant.

Chaque province et territoire compte également du personnel en santé publique au sein de son gouvernement. Ce personnel est normalement chargé de la planification, de la gestion budgétaire et de l'information sur les programmes et d'aide aux employés locaux lors d'incidents graves. La capacité au niveau PT en santé publique varie énormément entre les compétences. Certaines provinces telles la C.-B. et le Québec ont développé des structures d'agence externes au ministère provincial de la Santé afin d'offrir l'expertise et le soutien au système de santé publique. À la suite du SRAS, l'Ontario a annoncé la création d'une agence provinciale de la santé publique.

La santé environnementale est une illustration des possibles ambiguïtés en matière de compétence. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux exercent tous une compétence législative sur les problèmes de santé environnementale. Les ministères de l'Environnement des provinces et territoires peuvent exploiter des installations de purification de l'eau et tester l'eau. Les administrations municipales peuvent adopter des règlements administratifs, offrir de nombreux services environnementaux et d'application de la loi. Les organismes locaux de santé publique et les ministères de la Santé des provinces et territoires sont chargés d'informer la population au sujet des répercussions des problèmes environnementaux sur la santé humaine, de procéder à des inspections, de veiller à l'application de la loi, de faire des enquêtes sur les risques pour la santé environnementale et des

problèmes sanitaires dont on croit qu'ils ont une cause environnementale. Les laboratoires de santé publique font des tests, tout comme les laboratoires fédéraux, provinciaux, universitaires ou sous contrat. D'autres ministères gouvernementaux - ressources naturelles, transports et loisirs - sont inévitablement concernés. En dernier lieu, les autorités de la protection civile et de l'intervention d'urgence, y compris les ministères de la sécurité publique des provinces et des territoires, interviennent lors de catastrophes environnementales.

La prochaine section de ce rapport décrira l'infrastructure du système de santé publique sur lequel repose la réalisation des fonctions de la santé publique.

Infrastructure du système – soutenir les fonctions fondamentales

La capacité de réaliser les fonctions fondamentales du système de santé publique repose sur l'existence d'une infrastructure de soutien : une main-d'œuvre suffisante et qualifiée; une capacité organisationnelle; les systèmes d'information et de connaissances (figure 2). Ces composants majeurs de l'infrastructure comprennent un certain nombre d'éléments interreliés qui peuvent être considérés en tant que fonctions de soutien du système. À titre d'exemple, la recherche appliquée et l'évaluation, la formation de la main-d'œuvre et la conception des systèmes d'information ne sont pas des fins en elles-mêmes, mais servent plutôt à la réalisation des fonctions fondamentales du système.

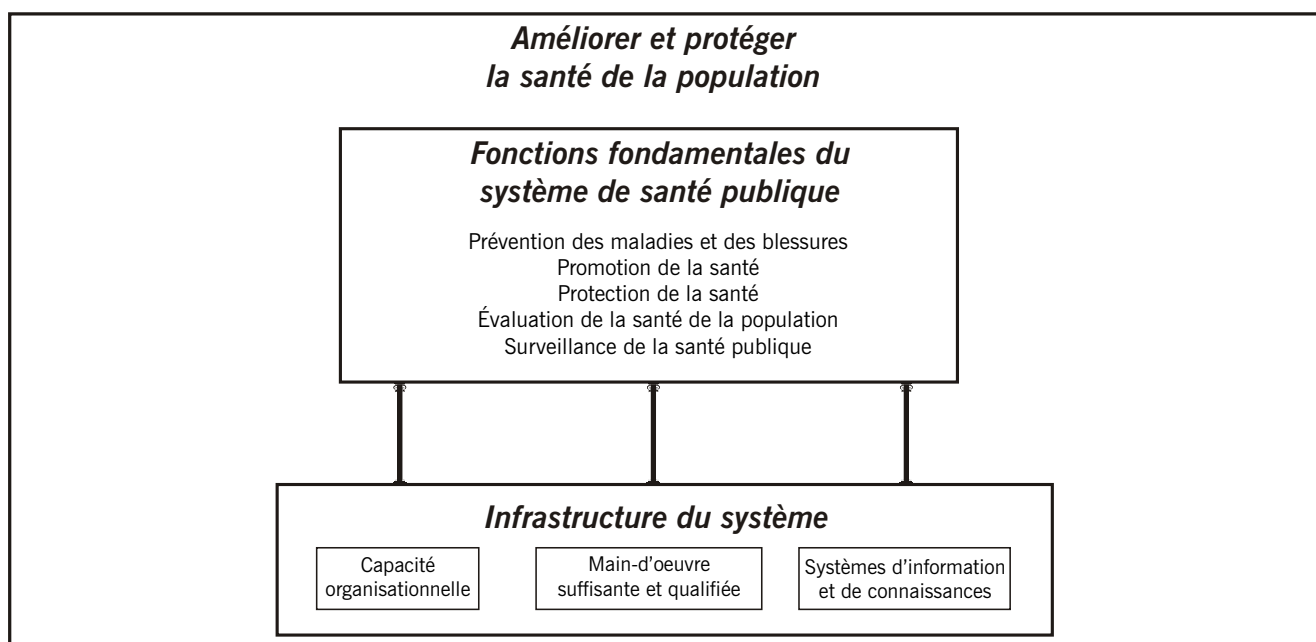
Toute entreprise ou tout système doit entretenir une préoccupation à l'égard de son personnel, de son organisation et des ressources. Il n'en est pas autrement pour la santé publique. Le schéma offre un aperçu simplifié du système de santé publique. Les intrants au système comprennent la main-d'œuvre et le capital. Ces intrants, lorsqu'ils sont utilisés selon les règles et des processus administratifs organisationnels d'une manière appropriée, et la gestion de l'information et des connaissances,

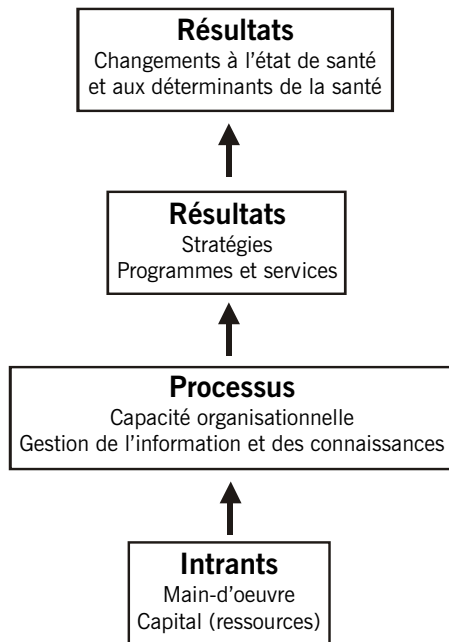
produiront les résultats des stratégies, des programmes et des services de la santé publique. Ces résultats permettront ensuite des améliorations aux déterminants de la santé et à l'état de santé (c.-à-d., les résultats). L'infrastructure est constituée en réalité par les intrants et les processus du système.

Il est nécessaire d'avoir une main-d'œuvre suffisante, qualifiée et répartie d'une façon appropriée; des investissements en capitaux appropriés; des processus administratifs bien pensés; et une capacité de gestion de l'information sur laquelle repose la prise de décisions. Sans ces éléments, les extrants et les résultats du système seront loin d'être idéaux. Afin de gérer le système d'une manière appropriée, il faut décrire et mesurer systématiquement chacune des étapes et ensuite prendre des mesures pour corriger les lacunes.

Les exigences d'infrastructure d'une agence de santé publique ne sont pas différentes au niveau de la conception de celles d'un hôpital. Les deux requièrent des praticiens qualifiés en nombre suffisant et provenant de différentes disciplines. Les établissements sélectionnés

Figure 2 : Fonctions fondamentales et infrastructure de soutien du système de santé publique





seront affiliés à des établissements d'enseignement en vue de favoriser la formation et la recherche appliquée. Il faut porter attention aux structures de gouvernance, et au leadership organisationnel et à la gestion. Les systèmes de gestion de l'information devront être mis en place afin de suivre et d'enregistrer les données, et d'en faciliter l'analyse et la communication. Alors qu'il n'y a pas de différence conceptuelle à l'égard des questions d'infrastructure entre un hôpital de soins actifs et une agence de santé publique, la principale différence se situe au niveau des investissements dans cette infrastructure.

En fonction des descriptions de l'infrastructure de santé publique dans le rapport Naylor et par le U.S. CDC, trois vastes catégories d'infrastructure sont montrées au tableau 1. Chacune de ces catégories renferme plusieurs éléments d'infrastructure, qui sont également présentés dans le tableau 1 et sont décrits en détails à l'Annexe 4.

Afin d'illustrer de quelle façon ces éléments de l'infrastructure contribuent à la réalisation du mandat de l'organisation, un exemple est fourni au tableau 2, illustrant l'application des éléments au programme local de surveillance et de prévention des maladies transmissibles.

Il serait possible également de démontrer de quelle façon les éléments de l'infrastructure contribuent à d'autres secteurs importants de contenu en santé publique (par ex., les maladies chroniques, les blessures, le développement des enfants en santé, etc.). Généralement, un programme global pour chaque secteur particulier de contenu en santé publique fusionnera les caractéristiques de chacune des cinq fonctions essentielles.

Bien que les éléments d'infrastructure soient énumérés comme des articles séparés, ceux-ci sont largement interreliés et interdépendants. Il n'est pas possible de développer un ou deux éléments et d'anticiper des améliorations significatives dans le fonctionnement du système. À titre d'exemple, afin de procéder à la surveillance, le système doit non seulement disposer d'une infrastructure d'information appropriée et de processus administratifs pour partager des données, mais aussi une législation de soutien, et un personnel qualifié afin de gérer, de recueillir, d'analyser et d'interpréter les données dans le contexte des connaissances actuelles et

Tableau 1 : Catégories et éléments de l'infrastructure du système de santé publique

Main-d'œuvre suffisante et qualifiée	Capacité organisationnelle	Systèmes d'information et de connaissances
<ul style="list-style-type: none"> Planification des ressources humaines Formation et développement professionnel Capacité des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> Lois Gouvernance du système Leadership Communication Fonctions, programmes et services définis Développement du système et capacité structurelle Collaboration et prise de décisions stratégiques Dépenses du système 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche et évaluation Gestion des connaissances et traduction Infrastructure de l'information Processus administratifs

Tableau 2 : Éléments de l'infrastructure pour un programme local de surveillance et de prévention des maladies transmissibles

Élément d'infrastructure	Description
Main-d'œuvre suffisante et qualifiée	<ul style="list-style-type: none"> • Un nombre suffisant d'employés qui possèdent collectivement l'ampleur et la profondeur des compétences requises (les enquêtes de cas, l'épidémiologie, les connaissances du contenu des maladies, l'enquête épidémiologique, la collaboration communautaire, la gestion des données, etc.)
Lois	<ul style="list-style-type: none"> • Oblige le rapport des cas et des épidémies à la santé publique • Les pouvoirs pour enquêter et recueillir l'information • Les pouvoirs afin de prévenir la transmission additionnelle
Gouvernance du système	<ul style="list-style-type: none"> • La clarté des rôles et responsabilités • Les mécanismes d'imputabilité (conseil, ministre, public) • Assurer la protection contre l'interférence des intérêts en place
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Établir qui est responsable et imputable pour le programme
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir l'information/direction aux fournisseurs de soins de santé et au public (par ex., la prévention des épidémies)
Fonctions, programmes et services définis	<ul style="list-style-type: none"> • La description claire des tâches et activités pour le programme
Conception du système et capacité structurelle	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement de priorités pour améliorer le programme (par ex., une analyse plus avancée des données) • Une masse critique de la disponibilité de l'expertise et des ressources techniques • Des protocoles établis afin d'obtenir un personnel supplémentaire pour aider en cas de situation d'urgence; 1) au sein de l'agence; 2) en provenance d'autres agences locales et de la province; 3) en provenance d'autres provinces et sur le plan fédéral • Des mesures de rendement établies, surveillées et rapportées
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • La collaboration intersectorielle afin d'examiner les déterminants de la santé menant à des maladies transmissibles (par ex., des logements plus salubres, des services individuels de santé, et l'alimentation pour les habitants des refuges afin de réduire les risques de tuberculose) • Consulter et soutenir les ONG (par ex., collaborer avec les organismes consacrés au SIDA afin de trouver des façons innovatrices de prévenir la dissémination du VIH)
Dépenses de systèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Un financement suffisant au programme pour remplir le mandat • Un plan existe pour obtenir des fonds additionnels pour les urgences (le personnel, les vaccins, etc.)
Recherche et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à des initiatives de recherche avec les universités • Évaluation des composants de programme • Au niveau de système, un programme de recherche appliquée afin de développer de nouvelles connaissances
Gestion des connaissances et traduction	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des ressources centrales et de système pour identifier les pratiques exemplaires et les interventions efficaces • Des soutiens centraux permettant d'aider à l'incorporation des pratiques exemplaires dans la programmation

Tableau 2 : Éléments de l'infrastructure pour un programme local de surveillance et de prévention des maladies transmissibles (suite)

Élément d'infrastructure	Description
Infrastructure de l'information	<ul style="list-style-type: none"> ● Le programme utilise un système d'information développé par l'administration centrale pour soutenir effectivement les activités de surveillance et de prévention des maladies ● Assure l'intégrité et la sécurité des données ● Utilise les ressources centrales pour accéder à des données comparatives avec les autres compétences
Processus administratifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Des protocoles établis pour le transfert des données au niveau provincial en temps opportun ● Des protocoles établis pour le transfert des données à d'autres agences locales selon les besoins (par ex., le cas à des contacts dans d'autres compétences) ● Des protocoles établis pour le transfert d'information en provenance du service de lutte contre les infections hospitalières à l'intention du programme.

des pratiques exemplaires. Le système a ensuite besoin des compétences et de la capacité pour diffuser les conclusions à ceux qui doivent savoir.

La capacité d'intervenir en cas d'urgence en santé publique repose sur la préparation préalable à l'événement à la capacité d'appoint du système. Ceci exige que plusieurs éléments d'infrastructure soient développés d'une façon appropriée, notamment :

- La capacité pour la collaboration et la prise de décisions stratégiques afin d'établir des ententes d'aide mutuelle, des protocoles et d'autres processus administratifs préalables à l'événement
- Une main-d'œuvre suffisante et qualifiée qui peut être redéployée afin de faire face à l'événement
- Le leadership et la coordination pour répondre, et gérer, l'urgence
- Des communications efficaces avec le public
- Des systèmes d'information intégrée et des laboratoires afin de gérer l'augmentation soudaine de demandes de tests, de rapports et d'enquêtes
- La capacité d'effectuer une recherche urgente (par ex., identifier un nouvel organisme, développer un nouveau test) doit être disponible, de même que la capacité d'évaluer l'impact des interventions
- Synthétiser les informations et les connaissances existantes, et les fournir aux praticiens, aux décideurs et au public dans des formats appropriés aux groupes ciblés.

Dans le même ordre d'idée, la capacité du système de santé publique de répondre à l'épidémie d'obésité exige la mise sur pied d'une infrastructure élaborée de façon adéquate en insistant de façon spécifique sur les éléments suivants :

- Une main-d'œuvre suffisante et qualifiée incluant des compétences en matière de développement et de mise en œuvre de politiques, de partenariats et de collaboration, et de marketing social
- Des lois qui soulignent le rôle et les attentes de la part de la santé publique d'influer sur les déterminants de santé et de diriger les processus dans la collaboration intersectorielle
- Le leadership en matière de système à tous les niveaux afin de mobiliser les ressources et de coordonner l'action
- Des stratégies de communication efficaces à l'intention du public et des décideurs
- La collaboration intersectorielle afin de créer un environnement social qui appuie les comportements plus sains
- La recherche appliquée afin d'évaluer les interventions et la traduction des connaissances qu'il faut diffuser et de soutenir l'application des interventions efficaces.

Un vrai système en est un dans lequel il existe un groupe d'éléments interactifs, interreliés et interdépendants formant un tout complexe. Peu importe la puissance d'un élément d'infrastructure en santé publique, c'est le maillon le plus faible qui déterminera l'efficacité et l'efficience ultimes du système. Sans égard au fait que celui-ci soit au niveau local/régional, PT, ou national, l'état de l'infrastructure déterminera la capacité de remplir totalement les fonctions du système. Toutes les organisations au sein du système de santé publique doivent être préoccupées par le développement de l'infrastructure, même si les besoins des différentes agences refléteront leurs responsabilités et leurs rôles relatifs au sein de l'ensemble du système.

Chaque élément de l'infrastructure, montré au tableau 1, exige une attention afin d'améliorer la puissance et la sensibilité du système de santé publique. Cependant, comme première étape, il est nécessaire d'établir des priorités d'actions pour ces éléments qui auront les répercussions les plus importantes et où on peut vraisemblablement réaliser des progrès rapides. Il s'agit de l'objectif de la prochaine section de ce document.

Secteurs prioritaires pour le développement de l'infrastructure

En fonction des directives provenant de la conférence des sous-ministres FPT de la Santé et du CCSPSS, le groupe de travail a prêté une attention particulière aux questions d'infrastructure suivantes :

- Une main-d'œuvre suffisante et qualifiée
- La capacité organisationnelle :
 - le réseau de santé publique et les groupes d'experts;
 - les stratégies et les buts de la santé;
 - les ententes et les protocoles;
 - les lois sur la santé publique;
 - les interventions en cas d'urgence et la capacité d'appoint;
 - les communications au public et l'engagement des citoyens.
- Les systèmes d'information et de connaissances :
 - l'information, la surveillance et l'infrastructure;
 - le développement des connaissances et sa traduction en pratique.
- Questions à facettes multiples :
 - les laboratoires de santé publique;
 - la santé des Autochtones;
 - les centres de collaboration pour la santé publique;
 - les ressources de système.

Le reste de ce document ciblera et fera état de recommandations pour chacune de ces questions.

Main-d'œuvre suffisante et qualifiée

Le rapport Naylor a souligné que « toute tentative d'améliorer la santé publique échouera si elle ne reconnaît pas l'importance fondamentale de maintenir dans tous les services de santé locaux au Canada, un personnel adéquat composé de professionnels de la santé hautement compétents et motivés. »¹

Tel qu'il est décrit dans le rapport de la commission Campbell : « On a reconnu, de façon non ambiguë au cours des dernières décennies, une détérioration générale de la capacité en santé publique dans

l'ensemble du Canada... Le SRAS a démontré que notre ressource la plus précieuse en santé publique provient des ressources humaines et que l'Ontario ne disposait pas d'une masse critique d'expertise au niveau provincial. Il est essentiel à toute réussite des initiatives de réformes en santé publique pour l'Ontario qu'il y ait une expertise de haut niveau à la fois aux niveaux local et central de la santé publique. »⁸ Comparativement à l'Ontario, plusieurs autres parties du pays disposent d'une capacité et d'une expertise sensiblement moindres pour intervenir.

Ainsi qu'un certain nombre de rapports l'ont indiqué, le Canada est confronté à une série importante de défis à l'égard de sa main-d'oeuvre en santé publique qui est caractérisée par les éléments suivants :^{1,3,10}

- les postes vacants;
- une répartition médiocre et inégale entre les provinces ou territoires – des problèmes particuliers dans les milieux ruraux et les Premières Nations;
- une main-d'oeuvre vieillissante;
- une insuffisance de postes de formation;
- peu de formation permanente;
- les domaines de la santé publique à l'université et en pratique ne sont pas bien reliés;
- des données limitées pour décrire la main-d'oeuvre en santé publique;
- aucune stratégie globale afin de faire face à ces défis.

L'importance d'évaluer et de développer la main-d'oeuvre en santé publique constitue un phénomène relativement nouveau. Un rapport non publié, préparé par le CCSP en 2001, a documenté les inégalités et les préoccupations largement répandues à l'égard de la capacité de la main-d'oeuvre en santé publique.³ Tel qu'il est indiqué dans le rapport Naylor, le facteur le plus important en vue d'assurer une intervention pendant une urgence repose sur la suffisance de la dotation afin de répondre aux besoins continus. Il existe toujours un besoin de stabiliser et de renforcer la main-d'oeuvre existante en santé publique, particulièrement dans les premières lignes du système. Grâce à une reconnaissance accrue et répandue de la crise en matière de ressources humaines confrontant la santé publique, ce

groupe de travail évalue qu'il est inquiétant au plus haut point que des coupures importantes à la main-d'œuvre en santé publique se produisent toujours.^{26,27} Le budget fédéral de 2004 a promis une somme de 100 M\$ pour réduire les pressions sur les systèmes des PT et on a incité les compétences PT à examiner l'accroissement du personnel de première ligne en utilisant ce financement et les voies de financement des PT.

En réponse au besoin de diriger et de coordonner une intervention pour la crise actuelle dans la main-d'oeuvre de la santé publique, un groupe de travail conjoint pour les ressources humaines en santé publique* (un groupe de travail conjoint) a été créé. Son mandat consiste à cibler la planification à long terme, les prévisions, la recherche, l'éducation et la formation concernant les ressources humaines en santé publique. Le groupe de travail conjoint a participé à une série d'initiatives afin de documenter son travail. Établir un consensus entre les nombreux intervenants de système est d'une importance extrême et est incorporé aux étapes appropriées des projets.

Les efforts initiaux ont inclus une évaluation des efforts aux fins de développement de la main-d'oeuvre en santé publique en Australie, en Angleterre et aux É.-U.,²⁸ et une série d'ateliers de consultations régionales avec les universitaires, les praticiens et les autres intervenants de système en santé publique, a eu lieu au début de 2004.²⁹ Ces évaluations, associées aux recommandations provenant du rapport Naylor et d'autres sources, ont identifié les priorités suivantes pour le développement de système :

- Élaborer une stratégie nationale pour le développement de la main-d'oeuvre à l'aide d'une planification conjointe par les intervenants principaux : les universitaires, les employeurs, les associations professionnelles;
- Des cheminements de carrière identifiés et soutenus pour les praticiens en santé publique;
- Développer une gamme d'options et de composants de formation :
 - Une gamme de niveaux de formation – des cours de courte durée, des diplômes, B. Sc., MPH M. Sc., Ph. D.
 - À distance, à temps partiel, à plein temps
 - Éducation permanente
 - Interdisciplinaire

- Fondé sur les compétences et ciblant une variété de connaissances ou de sujets, incluant la gestion, le leadership et les questions émergentes
- Combine la pratique et l'apprentissage théorique (par ex., enseigner aux unités de santé)
- Renforce les centres universitaires (les chaires, les cliniciens-chercheurs, les échanges de praticiens, les consortiums d'établissements universitaires);
- Identifier et appliquer les compétences en santé publique;
- Les soutiens pour la formation (un financement pour les étudiants ou les employeurs, l'octroi de temps pour l'apprentissage, l'incorporation du soutien des connaissances dans la pratique);
- Le développement du programme d'épidémiologie de terrain;
- Répondre aux secteurs émergents de besoins (par ex., l'informatique, la génomique, la gestion, les communications).

En réponse aux conclusions de l'analyse environnementale internationale et de la rétroaction provenant des consultations régionales, le groupe de travail conjoint poursuit l'élaboration d'une série de compétences en santé publique. Les compétences fondamentales, qui reflètent les connaissances, les compétences les capacités requises pour la pratique générale en santé publique, sont en cours de rédaction et des consultations à leur sujet auront lieu auprès de la communauté de la santé publique au cours de l'exercice financier 2004/2005. Une série de compétences propres aux disciplines pour les infirmières en santé publique et les inspecteurs en santé publique sont en cours de développement et seront liées aux compétences fondamentales. Cette série de compétences constituera un outil important afin de parvenir à une uniformité dans les programmes de formation, d'évaluer les besoins de formation et de développer un programme éducatif.

La stratégie de développement de la main-d'œuvre devrait être un plan pluriannuel qui orientera les actions nécessaires pour renforcer la main-d'œuvre en santé publique dans l'ensemble du pays (voir la zone de texte). La stratégie devra tenir compte et cibler les nombreuses barrières au recrutement et à la rétention de praticiens hautement qualifiés en santé publique. À titre d'exemple, des cheminements de carrière doivent être

* Le groupe de travail conjoint est composé de membres provenant du groupe de travail FPT sur l'infrastructure pour le renforcement du système de santé publique (GTIRSSP) et du comité consultatif FPT sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH)

Stratégie de développement de la main-d'oeuvre

La stratégie devra inclure :

- Surveiller de la composition et des prévisions de besoins en main-d'oeuvre;
- Identifier les compétences et élaborer un contenu et un programme éducatif pertinents;
- Cibler la capacité de formation;
- Utiliser des incitatifs afin d'assurer la compétence;
- Évaluer la stratégie et ses composants;
- Assurer le soutien financier.

Source : Initiative d'éducation pancanadienne sur la santé publique : sommaire des trois ateliers régionaux, Santé Canada, 2004.

élaborés afin de permettre aux praticiens expérimentés de poursuivre leur contribution au système, ainsi que d'attirer des individus oeuvrant dans d'autres domaines. Pour l'instant, il n'existe pas de liens établis entre les employeurs et les programmes de formation qui leur permettent de travailler ensemble et d'assurer que les programmes de formation produisent le nombre requis d'individus possédant l'ensemble des compétences nécessaires. Il faudra établir une plus grande collaboration entre les centres de formation, ainsi qu'entre eux et les employeurs.

La préparation des praticiens de santé publique exige une combinaison de formation théorique et pratique. Alors que les provinces ont investi dans le développement d'hôpitaux universitaires et de centres de pratique familiale pour la formation des professionnels des systèmes des services individuels de santé, les programmes comparables en santé publique sont excessivement limités. Dans les années 80, l'Ontario a lancé le programme des unités d'enseignement en santé publique, même si un manque de financement soutenu et prévisible a retardé sa progression au cours des dernières années. Le développement et le financement des unités d'enseignement en santé publique ont été soulevés maintes fois lors de consultations régionales afin d'offrir une formation pratique aux professionnels en santé publique et également pour renforcer et accroître la pertinence des centres universitaires à l'endroit du système de santé publique.

La capacité de formation des centres universitaires doit être accrue afin que ceux-ci puissent préparer un plus grand nombre de praticiens en santé publique par le biais du MPH, de la médecine communautaire et d'autres programmes de formation. Ceci est nécessaire non seulement pour remplacer les praticiens prenant leur retraite, mais pour répondre à la demande croissante de praticiens faisant suite à l'intérêt renouvelé envers la santé publique. La création des nouvelles agences de santé publique, fédérale et provinciales, ainsi que le renforcement des agences de santé publique, aux trois niveaux de systèmes, produira une demande pour des individus ayant une formation en santé publique à laquelle on ne peut suffire avec les programmes actuels de formation. Par conséquent, certaines universités préparent ou étendent activement les programmes existants de formation. Obtenir une combinaison et une capacité suffisantes de programmes de formation ne peut pas être confié au hasard et doit être intégré dans la stratégie de développement de la main-d'oeuvre. Dans plusieurs parties du pays, il s'avérerait déraisonnable pour des petits établissements universitaires d'élaborer des programmes autonomes, de telle sorte qu'une planification et une coordination accrues seront nécessaires. Des liens renforcés seront requis entre le milieu universitaire et les praticiens afin de combler ces deux champs. La création de postes de cliniciens-chercheurs en santé publique constituerait une approche en vue d'y parvenir.

L'éducation permanente est le principe de base de toute carrière dans la profession de la santé. Les systèmes bien conçus de formation continue ont évolué pour plusieurs professionnels dans le système de services individuels de santé, mais pas en santé publique. Une des raisons les plus importantes de cette différence est due au fait que, dans les services individuels de santé, les industries pharmaceutiques et de l'équipement médical investissent énormément dans le financement des programmes d'éducation permanente. Grâce aux vaccins en tant que seul médicament utilisé habituellement en santé publique, très peu de fonds provenant du secteur privé sont mis à la disposition du soutien de l'éducation permanente. Le secteur public doit donc prendre la relève, lui qui emploie directement la main-d'oeuvre en santé publique, et à titre d'intervenant principal, celui-ci doit financer les programmes d'éducation permanente. Ceci n'est pas considéré comme une priorité importante dans la plupart des compétences.

Une des exceptions est le programme d'Amélioration des compétences en surveillance de la santé de Santé Canada, qui consiste en un programme de formation facilitée en direct afin d'améliorer les compétences des praticiens de première ligne. Les modules d'introduction sur l'épidémiologie, la surveillance et les enquêtes épidémiologiques sont déjà produits ou en cours de production, et plusieurs sujets additionnels sont prévus au cours des deux prochaines années. Une évaluation des besoins afin de déterminer les sujets prioritaires additionnels est anticipée, alors que la série initiale de modules est offerte. Dans l'ensemble, il existe un besoin énorme pour le développement d'une vaste gamme de programmes accessibles de formation en éducation permanente. À ces fins, il sera nécessaire d'élargir la capacité des centres de formation afin de fournir la formation continue et un bureau central, qui sera selon toute vraisemblance situé à l'intérieur de l'ASPC, en vue de coordonner les initiatives d'éducation permanente et l'établissement des priorités.

L'information constitue le moteur du système de santé publique et il existe un besoin significatif pour le développement de système dans ce secteur. Tenant compte de ce besoin, il est déconcertant de constater qu'il n'existe pas de programmes pour l'informatique** en santé publique dans ce pays. Par contre, les É.-U. disposent non seulement de plusieurs programmes d'études supérieures dans ce secteur, mais le CDC finance un programme de recherche de 2 ans pour préparer des spécialistes qualifiés dans l'intégration des systèmes d'information sur la santé publique et le développement de normes, de politique et de mesures de contrôle de la qualité des données afin d'avancer la pratique de l'informatique en santé publique. Le CDC offre également des fonds pour un programme similaire en génomique de la santé publique afin de permettre aux professionnels de devenir experts dans l'application des découvertes génétiques pour la prévention des maladies et la santé publique. Le Canada doit se doter d'une capacité de développer l'expertise dans des créneaux stratégiques tels que ceux qui contribuent au développement d'un système solide de santé publique.

Puisque la main-d'œuvre actuelle en santé publique est déjà mise à rude épreuve pour fournir les niveaux essentiels de prestation de services continus, il y a eu une certaine réticence générale à offrir des occasions d'éducation permanente et de mise à jour de la formation pour le personnel. Du point de vue des systèmes, ceci apparaît comme autodestructeur. Il faut fournir une

aide aux praticiens et à leurs employeurs pour neutraliser les répercussions du fait que les individus désirent une formation additionnelle. Ceci pourrait prendre la forme de subventions et de bourses de recherche, permettant de consacrer du temps à la formation, et de financement à l'intention des employeurs afin de combler les postes.

Le développement de programmes fondamentaux de formation et d'éducation permanente, bien qu'il s'agisse d'un besoin prioritaire, représentera un défi concernant l'assurance de la qualité et de l'uniformité des programmes. Dans d'autres pays, on y a pourvu en établissant des normes de compétences³¹ ou d'accréditation³² pour les programmes de formation. Le Canada devra aussi régler cette question et en théorie, le faire pendant que de nouveaux programmes sont créés.

Alors que la liste des priorités est imposante, le pays a quand même des actifs dont il peut tirer avantage. Tel qu'il a été démontré lors des consultations régionales, il existe un intérêt marqué de la part des intervenants d'aborder ce composant essentiel de l'infrastructure des systèmes. Les projets préliminaires du groupe de travail conjoint constituent des étapes initiales importantes et des résultats additionnels sont attendus de la part de ce groupe. Bien que plusieurs des initiatives recommandées exigeront du temps avant d'influer sur le système, il est important qu'elles soient lancées le plus rapidement possible, afin d'en constater les résultats le plus tôt possible.

Afin d'accroître notre aptitude à renforcer la capacité et les compétences de la main-d'oeuvre en santé publique, le groupe de travail recommande en tant que priorité :

1. Que les provinces et les territoires s'engagent à stabiliser et à renforcer la main-d'oeuvre en santé publique en insistant de façon particulière sur les premières lignes du système de santé publique.

Le groupe de travail recommande également à titre de mesures nécessaires et à plus long terme :

2. Développer et mettre en œuvre une stratégie nationale du développement de la main-d'oeuvre en santé publique. Ceci inclut :
 - a. Créer un bureau de développement de la main-d'oeuvre au sein de l'Agence de santé publique du Canada pour diriger et soutenir le développement de la main-d'oeuvre en santé publique.

** L'informatique en santé publique a été définie comme l'application systématique de l'information, de la science informatique et de la technologie à la pratique, à la recherche et à l'apprentissage de la santé publique.³⁰

- b. Identifier et appliquer les compétences de la main-d'œuvre de la santé publique à la pratique du 21^e siècle afin d'évaluer les besoins de formation, d'orienter le développement du programme éducatif et d'atteindre l'uniformité dans les programmes de formation.
3. Accroître la capacité de formation afin de préparer les nouveaux praticiens en santé publique, et de maintenir et d'améliorer les compétences des praticiens actuels. Ceci inclut :
 - a. Créer une capacité additionnelle pour la formation de base tel que le certificat, le diplôme, et les programmes MPH, ainsi que le développement et la mise en oeuvre de la programmation d'éducation permanente, qui sont accessibles et pertinents à la pratique de la santé publique. Le financement doit également être fourni afin de développer une série de compétences spécialisées dans les secteurs essentiels de la pratique, notamment l'informatique en santé publique, la prévention des épidémies, la prévention des maladies chroniques et le leadership ou la gestion.
 - b. Créer et soutenir l'établissement de stages tel que l'enseignement à des unités de santé publique afin d'assurer que les praticiens reçoivent une combinaison adéquate de formation théorique et pratique.
 - c. Fournir le soutien financier pour les individus et les employeurs afin que les praticiens puissent participer à la formation.
 - d. Développer des mécanismes pour assurer l'uniformité et la qualité des programmes de formation, y compris l'accréditation des écoles offrant la formation en santé publique telle que les programmes professionnels de maîtrise.

Réseau de santé publique et groupes d'expert

Au cours des années, il y a eu une multitude de comités et de groupes de travail FPT qui ont participé à différents aspects de la santé publique. La façon dont les rôles de ces groupes ont été conceptualisés ou que leur travail a été coordonné, n'a pas toujours été claire. Les comités ont souvent été structurés pour offrir des conseils de politique, mais en l'absence de tout mandat permettant de mettre en oeuvre ou de suivre des recommandations. Le groupe de travail spécial a recommandé la création d'un réseau pancanadien de santé publique afin d'améliorer la collaboration en santé publique au

Groupes d'experts initiaux réseau de la santé publique

- Prévention des maladies transmissibles
- Réseau de laboratoires en santé publique
- Réseau de protection civile et d'intervention
- Surveillance et information en santé publique
- Maladies non transmissibles et blessures
- Promotion de la santé

Source : Partenaires en santé publique : rapport du groupe de travail spécial FPT sur la santé publique. Mai 2004.

Canada. Le réseau sera composé d'un certain nombre de groupes d'experts (voir la zone de texte). La vision consiste à ce que chacun de ces groupes puisse avoir un ou plusieurs groupes d'études dont il est responsable. Les groupes d'experts relèveraient d'un conseil FPT, qui, lui-même serait responsable envers la conférence des sous-ministres FPT de la Santé.

Le groupe de travail appuie la création d'un réseau de santé publique et recommande qu'il accomplisse les tâches suivantes :

- Accroître la discussion et la clarification des sujets d'intérêt mutuel, améliorer la collaboration et rehausser l'efficacité des activités en santé publique et la prévisibilité des interventions de la santé publique aux urgences et aux menaces à la santé;
- Fonctionner de façon à mettre en oeuvre la collaboration (non seulement la prestation de conseils);
- Impliquer les experts, les décideurs et les fonctionnaires du gouvernement d'une manière appropriée dans les différents composants du réseau, de la prise de décisions au niveau pertinent et au moment opportun;
- Participer à tous les aspects de l'infrastructure et des programmes, y compris les maladies infectieuses, les maladies chroniques ou non transmissibles et les blessures;
- Tirer profit des comités existants et des autres structures;
- Être plus simple et plus facile à comprendre et provoquer une rationalisation des comités existants, réduire les chevauchements et les doublons, et améliorer la communication et la coordination;
- Rehausser l'efficacité de la collaboration FPT et réduire dans la mesure du possible le fardeau de participation des gouvernements PT;

- Impliquer les gouvernements, les universitaires, les associations professionnelles, les organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé et d'autres, mais ne pas diminuer les pouvoirs ou l'imputabilité des gouvernements.

Le rapport du groupe de travail spécial décrit le mandat, les principes, la structure et les fonctions du réseau, qui semble être conforme aux suggestions préalables. Le rapport souligne également trois secteurs où le réseau devra influencer :

- Le développement des ententes en santé publique;
- Le développement d'un cadre pour une approche commune de la législation et de la réglementation;
- Le développement de stratégies de collaboration en santé publique.

Chacune de ces questions est examinée d'une manière plus approfondie dans les sections suivantes de ce rapport.

Stratégies et buts de la santé publique

Le rapport Naylor indique que le Canada, contrairement à d'autres pays, n'a pas de buts de santé ou de stratégies connexes au niveau national. Le rapport stipule plus loin qu'il voit « d'énormes avantages dans un processus de collaboration visant à intégrer les stratégies existantes et à forger un consensus F/P/T sur les objectifs. Les citoyens canadiens méritent une stratégie nationale en santé qui comprenne des cibles spécifiques en matière de santé, des points de repère pour mesurer les progrès faits dans leur réalisation et des mécanismes de collaboration pour optimiser la vitesse des progrès. »¹ À titre d'exemple, la Suède a récemment publié ses objectifs nationaux en santé publique qui ciblent les déterminants de la santé (voir la zone de texte).³³ Une des raisons de cibler les déterminants de la santé est « qu'ils sont accessibles pour des décisions politiques et peuvent être influencés par des mesures sociétales. »³³

Le rapport du groupe de travail spécial mentionne que le développement de stratégies et de pratiques exemplaires en santé publique devrait constituer une priorité pour le réseau. Le rapport stipule également que les stratégies décriraient la façon dont les gouvernements FPT pourraient collaborer d'une manière cohérente et constante sur les questions de santé publique, reconnaissant les différences en matière d'approches et de priorités entre les compétences. Le communiqué de la rencontre des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé en 2004 indique que les gouvernements se sont engagés « à accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique... [qui] se

Objectifs nationaux en santé publique de la Suède

- Participation et influence dans la société
- Sécurité économique et sociale
- Conditions sécuritaires et favorables au cours de l'enfance et de l'adolescence
- Vie de travail plus saine
- Environnements et produits sains et sécuritaires
- Soins de santé et médicaux qui font une promotion plus active de la santé
- Protection efficace contre les maladies transmissibles
- Sexualité sans risques et bonne santé reproductive
- Accroissement de l'activité physique
- Bonnes habitudes d'alimentation et aliments sécuritaires
- Réduction de l'utilisation du tabac et de l'alcool, une société sans consommation de drogues illicites et de dopage, et une réduction des effets nocifs du jeu pathologique.

Source : Nouvelle politique de la santé publique de la Suède d'Agren G. Institut national de la santé publique de la Suède. 2003.

donneront des buts et objectifs visant à améliorer l'état de santé et le bien-être des Canadiens avec la collaboration d'experts. » Une des priorités consistera à développer des objectifs pancanadiens en santé publique par le biais d'une vaste approche de collaboration nationale.

Les stratégies de santé publique doivent intégrer les cinq fonctions fondamentales de la santé publique et cibler le champ complet des questions de santé publique (c.-à-d., les maladies chroniques, les blessures, le développement des enfants en santé, la santé environnementale, les maladies transmissibles, etc.). En considérant le développement de stratégies nationales de santé publique, le groupe de travail voit que le niveau de détail des stratégies variera vraisemblablement en fonction du sujet. En ce qui a trait à la protection civile et à plusieurs questions de protection de la santé, des stratégies plus détaillées sont probablement faisables, particulièrement en tenant compte du caractère désirable des approches similaires et de l'interconnexion des plans.

Pour les questions de santé qui ont un composant de politique social substantiel, l'objectif initial du développement de la stratégie devrait consister à créer les soutiens appropriés pour une programmation efficace. Ceci pourrait comprendre le développement de systèmes de surveillance afin de déterminer les tendances et de faciliter les comparaisons entre les compétences, de développer les connaissances par le biais de la recherche appliquée, de la synthèse de connaissances et de l'identification de pratiques exemplaires. La stratégie pourrait également inclure les soutiens pour la mise en oeuvre tel que le développement d'outils, de projets pilotes et le développement d'indicateurs communs. L'application des données probantes lors du développement d'interventions particulières doit tenir compte du contexte politique local et le niveau de système le plus approprié pour cette analyse est au niveau des PT.

À titre d'exemple, aux É.-U., les données probantes à l'appui des programmes de développement des jeunes enfants et les interventions en matière de logement familial ont été récemment synthétisées à l'échelle nationale.³⁴ La détermination de la meilleure façon d'appliquer ces données probantes exigerait une analyse de politique qui prend en compte le contexte provincial et local de ces questions. Néanmoins, même pour les sujets ayant un fort contexte de politique sociale, il existe d'énormes avantages à adopter une approche de collaboration afin de développer, de synthétiser et de traduire les données probantes de santé publique, d'élaborer des systèmes de surveillance et des indicateurs communs, et de fournir le soutien pour la mise en oeuvre.

Un nombre croissant de provinces s'engage dans la détermination de programmes et de services qui devront être offerts par leurs systèmes de santé publique. Une étape typique dans le développement de cette série de programmes fondamentaux consiste en un examen des données probantes sur l'efficacité des interventions. Il existe certainement un avantage mutuel à revoir une fois les données probantes et ensuite de rendre ces conclusions accessibles à l'ensemble de la communauté de la santé publique plutôt que d'avoir chaque compétence, répéter les efforts des autres. Cette question est liée à la traduction et à la diffusion des connaissances qui seront examinées ultérieurement dans ce rapport.

Afin de mieux définir les attentes envers le système de santé publique, les provinces décrivent d'une manière accrue les programmes et les services spécifiques qui seront fournis. Il s'agit des résultats du système. Les mesures de rendement ciblant l'état de l'infrastructure

du système ne sont pas encore développées (par ex., les intrants et les processus). Il s'agit d'un secteur de travail actif aux É.-U., où des normes de rendement ont été développées à la fois pour les niveaux de système sur le plan gouvernemental et local qui évaluent l'infrastructure en fonction de leur liste de services essentiels.³⁵

Afin de fournir un portrait global qui réunit les différentes dimensions du rendement du système, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) de l'Ontario œuvre au développement d'un tableau de bord équilibré pour la santé publique (voir la zone de texte).³⁶

Lié de manière conceptuelle aux tableaux de bord développés pour le secteur des soins aigus, ce tableau de bord inclut les dimensions pour l'état de santé, l'engagement communautaire, les ressources et les services, et l'intégration et la sensibilité du système. Bien que toujours au début de l'étape conceptuelle, ce type d'outils peut faciliter des analyses plus explicites des liens entre l'infrastructure, les extrants et les résultats, permettant une prise de décisions mieux éclairée et une imputabilité concernant le système de santé publique et son fonctionnement. Une autre pratique qui est en cours d'adaptation en provenance du secteur des soins aigus est l'agrément. L'Association canadienne de la santé publique et le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) ont lancé récemment une initiative conjointe afin d'examiner les normes actuelles et de déterminer le processus approprié et les indicateurs pour l'agrément en santé publique. Ceci est particulièrement pertinent puisque la santé publique dans la plupart des parties du pays fait partie des autorités régionales de santé qui sont actuellement accréditées par le CCASS.

Afin d'accroître notre aptitude à développer des stratégies pancanadiennes en santé publique, le groupe de travail recommande :

4. Une approche nationale de collaboration envers le développement d'objectifs de haut niveau en santé publique incluant :
 - a. Le développement de stratégies fondées sur les données probantes et les pratiques exemplaires;
 - b. le développement d'indicateurs afin de décrire l'ensemble des questions de santé publique et le rendement du système de santé publique;
 - c. le développement d'approches communes de gestion de l'information afin de faciliter la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation.

Le tableau de bord équilibré de la santé publique

D'après un travail similaire pour les hôpitaux et les secteurs des soins de santé, un tableau de bord équilibré est en cours de développement pour la santé publique comme moyen d'évaluer le rendement des systèmes. Le tableau de bord est prévu avoir quatre composants :

- Les déterminants et l'état de santé
- L'engagement communautaire
- Les ressources et les services
- L'intégration et la sensibilité.

Appliqué aux maladies infectieuses, le rapport de rendement pourrait :

- Inclure les tendances de l'incidence et de la prévalence des maladies infectieuses
- Évaluer les niveaux de connaissances professionnelles et publiques, et le soutien des programmes pour les maladies infectieuses
- Examiner la quantité de ressources qui est allouée aux programmes dans différentes compétences
- Déterminer la portée des activités, des processus et des réseaux nécessaires qui sont en place.

Source : Woodward G, Manuel D, Goel V. Developing a balanced scorecard for public health: ICES investigative report. Toronto: ICES, 2004.

Ententes et protocoles

Le rapport Naylor a identifié le besoin d'une coordination améliorée entre les compétences FPT par l'entremise d'une série d'ententes et de protocoles. Le groupe de travail est conscient que ceci a constitué un objectif particulier du groupe de travail spécial et n'a pas examiné en détail cette question.

Le groupe de travail spécial a déterminé que le réseau devra préparer, mettre en oeuvre et maintenir des ententes intergouvernementales sur les questions de santé publique entre les compétences. Il est prévu que le réseau préparera et négociera les ententes au sein du Conseil, les acheminera à la conférence des sous-ministres FPT à des fins d'examen et de commentaires, et en dernier lieu, les soumettra à la conférence des ministres FPT de la Santé pour approbation préalable à la mise en oeuvre. Bien que les ententes

respecteront l'autorité et les restrictions des compétences individuelles et leur droit de gérer les fonctions et les opérations de la santé publique dans leur propre domaine, le but consiste à ce que toutes les compétences puissent accéder à des ressources additionnelles de santé publique selon les besoins et la demande. Les ententes devront aussi aborder l'importance de la collaboration dans le développement et le fonctionnement des systèmes tel que le partage de l'information.

Le groupe de travail spécial a identifié cinq secteurs prioritaires pour les ententes qui devront être négociés dans les 12 mois de la création du réseau :

- L'aide mutuelle pendant une urgence;
- le partage de l'information en santé publique;
- les réseaux de laboratoires de santé publique;
- les réseaux internationaux;
- les échanges et les affectations des chercheurs et des fournisseurs.

L'Annexe A du rapport de mai 2004 du groupe de travail spécial fournit les éléments fondamentaux d'un projet d'entente sur l'aide mutuelle pendant une urgence.

Reconnaissant que les ententes et les protocoles constituent un élément important de l'infrastructure, le groupe de travail appuie fortement leur développement et leur mise en oeuvre rapides.

Lois sur la santé publique

Le système officiel de santé publique constitue un des mécanismes par lesquels les gouvernements agissent afin de mieux servir le public. Les lois sont un élément essentiel de l'infrastructure qui détermine le mandat, le but et les responsabilités en santé publique. À titre d'exemple, la *Loi sur la santé publique* du Québec, qui est la plus récente loi PT en santé publique, identifie explicitement les fonctions et les responsabilités fondamentales du système et précise les pouvoirs additionnels au cours des urgences. Ceci donne un équilibre complet aux fonctions fondamentales, reconnaissant l'importance des déterminants de la santé et de la collaboration intersectorielle (voir la zone de texte).

Les lois sur la santé publique au niveau PT ont été traditionnellement développées indépendamment des autres compétences. Bien que le groupe de travail prend en compte le fait que les compétences PT désirent jouir d'une flexibilité quant à la façon dont elles encadrent ou mettent l'accent sur certaines caractéristiques de la santé publique telle que la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé, ces variations sont

Reconnaissant les déterminants de la santé et la collaboration Loi sur la santé publique du Québec

« mesures édictées par la présente loi visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée. Ces mesures visent le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu. »

Source : *Loi sur la santé publique*, projet de loi 36. Chapitre 1, para 3. Éditeur officiel du Québec, 2001..

beaucoup moins souhaitables pour les questions relatives à la protection de la santé et le partage des données. Les exigences de pouvoirs et de responsabilités pour combattre les épidémies et les urgences en santé publique ne doivent pas différer véritablement entre les compétences. Le besoin d'une capacité d'appoint et la coordination des épidémies affectant plusieurs compétences nécessitent des interventions et des pouvoirs communs et intégrés. Il existe un **besoin immédiat** pour des projets de règlements ou un libellé juridique en vue de permettre le partage d'information en santé publique entre les compétences.

Le rapport Naylor décrit le manque de constance et l'insuffisance des lois sur la santé publique dans ce pays. L'analyse des lois provinciales en santé publique pour la protection contre les maladies infectieuses (c.-à-d., le Compendium³⁷) a signalé de nombreuses incohérences relatives aux rapports sur les maladies infectieuses, la divulgation de renseignements personnels, la surveillance et les pouvoirs en cas d'urgences. Alors que la *Loi sur la quarantaine* du fédéral, qui a été créée originellement à la fin des années 1800, est actualisée afin de contrôler les déplacements des individus et les transports qui traversent la frontière canadienne, la capacité de contrôler les déplacements des individus isolés ou en quarantaine traversant les frontières PT n'a pas été abordée. Il y a des préoccupations additionnelles concernant le transport des anthropopathogènes au Canada ainsi que leur transport et entreposage à l'intérieur du pays. Les lois actuelles de la santé publique ciblent le contrôle des individus exposés ou infectés. Cependant, les épidémies du SRAS ont créé des scénarios où le fait de contrôler des groupes

de personnes en fonction de leur interaction fréquente (par ex., un groupe socioculturel ou ethnique, des groupes de travail) a dû être envisagé.

Il y a deux courants d'opinions quant à l'obtention d'un nouveau législatif dans ce pays. Un courant préconise que le gouvernement fédéral adopte une approche plus ferme de « commandement et de contrôle », alors que l'autre favorise une approche coopérative. Compte tenu de l'intérêt FPT dans le renforcement du système de santé publique, une approche coopérative semble constituer l'approche la plus appropriée. Cependant, l'importance des lacunes et des questions législatives exige que le processus soit mis en branle immédiatement.

La reconnaissance du besoin d'approches législatives communes n'est pas unique au Canada. Aux É.-U., le développement de la législation modèle en santé publique dans les états a été identifié comme une priorité de l'initiative Turning Point,³⁸ qui consiste en une série de projets financée par le secteur privé en vue de transformer et de renforcer le système de santé publique de ce pays. D'autres législations modèles ont été développées à l'égard des pouvoirs des états concernant les urgences en santé et les lois des états relatives à la protection des renseignements personnels en santé publique. Toutes ces ressources sont accessibles par le biais du Collaborating Center for Law and the Public's Health du CDC.³⁹

Le Canada ne dispose pas d'outils similaires pour soutenir la convergence des lois en santé publique, ni d'un centre d'expertise en matière de lois sur la santé publique. Tel qu'il est montré dans la zone de texte d'accompagnement, la mission et les buts du U.S. Center consistent à renforcer le composant législatif de l'infrastructure du système de santé publique d'une façon globale. Compte tenu de la portée des questions juridiques sur la santé publique qui requièrent notre attention dans ce pays, une masse critique comparable d'expertise associée à l'ASPC constituerait l'approche évidente au renforcement de cet élément d'infrastructure et au soutien de la convergence des lois en santé publique. À titre de soutien additionnel, et afin d'assurer une participation pancanadienne, le groupe de travail informel sur les lois concernant la santé publique qui a été mis sur pied dans le cadre de l'initiative en C.-B., afin de rédiger de nouvelles lois en santé publique, devrait être soutenu à titre de groupe d'experts et de concertation, et être lié à l'ASPC et au Centre de droit public en santé publique. Ceci permettrait de soutenir les communications entre les intervenants principaux et

de favoriser les besoins de priorisation entre les compétences concernant les questions de droit en santé publique.

Le rapport du groupe de travail spécial en mai 2004 précise le besoin d'examiner les lois et les règlements concernant la santé publique. Les éléments fondamentaux de cette approche comprendraient la création d'un cadre pour une approche commune envers des lois modernes et globales en santé publique, la prestation d'orientation sur les dispositions législatives, le développement de solutions et d'approches communes, et l'élaboration de dispositions juridiques jumelées pour le contrôle des anthropopathogènes, de la quarantaine et des autres mesures de prévention des maladies à l'intérieur des frontières canadiennes. Le groupe de travail spécial a également identifié le besoin d'établir des mécanismes afin de partager les conseils, les renseignements et l'expertise ainsi que les pratiques exemplaires tels que des ateliers de collaboration, des conférences et de protéger les sites Web. Le groupe de travail est en accord avec ces propositions et recommande la création d'un groupe d'experts et de concertation sur le droit en santé publique et un centre pour le droit en santé publique en tant que mécanismes essentiels pour combler les besoins identifiés.

Des lois récentes, tant au niveau fédéral que provincial, ont été créées en vue de protéger les renseignements personnels. Tel qu'il a été discuté dans le rapport Naylor, des préoccupations répandues concernant le fait que ces initiatives législatives puissent porter atteinte aux fonctions de la santé publique, surgissent. Il est absolument nécessaire de parvenir à un équilibre adéquat entre la protection des renseignements personnels et le besoin de protéger la santé du public. Un groupe de travail du Comité consultatif sur l'information et les nouvelles technologies (CCINT) œuvre à l'identification des catégories d'utilisation secondaire acceptable des données recueillies qui devraient être autorisées sans requérir un consentement additionnel. Un besoin continu d'examiner ces questions peut être anticipé et le Centre du droit pour la santé publique sera appelé à prodiguer une expertise juridique sur cette question.

Le développement et l'application de lois en santé publique peuvent soulever un certain nombre de questions éthiques. Dans cette optique, le rapport Naylor a recommandé la création d'un groupe de travail chargé de l'éthique en santé publique qui élaborerait un code de déontologie pour orienter la prise de décisions pendant les crises sanitaires comme des épidémies de maladies infectieuses. La *Loi sur la Santé publique* du Québec crée un comité de l'éthique en santé publique afin

Collaborating Center for Law and the Public's Health du CDC

(Universités de Georgetown et Johns Hopkins)

La mission comprend ::

- Servir en tant que source primaire sur les lois de la santé publique pour les praticiens, les avocats, les législateurs, les responsables des politiques, les intervenants et le public en matière de santé publique;
- rehausser la compréhension sur la façon dont les lois affectent la prévention des maladies et des blessures par le biais de la recherche, de l'éducation, de la formation, de la collaboration et de la diffusion de l'information;
- promouvoir le développement et la mise en oeuvre d'une infrastructure efficace des lois en santé publique.

Les buts particuliers comprennent :

- Identifier les programmes de formation existants et leur capacité de fournir efficacement les renseignements nécessaires sur les lois en santé publique;
- Développer les compétences juridiques fondamentales dans le droit de la santé publique et le programme éducatif correspondant, ainsi que les nouveaux documents de formation selon les besoins;
- Collaborer avec les intervenants et les partenaires nationaux afin de fournir des séances et des documents de formation utiles pour les praticiens, les avocats, les législateurs et les responsables des politiques en santé publique;
- Effectuer des recherches et des analyses juridiques dans des secteurs ciblés et pertinents à la santé publique;
- Examiner l'infrastructure des lois en santé publique et présenter des recommandations à l'égard des améliorations nécessaires;
- Promouvoir la communication et la collaboration entre les groupes d'intérêt par le biais du site Web et d'autres médias de communications;
- Rehausser la visibilité et l'efficacité des lois en tant qu'outils pour la promotion de la santé publique.

Source : <http://www.publichealthlaw.net/About/Mission.htm>

d'offrir une opinion au ministre sur les plans de surveillance proposés et sur les enquêtes proposées sur les questions sociales et de santé. Cependant, à la demande du ministre, le comité peut donner une opinion sur toute question éthique qui peut découler de l'application de la *Loi* portant en particulier sur les activités ou les mesures incluses dans le programme provincial de santé publique ou les plans locaux ou régionaux d'actions en santé publique. Dans la *Loi* du Québec, la participation au comité est décrite requérant la présence d'un éthicien; d'un directeur régional en santé publique; de deux professionnels pratiquant dans un secteur de la santé publique, dont l'un œuvre dans la surveillance continue en santé publique; et trois personnes intéressées provenant du public n'ayant aucun lien professionnel avec le système de santé et des services sociaux. Les opinions du comité sont publiques. L'expérience basée sur le comité québécois devrait être poursuivie afin d'obtenir un aperçu concernant le développement d'un comité de l'éthique au niveau national. On devra porter attention à la façon dont ce comité interagit avec le réseau, l'ASPC, l'administrateur en chef de la santé et le ministre fédéral de la Santé.

Afin d'accroître notre aptitude à obtenir une base législative plus ferme pour le système de santé publique, le groupe de travail recommande :

5. Le développement et la mise à jour des lois pertinentes en santé publique. Ceci inclut :
 - a. L'actualisation de la *Loi sur la quarantaine*.
 - b. La définition des tâches et des responsabilités de l'Agence de santé publique du Canada et de l'administrateur en chef de la santé publique au Canada.
 - c. La prestation de mécanismes permettant de contrôler la circulation interprovinciale des individus isolés ou en quarantaine.
 - d. La prestation de mécanismes pour contrôler le transport et l'entreposage d'agents pathogènes à l'intérieur du Canada.
6. Le développement d'une capacité de collaboration au sujet du droit en santé publique et le soutien d'une convergence des lois. Ceci inclut :
 - a. Le soutien de la convergence des lois en santé publique au niveau provincial/territorial par le biais de l'élaboration de modèle de réglementation et du libellé juridique.

- b. La création d'un centre de l'expertise en droit sur la santé publique en tant que partie de l'Agence de santé publique du Canada.
 - c. Le soutien d'un groupe national d'experts et de concertation en droit sur la santé publique en vue de collaborer à l'établissement de priorités, de l'élaboration de solutions pour des problèmes déterminés et la participation à la mise en œuvre de ces améliorations.
7. La prestation de conseils sur l'éthique et la protection des renseignements personnels. Ceci inclut :
 - a. L'évaluation, par tous les niveaux de gouvernement, à savoir si un équilibre approprié entre la protection des renseignements personnels et le besoin du public d'être protégé contre les menaces à la santé est atteint.
 - b. La création d'un comité national sur l'éthique en santé publique, affiliée ou partie de l'Agence de santé publique du Canada, afin d'évaluer les questions éthiques en santé publique et d'offrir des conseils au réseau et à l'Agence de santé publique du Canada.

Intervention en cas d'urgence et capacité d'appoint

Le système de santé publique a la responsabilité de jouer un rôle prépondérant dans les interventions en cas d'urgence relatives à la santé publique (par ex., les épidémies, le bioterrorisme) et un rôle accessoire pour les autres types d'urgence (par ex., les catastrophes naturelles et techniques). Le *cadre stratégique pour la gestion des urgences en santé* a été élaboré par le réseau FPT de protection civile et d'intervention offre un cadre conceptuel utile afin de relier les différents composants impliqués dans la gestion des urgences en santé. Les agences nationales de santé publique jouent un rôle essentiel dans la direction et la coordination des interventions en cas d'urgence en santé publique (voir la zone texte pour des exemples provenant du U.S. CDC).

Les interventions en cas d'urgence comportent un cycle continu de planification, de formation et d'exercice. À la fin de 2004, les participants à un forum national sur les mesures et les interventions d'urgence ont convenu que le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) devrait diriger un processus afin de planifier et d'établir un système de gestion des urgences en santé qui est conforme au cadre stratégique et compatible avec le système de gestion national des urgences de la Sécurité publique et de la Protection civile Canada

(SPPCC). Le CMIU dirigera un groupe de planification en vue de définir les composants du système de gestion national des urgences.

Dès que le système national de gestion des urgences sera élaboré, il sera nécessaire de développer, de maintenir et fournir des cours de formation. Il faudra également concevoir, mettre en oeuvre et évaluer les exercices permettant d'estimer les capacités de préparation et d'intervention à tous les niveaux de système. Actuellement, aucun financement n'est accessible pour la formation ou l'exercice en cas d'urgence générale de santé. À l'encontre, la UK Health Protection Agency dispose d'un programme d'exercices pour la division d'intervention d'urgence qui a tenu une série d'exercices pour vérifier l'état de préparation aux urgences dans la communauté des services de santé.

Les plans entre les niveaux de système et entre les compétences doivent être reliés afin de faciliter l'offre d'aide mutuelle. Il semble y avoir deux façons d'aborder le besoin de déploiement rapide du personnel hautement qualifié dans les régions affectées. Le premier consiste à avoir des équipes préétablies et l'autre prévoit d'avoir un inventaire d'individus formés qui peuvent être utilisés afin de former une équipe. Les deux approches sont décrites, et leurs rôles et avantages relatifs doivent être pris en considération d'une manière plus approfondie. Le leadership national et l'imputabilité seront nécessaires afin d'assurer le développement d'un système intégré et commun d'intervention en cas d'urgences en santé publique.

Dans le cadre de la planification des préparatifs en cas d'urgence, un fondement rationnel pour l'accumulation et le maintien des approvisionnements en santé publique tels que les vaccins et les antiviruses doit être inclus. Bien qu'il existe des questions non résolues concernant le financement des stocks, ces difficultés ne devraient pas empêcher la mise en place des approvisionnements appropriés.

La disponibilité en temps opportun des vaccins et des antiviruses soulève des questions de compromis à l'égard des risques et des avantages pour le pays. À titre d'exemple, à la suite de questions non résolues au sujet de l'indemnisation, un fournisseur pour la pandémie d'influenza du Canada estime avoir besoin d'une période de sept mois pour des essais cliniques avant qu'un vaccin puisse être offert sur le marché. Ce calendrier pourrait être réduit si l'organisme de réglementation était prêt à accepter un niveau plus élevé d'effets secondaires en tant que compromis afin que le vaccin soit disponible plus rapidement. Un problème similaire existe pour les médicaments antigrippaux. La prise de décisions profes-

Préparatifs d'urgence du U.S. CDC

Le CDC dispose d'un certain nombre d'initiatives pour la préparation et la planification des urgences en santé publique qui incluent :

- Les inventaires pour l'évaluation volontaire de la capacité d'intervention en santé publique pour répondre aux urgences;
- Les procédures de notification pour les agents de santé publique;
- La stratégie de préparation et d'intervention pour le terrorisme;
- Les leçons retenues des enquêtes sur les épidémies;
- La réserve nationale stratégique;
- L'échange d'information sur les épidémies (le réseau de communications électronique reliant le CDC avec les agences de santé publique du pays);
- Le renforcement des préparatifs nationaux pour la variole;
- Les centres pour les préparatifs en santé publique;
- Les réglementations pour prévenir les maladies transmissibles;
- La quarantaine inter-états et étrangère.

Source: www.bt.cdc.gov/planning/index.asp

sionnelles et politiques à l'égard de ces questions profiterait vraisemblablement d'une consultation des Canadiens par le biais d'un dialogue éclairé concernant les niveaux acceptables de risques pour ces produits dans le contexte d'une pandémie d'influenza. À ces fins, il faudrait développer la capacité d'un engagement plus prononcé de la part des citoyens à l'égard des questions de santé publique. Cette question est examinée d'une façon plus approfondie dans une section ultérieure de ce rapport.

La planification en cas d'urgences et le développement des ententes et des protocoles pertinents pour une aide mutuelle ciblent la question de la capacité d'appoint afin que les ressources puissent être affectées où elles sont requises. Une hypothèse sous-jacente à l'égard de l'aide mutuelle et de la capacité d'appoint consiste à assurer que d'autres parties du système de santé publique, à la fois au sein d'une compétence PT ainsi que les autres

compétences FPT, disposeront de la capacité de réserve pour fournir une aide au cours d'une urgence. Si l'on présume de la disponibilité des ressources, il faudra planifier à l'avance les besoins de déploiement afin que la disposition de l'aide mutuelle se fasse d'une manière homogène, uniforme, organisée et « prête à partir », selon les besoins. Il est prévu que le groupe d'experts du réseau sur les préparatifs d'urgence et l'intervention aura la responsabilité de réaliser cette coordination.

Afin d'accroître notre aptitude à planifier et à intervenir dans les cas d'urgences en santé publique et autres, le groupe de travail recommande :

8. L'établissement d'un système de gestion des urgences en santé qui est fondé sur le cadre stratégique national et qui cible la planification, la formation et les exercices pour les urgences en santé.
9. L'élaboration d'une base pratique et acceptable pour l'accumulation et le maintien des approvisionnements en santé publique tels que les vaccins et les antivirus.
10. L'utilisation d'un dialogue éclairé afin d'obtenir un engagement plus prononcé de la part des citoyens à l'égard des niveaux acceptables de risques dans la préparation des plans concernant les pandémies d'influenza et les autres urgences potentielles en santé publique.

Communication avec le public et engagement des citoyens

La capacité de communiquer efficacement avec le public constitue un élément important de l'infrastructure du système de santé publique. Ceci comprend l'information à l'intention du public concernant sa santé et le besoin de mesures. On y inclut également l'utilisation du marketing social afin de soutenir des choix plus sains. Tel qu'il a été illustré au cours de la crise du SRAS, la santé publique nécessite également la capacité de communiquer efficacement pendant une crise. La série de compétences requises pour réaliser ces différentes formes de communication diffère de l'expertise de communications, axée sur la politique que l'on trouve généralement dans les ministères de la santé. Tel qu'il est décrit dans le rapport Naylor, il y a place pour une amélioration sensible des stratégies de communication utilisées au Canada pendant des urgences en santé.

Communication de la part du U.S. CDC

- Le programme de formation pour la communication en santé : conçu en fonction du CDCynergy, qui est un CD-ROM multimédia utilisé pour la planification, la gestion et l'évaluation des programmes de communication en santé. Il s'agit de programmes de base, de communication des risques en urgence et de niveau d'un certificat. Une formation additionnelle offerte pour le travail avec des équipes créatrices telle que la publicité et les relations publiques, ainsi que le processus et les avantages des concepts d'essais et des documents avec des membres des groupes ciblés.
- Le programme interne et de recherche : le programme attire des personnes talentueuses provenant de secteurs tels que les communications, le journalisme, l'éducation en santé, l'anthropologie, le marketing et la technologie de l'information ou l'interaction humaine avec l'ordinateur pour participer à des projets de communication du CDC.
- Les secteurs de pratique : le bureau des communications de CDC participe activement à la recherche et à l'évaluation, au marketing social, à la recherche sur les auditoires, la langue et la culture, la santé en ligne et l'évaluation du Web. Cette dernière comprend l'évaluation des communications interactives de santé avec le public.
- L'éducation en divertissements : offre des consultations d'experts, d'éducation et de ressources pour les rédacteurs et les producteurs qui développent des scénarios sur la santé et l'information.

Source : www.cdc.gov/communication/index.htm

L'expertise et la capacité pour les communications en santé publique sont nécessaires aux trois niveaux du système de santé publique. Compte tenu de l'importance cruciale des communications en santé publique, le U.S. CDC a développé une série globale d'activités de formation et de programme dans ce secteur (voir la zone de texte). L'ASPC devrait participer d'une manière active à des secteurs similaires dans ce

pays. La prestation d'une formation et du soutien liés aux communications sera utile uniquement si des ressources sont affectées à cette activité aux niveaux PT et locaux en santé publique.

Les nouvelles technologies offrent une variété d'options afin de faciliter une sensibilisation accrue du public à l'égard des questions de santé publique. L'Internet fournit une occasion de diffusion de l'information en santé (par ex., le Réseau canadien de la santé - www.canadian-health-network.ca) et l'ASPC constituera probablement une source essentielle de renseignements reliés à la santé publique par le biais de ce canal. L'Internet peut également servir à contrer les informations erronées tel qu'il est illustré sur la page Web du U.S. CDC sur les canulars et les rumeurs dans le domaine de la santé.⁴⁰

Une section précédente de ce rapport soulevait l'importance de l'engagement des citoyens en vue de discuter des questions de santé publique. Les nouvelles technologies et approches en accroissent la faisabilité. À titre d'exemple, le Centre for Global eHealth Innovation participe à différentes initiatives qui pourraient accroître l'efficacité des communications interactives en santé publique avec le public (par ex., des messages préalables aux tests; les groupes de consultations; la diffusion multimédia et les mécanismes de réponse, etc.).⁴¹ Les partenariats entre l'ASPC, ses centres de collaboration en Ontario, le Centre for Global eHealth Innovation et les autres parties intéressées pourraient développer des façons innovatrices de faire participer les Canadiens aux questions de santé publique.

Afin d'accroître notre aptitude de communiquer et d'engager les Canadiens à participer aux questions de santé publique, le groupe de travail recommande :

11. Le développement d'une capacité à l'échelle nationale de fournir des communications de santé publique efficaces par le biais de l'Agence de santé publique du Canada.
12. Le développement d'une capacité de fournir des communications de santé publique efficaces aux niveaux PT et locaux de santé publique dans l'ensemble du Canada par le biais de formation, de développement d'outils et d'autres moyens de soutien.
13. L'établissement de partenariats stratégiques et de capacité afin de permettre au système de santé publique de faire participer activement les Canadiens au débat et à la discussion des questions de santé publique.

Information, surveillance et infostructure

La santé publique est un domaine axé sur l'information. L'évaluation et la surveillance, deux des cinq fonctions fondamentales, ciblent particulièrement la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion de l'information. Dans le système de services individuels de santé, un patient fournit les « données » sur lesquelles les décisions de traitement sont prises. Cependant, en santé publique, une gamme variée de différents types de données sur la santé de la population doit être recueillie ou consultée comprenant :

- Les causes de décès (mortalité)
- Les occurrences de maladies, d'incapacités et d'hospitalisation (morbidité)
- L'utilisation des services de santé
- Les déterminants de la santé
- Les valeurs et les préférences communautaires.

Afin d'être utiles, les données devraient théoriquement être globales, opportunes et complètes. Dès que celles-ci sont compilées et analysées, les données deviennent des renseignements et ont des usages potentiels multiples :

- Identifier les épidémies et les circonstances inhabituelles (par ex., les cancers en série)
- Décrire et évaluer les tendances (par ex., les taux croissants d'obésité)
- Comprendre les maladies émergentes
- Déterminer les besoins
- Établir les priorités
- Concevoir et mettre en œuvre des politiques et des programmes
- Déterminer les lacunes et les besoins de recherche
- Tester les hypothèses
- Évaluer l'impact et évaluer l'efficacité des interventions
- Démontrer l'imputabilité.

Que l'information soit disponible afin de soutenir la prise de décisions repose sur l'existence d'une infrastructure de l'information ou « l'infostructure ». Le Centre de coordination de la surveillance de Santé Canada a collaboré avec huit provinces sur l'initiative de bout en bout (B en B) de surveillance afin de mieux définir les activités spécifiques et les exigences en GI/TI de surveillance de la santé requises pour soutenir le cycle de surveillance de la santé qu'il s'agisse de la collecte et de l'intégration des données, ou encore de l'analyse, de l'interprétation et de

Initiative de surveillance de bout en bout - Principes

- *Exhaustivité* : faire en sorte que les activités de surveillance de la santé de bout en bout se déroulent à tous les paliers des instances concernées et pour tous les domaines. Reconnaître ouvertement les disparités entre les instances au plan de la technologie et des exigences.
- *Existence de normes* : établir une architecture vivante établissant une norme de surveillance de la santé selon l'évolution des exigences
- *Existence d'un consensus* : reconnaître l'autonomie des instances et chercher à uniformiser les données, les processus et les technologies seulement dans les cas où c'est strictement nécessaire.
- *Facilité d'intégration* : mettre au point des systèmes modulaires et relativement isolés hautement réutilisables.
- *Sécurité, confidentialité, protection des renseignements personnels* : protéger les renseignements personnels en matière de santé ainsi que la vie privée et la confidentialité.
- *Technologie éprouvée* : utiliser des normes acceptées par l'industrie, comme des normes de messagerie, des technologies éprouvées et des architectures ouvertes.

Source : http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/end_to_end_f.html

la diffusion de l'information de surveillance de la santé. L'architecture de surveillance de la santé de bout en bout a établi un certain nombre de principes devant guider la mise au point ultérieure de systèmes et d'une infrastructure technologique à l'appui des systèmes de surveillance de la santé (voir la zone de texte).

Une évaluation a eu lieu afin de permettre aux compétences d'identifier les étapes prioritaires qu'il faut adopter en vue de concevoir une infrastructure intégrée de la surveillance de la santé dans leur compétence et de participer à la conception d'un réseau pancanadien intégré de surveillance de la santé. Une analyse des lacunes des systèmes actuels d'information sur la santé révèle les éléments suivants :

- L'absence d'un plan d'ensemble du système (c.-à-d., l'architecture) pour la gestion de l'information qui doit circuler et être disponible au sein du système de surveillance à l'intérieur et entre les compétences;
- Des systèmes médiocres de collecte qui ne soutiennent pas la qualité supérieure ou l'actualité des données;
- L'absence de normes harmonisées pour l'information, les processus et la technologie pour soutenir la surveillance de la santé publique;
- L'absence de mécanismes et de processus suffisants permettant une collaboration et une coordination efficaces.

La sensibilisation aux lacunes constatées dans les systèmes d'information en santé publique n'est pas nouvelle. Les vérificateurs fédéraux et provinciaux ont indiqué à répétition leurs préoccupations dans ce secteur.^{42,43} À titre d'exemple, les systèmes actuels d'information sur la santé publique prennent des semaines à transmettre les informations provenant des laboratoires aux agents de santé publique. Il s'agit d'un problème sérieux si l'une des fins principales de ces rapports vise à détecter le plus rapidement possible les épidémies. Le transfert de l'information à partir des milieux cliniques à la santé publique ne se fait pas d'une manière efficace. Ceci a été une source de complications, particulièrement au cours de l'épidémie du SRAS, à tel point que le service de santé publique a dû affecter du personnel professionnel dans plusieurs hôpitaux afin de faciliter le transfert des renseignements entre les établissements et le service de santé publique. La plupart des données du système de santé publique sur les cas et les contacts du SRAS ont été localisées grâce aux fichiers papier et plusieurs banques de données incompatibles ont réduit considérablement les possibilités d'analyse.

Les améliorations aux systèmes d'information de la santé publique doivent cibler le transfert rapide de l'information au sein du système de santé publique entre des sources multiples et variées de santé telles que les laboratoires de santé publique, les médecins de premier recours, les cliniques de sensibilisation communautaire et les autres sources essentielles d'information (par ex., la qualité de l'eau, les services d'inspection). L'information doit également circuler plus rapidement entre le système de services individuels de santé (par ex., les salles d'urgence des hôpitaux, les équipes de prévention des infections) et la santé publique. Ceci comprend non seulement les maladies communes à déclaration obligatoire, mais aussi les infections

nosocomiales. Il faut également une capacité pour que le système de santé publique puisse communiquer rapidement avec les fournisseurs de soins de santé.

Il est nécessaire de moderniser les pratiques existantes en santé publique, mais il est possible de faire beaucoup plus. L'application de la technologie moderne et de la gestion de l'information peut offrir des renseignements de qualité supérieure qui permettent d'améliorer la capacité de détecter les tendances des maladies. À titre d'exemple, il n'y a que quelques cas d'empoisonnement alimentaire qui soient diagnostiqués et déclarés à la santé publique. Ceci peut compliquer la détection des épidémies et des nouveaux risques. Aux É.-U., le CDC et ses partenaires ont développé FoodNet afin de rechercher activement l'information sur les infections alimentaires provenant des laboratoires, des médecins et du public.⁴⁴ La caractérisation des organismes afin de pouvoir détecter les poussées soudaines de souches particulières parmi le bruit de fond des rapports courants (par ex., PulseNet) constitue un autre exemple d'application de la technologie moderne et de la gestion de l'information. L'adoption de PulseNet à travers le Canada est actuellement limitée par ses ressources et doit être incluse dans les plans pour améliorer et diffuser les systèmes de surveillance de la santé publique.

Dans certaines circonstances, il est possible d'utiliser des caractéristiques cliniques préalablement à ce que les diagnostics confirmés soient rendus afin de détecter les épidémies. Ce concept, auquel on réfère en tant que surveillance syndromique, pourrait incorporer la surveillance des ventes en pharmacie des produits antidiarrhéiques comme indicateur d'une épidémie communautaire de gastro-entérite ou d'une série de symptômes suggérant un incident de bioterrorisme. Alors que ces approches ont un certain mérite théorique, elles doivent être évaluées davantage à l'égard de leur faisabilité et de leur efficacité.

Partager les informations au sein de la communauté canadienne de santé publique a été amélioré, du moins en ce qui a trait aux épidémies entériques, par le biais de la création du Centre canadien de renseignements et de surveillance des éclosions (CCRSE) (autrefois appelé Centre canadien de surveillance des éclosions entériques (CCSEE). Le site Web doit être utilisé pour « l'affichage » des alertes concernant les épidémies ou les épidémies suspectes qui sont actuellement sous enquête. L'évolution de ce produit a permis le développement du Centre canadien de renseignements et de surveillance des éclosions (CCRSE) afin d'intégrer d'une manière stratégique les alertes de laboratoires et de surveillance épidémiologique, et les outils de soutien des décisions dans un environnement électronique

commun et sécuritaire. Le système Alert permet aux enquêteurs de déterminer ceux qui sont affectés d'épidémies similaires et de prendre contact par courriel, par télécopie ou par téléphone afin de s'aider les uns les autres. La sophistication de ces activités a continué de progresser grâce à l'apport du Réseau canadien d'information sur la santé publique (RCISP).

La nécessité de développer de meilleurs systèmes d'information et de surveillance n'est pas limitée aux maladies infectieuses. Le rapport Naylor a recommandé de concevoir un système national pour les maladies non transmissibles et pour les facteurs de santé de la population. Il s'agit d'un secteur plus complexe que les maladies infectieuses à cause du besoin d'inclure des sources multiples de données et de la nécessité de collaboration et de coordination. Un groupe de travail du CCSPSS œuvre à l'élaboration d'un cadre pour la surveillance des facteurs de risques des maladies chroniques, mais il faut prêter attention aux données à l'égard des maladies chroniques (par ex., la morbidité, la mortalité), ainsi qu'aux blessures. La conception des systèmes courants de surveillance exigera des investissements considérables.

La collaboration FPT sera cruciale afin d'assurer l'interopérabilité des systèmes et l'efficacité optimale du développement des systèmes. Il existe un contexte d'une telle collaboration, notamment le SCISP collectif, qui a participé à la diffusion du SISP-i, ainsi que les efforts de collaboration afin d'aborder les normes pour la surveillance des maladies transmissibles. La subvention de 100 millions \$ dans le budget fédéral de 2004 à *Inforoute Santé* permettra la conception et la mise en oeuvre des systèmes de surveillance des maladies transmissibles comme le SISP-i dans l'ensemble du pays. Un principe fondamental du développement de système d'information veut que les utilisateurs soient impliqués dans chaque étape de la planification et du déploiement du système et ceci prend une importance particulière compte tenu du manque d'expérience d'*Inforoute Santé* à l'égard du système de santé publique. Une représentation croisée sur le groupe d'experts pour la surveillance et l'information qui relèvera du Conseil, et sur le comité de direction de la santé publique d'*Inforoute Santé*, permettrait de lier cet organisme aux intervenants du système de santé publique.

Le rapport Naylor a estimé qu'une somme de 215 millions \$ serait nécessaire sur une période de cinq ans pour concevoir un système pour la surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, ayant la capacité de lier les systèmes de gestion de première ligne des cas de santé publique, le système de

« Grâce aux efforts quasi héroïques des agents de santé publique, il a été possible de lutter contre la propagation du SRAS à une vitesse vertigineuse avec une organisation à peu près aussi évoluée qu'une chaîne de saeux improvisée. »

Source : Margaret Wentz, Globe and Mail, 5 mai 2003, p. A15.

laboratoires et les systèmes de prévention des infections. Puisque le financement du système de santé publique est évalué actuellement à près de 2 milliards \$ par année, la conception du système de surveillance tel que décrit dans le rapport Naylor représente environ 2,2 % du budget total de la santé publique. L'absence de financement durable dans le développement de la GI/TI pendant plusieurs années explique l'état actuel des systèmes d'information en santé publique. Alors que les budgets de la TI varient en fonction du secteur d'activités, les points de repère budgétaires de la TI dans les secteurs des soins de santé et des services ou de la consultation sont respectivement de 4,8 % et de 4,5 %.⁴⁵ Si on l'applique aux activités de santé publique, ceci correspondrait à un investissement *continu* en TI de 90 millions \$ par année. Il est évident que ce ne fut pas le cas. Ceci explique que le service de santé publique de la plus grande ville du pays a géré l'éclosion du SRAS affectant des centaines de personnes et un potentiel de milliers de contacts avec des « graphiques sur papier et des notes sur des papillons autocollants à code de couleur ». ¹ Le médecin-hygiéniste en chef de la ville a mentionné plus tard que Toronto utilisait des outils datant du 19^e siècle pour combattre une maladie du 21^e siècle. Une chroniqueuse d'un journal canadien a décrit la situation d'une manière plus spectaculaire (voir la zone de texte).

En général, il y a deux utilisations principales de l'information de santé publique : afin de prendre des décisions éclairées; et l'imputabilité. Cependant, l'information ne peut être utilisée que si on peut la trouver. Un des défis des praticiens en santé publique, particulièrement dans le secteur de la surveillance des maladies non transmissibles, a trait à la capacité de trouver tous les différents types d'information qui existent (la mortalité, la morbidité, les enquêtes, l'utilisation des services, etc.). Actuellement, l'information relative à la santé publique peut être obtenue à partir des rapports existants sur l'état de santé ou sur l'Internet, produits par une variété de ministères et d'agences, dont Santé Canada, Statistique Canada et l'ICIS. Ceci peut constituer une expérience très difficile et frustrante de

rechercher tous ces sites afin de trouver un élément d'information particulier. Une des solutions à ce dilemme consiste à créer un portail unique permettant d'accéder à une vaste gamme de données et de renseignements relatifs à la santé publique. Le site Wonder du CDC constitue un exemple de portail qui fournit actuellement des liens pour des renseignements sur les maladies chroniques, les maladies transmissibles, la santé environnementale, la pratique de la santé et la prévention, la prévention des blessures, la santé au travail et les données de référence.⁴⁶ Les outils permettant d'intégrer et d'analyser les données provenant de différentes sources telles que les systèmes d'information géographique (SIG) sont également nécessaires.

L'analyse et la comparaison des données exigent des définitions et des normes communes. Grâce au travail de l'ICIS, on a effectué des progrès considérables permettant l'identification des normes de données des services individuels de santé. Quant aux indicateurs pertinents de la santé publique, la plupart des progrès ont été réalisés à ce jour dans les secteurs servant à mesurer l'état de santé et certains déterminants de santé. On trouve généralement ces types de mesures dans les rapports sur l'état de santé⁴⁷ et ceux-ci constituent des exemples de la boîte des résultats de santé dans le schéma précédent sur les intrants/extrants du système. Cependant, on n'a pas d'entente commune sur les définitions, les modèles ou les normes pour l'information sur la santé publique, ce qui est nécessaire pour alimenter un système de surveillance de la santé qui est utilisé pour des fins d'analyse et de comparaison.

Afin d'accroître notre aptitude à fournir des informations actuelles afin de soutenir la prise de décisions et les mesures, le groupe de travail recommande :

14. De concevoir des systèmes d'information qui soutiennent les praticiens de santé publique et d'autres systèmes de santé afin de remplir les fonctions fondamentales du système de santé publique. Ceci inclut :
 - a. Poursuivre le développement des systèmes de surveillance des maladies infectieuses et d'information qui :
 - utilise les définitions et les normes d'information pancanadiennes;
 - effectue la liaison avec les données des laboratoires de santé publique;

- relie avec les autres sources pertinentes de données en santé publique telles que les données sur la qualité de l'eau et les services d'inspection;
 - relie au système de soins actifs portent l'accent sur les données de prévention des infections, de laboratoire et provenant des services d'urgence;
 - dispose d'une capacité de communication rapide au sein du système de santé publique, et entre le système de santé publique et les fournisseurs de soins de santé.
- b. De poursuivre le développement et l'expansion des systèmes de surveillance des maladies non transmissibles et des blessures.
- c. D'accroître l'accessibilité à l'information sur la santé publique par les praticiens de santé publique et d'autres systèmes de santé.
15. Obtenir des systèmes améliorés d'information et de surveillance par le biais d'approches de collaboration et de coordination. Ceci inclut :
- a. L'établissement d'un groupe d'experts pour la surveillance et l'information qui relève du Conseil du réseau et supervise la conception et la mise en oeuvre des systèmes de surveillance et d'information dans l'ensemble du pays.
- b. *Inforoute Santé* de concert avec les provinces, les territoires, l'Agence de santé publique du Canada et le réseau afin d'assurer la conception et la mise en oeuvre des systèmes d'information sur la santé publique répondront aux besoins des utilisateurs.
- c. Investir dans la maintenance et la conception de systèmes d'information et de surveillance de la santé publique.
- d. Effectuer des études pilotes afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de la surveillance syndromique pour la détection précoce des épidémies.

Développement des connaissances et sa traduction dans la pratique

Les connaissances en santé publique fournissent les données probantes sur lesquelles on base les programmes et les services, le contexte afin d'interpréter les renseignements de surveillance et d'évaluation, et la base pour des recommandations au public et aux décideurs. Le système de santé publique est confronté à

deux problèmes principaux dans ce secteur. Premièrement, les investissements dans le développement des connaissances par l'entremise de la recherche appliquée ont été insuffisants. Ceci est afférent au fait d'une insuffisance de fonds de recherche, mais également à la capacité limitée de poursuivre actuellement la recherche dans ce secteur. Plusieurs des facultés dans les départements universitaires qui sont potentiellement liées à la santé publique (par ex., l'épidémiologie, la santé communautaire, les sciences de la santé publique), ne possèdent aucune expérience dans la prestation de services de santé publique et ne sont pas impliquées dans la recherche qui est directement pertinente à la pratique de la santé publique. Tel qu'il a été souligné dans un rapport récent des IRSC, les praticiens de la santé publique doivent participer à la détermination des lacunes dans les données probantes et dans la poursuite de recherche pour répondre à ces lacunes.⁴⁸ Semblable aux services cliniques, l'équivalent en santé publique des cliniciens-chercheurs permettrait aux individus ayant des intérêts communs à la pratique en santé publique et à la recherche appliquée de maintenir des liens avec ces deux domaines dont les résultats seraient avantageux pour la formation, l'éducation et la prestation de services en santé publique. La création de chaires universitaires dont l'objectif particulier serait la recherche appliquée en santé publique constituerait un mécanisme additionnel pour renforcer la capacité en matière de recherche.

Le deuxième problème concerne le fait que ce qui est connu à l'égard des interventions efficaces n'est pas utilisé et incorporé intégralement dans la pratique. Sauf quelques exceptions dignes de mention, peu d'efforts sont consacrés pour synthétiser systématiquement les connaissances existantes et de les présenter dans un format approprié qui soit facile d'accès pour les praticiens. Il existe un besoin énorme d'extraire et d'examiner les données probantes existantes, qui peuvent être dispersées dans une multitude de sources, y compris des endroits difficiles à accéder tels que les gouvernements, les universités et les entreprises de consultation. En l'absence de toute approche coordonnée visant une synthèse des connaissances en santé publique dans ce pays, les agences individuelles de santé publique à tous les niveaux s'attaquent à la tâche de synthétiser les sujets afin de prendre des décisions éclairées. Cette approche présente un certain nombre de problèmes, notamment le dédoublement inutile des activités; la diffusion inadéquate des conclusions; des ressources insuffisantes pour effectuer une recherche

Bibliothèque électronique en santé publique (R.-U.)

Les objectifs de la bibliothèque comprennent :

- Accélérer l'accès à des données de qualité; des données probantes; des politiques; des réseaux et des organisations; et l'apprentissage par la pratique;
- Faciliter la coordination des communications sur la portée de l'activité consacrée à la santé publique;
- Souligner et promouvoir les occasions d'implication et d'engagement approfondies dans le développement du calendrier de la santé publique;
- Maximiser la valeur d'une vaste gamme de ressources et aider à prévenir le chevauchement des efforts;
- Établir des partenariats et promouvoir la propriété collective de PHeL à tous les niveaux;
- Être axé sur la qualité grâce à un programme continu d'évaluation et d'une approche envers le développement ciblé sur l'utilisateur;
- Accroître les connaissances et bâtir la capacité pour la gestion des connaissances.

La bibliothèque classe actuellement ses documents selon les titres larges des politiques; des données probantes et des données; des connaissances en action; et le réseautage.

Source : www.phe.gov.uk/about/aims.html

exhaustive pour des données probantes; et dans certains cas, des compétences insuffisantes pour synthétiser les documents d'une manière appropriée.

Le Groupe d'études canadien sur les soins préventifs a réalisé une synthèse des connaissances et le développement de recommandations fondées sur des données probantes pour une période de près de 30 ans pour la prévention clinique. Il n'existe aucun processus comparable au Canada pour la synthèse de données probantes à l'égard de la prévention et de la promotion au niveau de la population.^{***} Au contraire, un groupe

d'études américain sur les services communautaires préventifs a été créé en 1996 pour accomplir ce travail, bien que la variété des sujets a surpassé la capacité de tout groupe d'examen. Un processus similaire à celui du groupe américain constitue une approche pour aborder la nécessité de prioriser les efforts de synthèse et les réaliser d'une manière constante. Il semble qu'il s'agit d'un secteur où l'ASPC devrait faire preuve de leadership et il y a probablement un rôle à jouer par les centres de collaboration pour faciliter des travaux similaires de synthèse à ceux du U.S.-funded Evidence-based Practice Centers.⁴⁹

Dès que les données probantes sont synthétisées, il faut les rendre accessibles aux praticiens d'une manière rapide, pertinente et exhaustive qui garantit l'assurance de la qualité. Au R.-U., le Health Development Agency (HDA) a été créé afin d'être l'autorité nationale sur tout ce qui voit à l'amélioration de la santé des personnes et à la réduction des inégalités en santé. Le HDA travaille de concert dans l'ensemble des secteurs pour soutenir la prise de décisions éclairées à tous les niveaux et le développement d'une pratique efficace. Doté d'un personnel d'environ 120 personnes, il gère un budget annuel de 12 millions £. Une des initiatives du HDA a consisté à créer une bibliothèque électronique en santé publique afin de fournir les connaissances et le savoir-faire en vue de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et de réduire les inégalités en santé (voir la zone de texte).⁵⁰

Une partie de la stratégie nécessaire au Canada consistera à la création d'un portail unique afin de permettre aux praticiens d'accéder aux données probantes provenant d'une variété de sources de l'intérieur et de l'extérieur du Canada. Certains progrès ont été réalisés concernant la création du site Web Health-Evidence.ca, qui est prévu créer et maintenir un registre de recherche en ligne l'efficacité des données probantes de qualité pour la prise de décisions en santé publique et en promotion de la santé. Le site Web n'inclut actuellement que des examens publiés dans des ouvrages scientifiques et ce type de ressources devra éventuellement inclure des examens non publiés effectués au Canada et à l'étranger.

Encourager les pratiques fondées sur les données probantes doit dépasser les approches passives telles que les portails, les bibliothèques et les sites Web de

^{***} La prévention clinique versus la prévention de la population. Bien qu'elles soient complémentaires, il existe des différences essentielles dans les types d'interventions. À titre d'exemple, offrir une consultation d'arrêt 1: 1 constitue un exemple d'une intervention clinique de prévention pour le tabagisme. La prévention communautaire inclurait des campagnes de marketing social, l'utilisation des taxes, la prévention de la vente aux mineurs, la prévention de l'exposition à la fumée secondaire dans les endroits publics, la formation des cliniciens pour offrir des interventions préventives efficaces, etc.

recherche. Les interventions proactives doivent également se présenter en vue de soutenir l'incorporation des données probantes dans la pratique et doivent constituer une responsabilité fondamentale des centres de collaboration et de l'ASPC.

Afin d'intégrer la recherche, la synthèse et la traduction des connaissances, le rapport des IRSC a indiqué la nécessité de créer un centre national qui engloberait ces trois secteurs et de concevoir des mécanismes de rétroaction entre les chercheurs et les praticiens.⁴⁸ L'ASPC serait un commanditaire naturel d'un tel centre et serait appelé à collaborer étroitement avec les centres de collaboration et les IRSC.

Afin d'accroître notre aptitude à soutenir la prise de décisions fondées sur les données probantes, le groupe de travail recommande :

16. Le rehaussement de la capacité pour effectuer la recherche appliquée en santé publique incluant des chaires de recherche appliquée et de pratique en santé publique; des postes ou des bourses de cliniciens-chercheurs en santé publique.
17. L'augmentation du financement offert pour la recherche appliquée en santé publique en fournissant des fonds ciblés accrus pour des priorités de recherche visées.
18. Créer un centre des données probantes en santé publique commandité par l'Agence de santé publique du Canada qui déterminerait et ciblerait les lacunes en matière de connaissances, prioriserait les sujets pour la synthèse, coordonnerait et réaliserait les projets de synthèse et participerait activement dans la traduction et la diffusion des connaissances afin de soutenir des pratiques efficaces en santé publique.
19. Concevoir une banque de données de recherche commanditée par l'Agence de santé publique du Canada afin de permettre aux praticiens de santé publique de détecter et de localiser les données probantes pertinentes en santé publique.
20. Établir des partenariats stratégiques avec des organisations des É.-U. et du R.-U., qui sont engagées dans des initiatives de synthèse et de traduction de connaissances liées à la santé publique.

Laboratoires de santé publique

Les laboratoires de santé publique constituent un composant intégral du système de santé publique du Canada. Les laboratoires permettent la détection précoce des risques à la santé associés aux agents infectieux, jouent un rôle essentiel dans les enquêtes épidémiologiques et détectent les causes des maladies en vue d'aider au traitement et à la prévention. La capacité du système de santé publique d'intervenir lors des défis émergents à la santé publique tels que l'avènement ou l'éclosion de nouvelles maladies, repose en partie sur la capacité et l'efficacité des laboratoires de santé publique.

Dans le cadre de l'infrastructure des systèmes, les laboratoires de santé publique sont une question transsectorielle parce que leur fonctionnement s'appuie sur tous les composants de l'infrastructure, appliqués à un environnement de laboratoire (une main-d'œuvre suffisante et qualifiée; une capacité organisationnelle; et des systèmes de connaissances et d'information). Le rapport Naylor présente plusieurs recommandations afin de répondre aux défis actuels dans le système de laboratoires de santé publique, y compris la capacité et les protocoles du système de laboratoires, la conception des systèmes d'information, une meilleure intégration aux efforts d'épidémiologie et de prévention des maladies, et le développement d'un tableau de bord national pour l'évaluation du rendement et des lacunes.

Le Réseau de laboratoires de santé publique canadien (RLSPC) a été créé en 2001 et constitue un prototype pour le développement des groupes d'experts dans les autres secteurs de contenu. Un des facteurs ayant contribué à la nature de collaboration du RLSPC a été la relation de longue date entre les directeurs de laboratoire. Cette force est également une faiblesse potentielle puisque plusieurs de ces directeurs approchent l'âge de la retraite. Le RLSPC relie les laboratoires de santé publique fédéraux et provinciaux et son mandat comprend les stratégies pour ce qui suit :

- Coordonner la détection des pathogènes, la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses;
- Effectuer la surveillance en laboratoire et fournir un système de détection précoce;
- Assurer la surveillance de la sécurité des aliments et de l'eau;
- Concevoir et maintenir des niveaux avancés de formation pour les travailleurs de laboratoires de santé publique;
- Contrer les menaces bioterroristes.

En réponse à la crise du SRAS et au rapport Naylor, le RLSPC a élaboré une stratégie pluriannuelle pour améliorer les laboratoires de santé publique de ce pays. Le plan inclut l'accroissement de la capacité et de l'efficacité des laboratoires à l'aide de systèmes d'information améliorés et d'étendre le RLSPC afin d'intégrer les nombreux autres laboratoires qui sont impliqués dans les tests et la recherche en microbiologie (par ex., les laboratoires communautaires et privés, les hôpitaux, les universités, etc.). Le plan du RLSPC comprend également une analyse des lacunes afin de préciser les secteurs nécessitant une amélioration de systèmes. Les améliorations de la qualité seront ciblées grâce à l'introduction d'une initiative d'amélioration continue de la qualité comportant une accréditation ISO, une normalisation accrue et le développement d'un tableau de bord pour le système de laboratoires. La formation, l'élaboration de protocoles et l'essai des réactifs sont compris afin de contrer les nouveaux pathogènes et les agents de bioterrorisme. Le plan vise également une conformité améliorée de l'analyse de l'eau potable dans l'ensemble du pays. Reconnaisant la nécessité d'une coordination accrue et de la conception de systèmes, le plan renferme aussi un secrétariat renforcé afin de soutenir le RLSPC. Des détails additionnels sur le contenu du plan sont inclus à l'Annexe 3. *Inforoute Santé* participe aussi à la conception de systèmes d'information pour les laboratoires de santé publique. Les laboratoires de santé publique doivent s'impliquer dans ce processus ainsi que dans la conception des systèmes d'information sur la santé publique.

Afin d'accroître notre aptitude en vue d'offrir des services efficaces de laboratoires en santé publique, le groupe de travail recommande :

21. L'accroissement de la capacité et l'efficacité des laboratoires de santé publique par l'entremise de l'amélioration des systèmes de surveillance en laboratoire et d'information, l'expansion du RLSPC par l'établissement de réseaux provinciaux de laboratoires de microbiologie qui comprend les laboratoires des hôpitaux et communautaires, la réalisation d'une analyse des lacunes comparant le fonctionnement actuel et le fonctionnement exigé des laboratoires, et l'introduction d'une initiative d'amélioration continue de la qualité.
22. L'accroissement de la formation et de l'élaboration de protocoles afin de soutenir l'analyse des nouveaux pathogènes émergents, la formation pratique des nouveaux diplômés, le soutien à

l'accréditation ISO, et l'appui pour les services d'essais dans les Territoires sans les laboratoires de santé publique.

23. L'amélioration de la surveillance sur la qualité de l'eau par le biais de l'élaboration de directives nationales pour l'analyse de l'eau et le partage en temps réel des données de surveillance entre les laboratoires et le personnel de prévention des maladies en santé publique.
24. L'accroissement de la normalisation des protocoles de laboratoire et la conception d'un tableau de bord national sur le rendement des laboratoires.
25. La prestation de secrétariat et de soutien au développement de programmes afin de permettre au Réseau de laboratoires de santé publique de remplir son mandat.
26. Que *Inforoute Santé* inclut les laboratoires de santé publique dans la conception des systèmes d'information pour l'ensemble élargi des laboratoires du système de santé.

Santé des Autochtones

Les peuples autochtones au Canada font l'objet de disparités substantielles dans les déterminants de la santé et les résultats de santé en comparaison des autres Canadiens. Il faut adopter une nouvelle approche afin d'attaquer les causes fondamentales des disparités en santé, éliminer les barrières administratives et juridictionnelles et cibler l'amélioration de la santé des peuples autochtones. Il faut tenir compte de l'apport des peuples autochtones dans la direction et la conception des services de santé dans leurs communautés.

C'est un fait connu qu'il y a des lacunes importantes dans l'infrastructure du système de santé publique des communautés autochtones. Ces lacunes comprennent une absence de précision à l'égard des rôles et des responsabilités pour la santé publique, des lacunes majeures dans les données de santé publique, ainsi que des difficultés chroniques dans le recrutement et le maintien du personnel. Quant à la surveillance et à la prévention des maladies transmissibles, il ne devrait pas y avoir de confusion quant à savoir qui est responsable d'un composant donné. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada fournit la surveillance de la santé et la prévention des maladies transmissibles dans les communautés des Premières Nations à des niveaux divers dans l'ensemble du pays, mais la perspective officielle du gouvernement fédéral est que son implication est volontaire et qu'aucune obligation con-

stitutionnelle ou aucun traité n'exige de fournir des services ou des programmes de santé. Les peuples autochtones ne partagent pas le point de vue du gouvernement fédéral. En général, les lois provinciales de santé publique s'appliquent aux réserves, mais les provinces peuvent être réticentes pour une variété de raisons à assumer la responsabilité pour les services de santé publique dans ces communautés. Au cours de la dernière décennie, le gouvernement fédéral a transféré de plus grandes responsabilités pour les services de santé, y compris la santé publique, aux réserves. Compte tenu des bases de population généralement requises pour réaliser la surveillance de la santé publique et la prévention des maladies, la pénurie d'individus possédant les compétences requises pour l'accomplir et les liens nécessaires pour avoir un système opérationnel, le processus de transfert a contribué à un manque de clarté général et a réduit l'efficacité du processus de transfert dans plusieurs milieux. En plus des maladies transmissibles, les Canadiens autochtones font face à des risques accrus concernant un certain nombre de conséquences indésirables additionnelles en santé publique (par ex., le diabète, les blessures). Comme principe fondamental, toutes les collectivités au Canada devraient avoir accès à une gamme exhaustive de services de santé publique.

Compte tenu du manque de clarté de longue date concernant les rôles et les responsabilités, et les facteurs historiques, juridiques et politiques dont il est question, le groupe de travail ne prévoit d'un point de vue réaliste un règlement rapide de ces questions à une grande échelle. Bien que cette voie puisse encore être suivie, c'est au niveau des premières lignes du système que la clarté et la compréhension mutuelle devraient être recherchées. C'est au niveau local que les intervenants ont le plus à gagner (et les risques les plus élevés) s'il n'y a pas de clarté dans les rôles et les responsabilités. Puisque la situation différera d'une province à l'autre et dans certaines provinces, d'une région à l'autre, des solutions locales variées peuvent être déterminées, ce qui est acceptable en autant que les fonctions fondamentales de la santé publique sont remplies et que des services exhaustifs en santé publique sont offerts à toutes les collectivités. Ce processus exigera l'implication d'intervenants multiples, y compris le bureau régional de la DGSPNI, des médecins-hygiénistes locaux et provinciaux, et des représentants des Premières Nations. À partir de cette approche ascendante, des modèles de collaboration peuvent être développés avec un peu de chance, à partir desquels il sera possible de progresser avec le temps.

Compte tenu des disparités continues en santé entre les peuples autochtones et les autres Canadiens, il faut une perspective nationale de la santé publique à l'égard de la santé des Canadiens autochtones, qui doit répondre aux cinq fonctions fondamentales de la santé publique. Cette stratégie nationale de la santé des Autochtones comprendrait les renseignements et les tendances concernant les déterminants de la santé et les résultats de santé afin de prendre des décisions éclairées. Les efforts de recherche sur les questions prioritaires de santé doivent être coordonnés ainsi que l'identification et le soutien des pratiques exemplaires. L'annonce récente de la création d'un centre de collaboration sur la santé des Autochtones apparaît comme un mécanisme évident de coordination et d'orientation pour réaliser ces tâches. Il faut obtenir l'implication et la participation des peuples autochtones dans l'évaluation, la résolution de problèmes et les interventions afin d'aborder les questions de santé publique et d'assurer une approche des déterminants de santé.

Afin d'accroître notre aptitude à aborder les questions de santé publique touchant les Canadiens autochtones, le groupe de travail recommande :

27. Une approche des déterminants de santé en tant que mécanisme primaire en vue d'améliorer la santé des peuples autochtones.
28. L'engagement des peuples autochtones à participer activement à la conception d'un système de santé publique pour leurs communautés. Ceci est d'une importance cruciale dans l'interface des systèmes de santé publique sur le plan provincial/territorial et fédéral dans les communautés des Premières Nations et des Inuits.
29. La collaboration dans l'élaboration de la stratégie nationale sur la santé des Autochtones qui incorporerait les fonctions fondamentales de la santé publique et comblerait les lacunes dans l'infrastructure du système de santé publique pour les communautés autochtones.
30. Une progression simultanée sur le plan national et local en vue de clarifier les rôles et les responsabilités pour la santé publique dans les communautés autochtones.

Centres de collaboration pour la santé publique

Le rapport Naylor a exposé une vision de l'agence nationale qui devrait être composée d'une série de pivots régionaux, qui seront jumelés à des centres universitaires locaux, les systèmes de santé publique locaux ou provinciaux (incluant les agences provinciales actuelles ou à venir en santé publique), et d'autres intervenants. En conformité avec cette vue, le gouvernement fédéral a annoncé la création de cinq centres de collaboration dans l'ensemble du pays, dont chacun est axé sur un aspect particulier de la santé publique (voir la zone de texte). (Le Centre de collaboration pour la santé des Autochtones a été discuté à la section précédente).

Afin de réussir, ces Centres doivent être axés sur la pratique de la santé publique et peuvent y contribuer par le biais d'une combinaison de traduction des connaissances, de recherche appliquée et de formation. En conformité avec cet objectif, la gouvernance de ces centres doit inclure des représentants de la part des praticiens, des chercheurs et des formateurs. Alors que les centres ont des secteurs d'intervention particuliers, tels que décrits dans ce rapport, les composants de l'infrastructure sont interreliés. Par conséquent, en vue de maximiser leur impact, les centres devront collaborer entre eux et avec une variété de partenaires locaux ou régionaux, nationaux et internationaux. Compte tenu de leurs budgets relativement modestes, les centres doivent s'assurer d'obtenir un impact optimal à l'aide des fonds à leur disposition. Ceci requiert de cibler une bonne réalisation de quelques activités par rapport à diviser les fonds entre plusieurs établissements universitaires ou de devenir une mini-agence de subventions, ce qui dans les deux cas ne produira pas un impact important sur la pratique de la santé publique.

Des critères précis pour l'établissement des projets prioritaires devront être élaborés et il semble exister un rôle sur le plan national par le biais de l'ASPC pour la coordination et l'identification des priorités. Afin d'assurer des pratiques de haute qualité par les centres, un seul comité consultatif scientifique de haut niveau est suggéré en vue d'examiner les plans de travail des centres afin d'offrir une orientation et de servir en tant que mécanisme de contrôle de la qualité. Compte tenu de l'interconnexion des éléments de l'infrastructure, l'examen conjoint des plans de travail scientifique de tous les centres encouragera la collaboration, l'intégration et une perspective globale de systèmes pour la conception de l'infrastructure.

Centres nationaux de collaboration pour la santé publique

- Les déterminants de la santé (Atlantique Canada)
- Politique publique et évaluation du risque (Québec)
- Développement de l'infrastructure, l'infrastructure et de nouveaux outils (Ontario)
- Les maladies infectieuses (les Prairies)
- La santé environnementale (Colombie-Britannique)
- La santé des Autochtones

Source : http://www.hc-sc.gc.ca/english/pha/releases/2004_26bk2.html

Afin d'optimiser l'impact des Centres de collaboration pour la santé publique sur la pratique de la santé publique, le groupe de travail recommande :

31. Que les centres de collaboration ciblent un nombre restreint de projets qui auront un impact sur la pratique de la santé publique dans les secteurs de la recherche appliquée, de la traduction des connaissances et de la formation.
32. Que les centres de collaboration aient une structure de gouvernance composée d'intervenants multiples qui comprennent des praticiens, des chercheurs et des formateurs.
33. De créer un seul comité consultatif scientifique de haut niveau qui examinerait et offrirait une orientation sur les plans de travail scientifique de tous les centres.

Ressources de système

Un système de santé publique structuré d'une manière appropriée et fonctionnelle contribuerait aux éléments suivants :

- Des niveaux améliorés de l'état de santé de la population et des disparités de santé réduites;
- Un fardeau réduit sur les systèmes individuels de santé et par le fait même, contribuer à sa durabilité;
- Une amélioration de l'état de préparation et de la capacité d'intervention pour les urgences de santé.

La rencontre des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé en 2004 a reconnu l'importance de la santé publique afin d'atteindre de meilleurs résultats de santé et de contribuer à la durabilité du système des services individuels de santé. Prévenir les maladies chroniques et les blessures constitue des exemples évidents de l'impact potentiel de la santé publique pour atteindre ces résultats. L'éclosion du SRAS a démontré qu'une urgence en santé publique peut paralyser le système de services individuels de santé et avoir des répercussions sur l'économie d'un pays. À titre d'exemple, le Conference Board du Canada a estimé que le SRAS pourrait réduire le PIB de 1,5 milliard \$ dont les trois quarts seraient perdus au niveau national dans l'industrie du voyage et du tourisme.⁵¹ de telles conséquences ne sont pas limitées aux nouveaux pathogènes. À titre d'exemple, une pandémie d'influenza pourrait avoir un impact important sur le système de services individuels de santé et provoquer une perturbation sociale répandue.

Les sections précédentes de ce rapport ont décrit les nombreux secteurs où des mesures et des investissements sont requis afin de bâtir l'infrastructure du système. Cependant, les ressources de système comprennent non seulement les coûts associés à l'infrastructure du système, mais aussi le financement global du système de santé publique. Lors de la préparation de ce rapport, le groupe de travail a constaté qu'il était important de commenter ces deux aspects.

L'établissement des coûts des recommandations individuelles constitue un défi. La conception du système n'a pas été poursuivie historiquement pour la plupart des composants du système de santé publique. Par conséquent, on constate une absence de plans détaillés et d'analyse des coûts. Pour plusieurs secteurs de l'infrastructure, l'élaboration d'une stratégie ou d'un plan devra être la première étape et une condition préalable au développement plus détaillé des estimations de coûts. Par contre, certains secteurs sont prêts pour une mise en oeuvre immédiate. À titre d'exemple, les laboratoires de santé publique, dont le réseau existait déjà, ont élaboré un plan de trois ans pour le perfectionnement du système. Au fur et à mesure que les investissements de système sont faits et que l'infrastructure est renforcée, de plus amples renseignements deviendront accessibles tels que les mesures de rendement du système et les meilleurs estimés de dépenses du système actuel afin de prendre des décisions plus éclairées.

L'investissement dans l'infrastructure de système est nécessaire, mais insuffisant pour obtenir un système efficace de santé publique. L'infrastructure fournit le

Les hypothèses du rapport Wanless comportant les taux les plus bas d'augmentation des dépenses en soins de santé

- Une amélioration importante de l'engagement public;
- Une hausse des dépenses pour la promotion de la santé;
- Une réduction importante dans les facteurs de risque essentiels, y compris le tabagisme et l'obésité; de meilleures diètes et plus d'exercice;
- Une réduction des inégalités socioéconomiques en santé;
- Un accroissement d'une espérance de vie saine conforme à l'espérance de vie;
- Une productivité accrue des services de soins de santé.

Source : Wanless D. Securing our future health: taking a long-term view. London: Trésor de SM, 2002.

fondement pour une programmation efficace, mais pas la programmation elle-même. Un certain nombre de groupes ont tenté d'estimer le niveau requis de financement en santé publique afin d'atteindre les résultats désirés.

Au R.-U., un cadre financier de longue date nommé Derek Wanless a été appelé par le Trésor de SM en vue d'évaluer l'impact potentiel de différents niveaux d'investissement en santé publique et d'autres facteurs à l'égard des dépenses futures en soins de santé (voir la zone de texte). Son rapport a estimé que le fait de doubler les investissements en prévention et en promotion (250 millions £) permettait l'atteinte des avantages maximaux pour la santé du public et le plus grand impact sur la durabilité du système des services individuels de santé.²⁵

Au Québec, un plan sur 10 ans a été adopté afin d'orienter les actions en santé publique en fonction des priorités en santé publique pour l'ensemble de la province et au niveau régional, fondé sur les données probantes pour des interventions efficaces. La mise en oeuvre de ce programme exigera de presque doubler le budget annuel en santé publique du Québec passant de 265 millions \$ à 506 millions \$.⁵²

Dans un rapport datant de 2004 provenant de la Colombie-Britannique, un Select Standing Committee on Health a analysé les coûts actuels directs et indirects

reliés à la santé et a estimé des économies en santé provenant d'améliorations modestes dans les facteurs de risque principaux.⁵³ Le comité a recommandé que le financement pour les initiatives en santé publique soit augmenté progressivement de 3 % à au moins 6 %. La Société du cancer de la Colombie-Britannique a également recommandé récemment d'accroître les fonds consacrés à la prévention des maladies à au moins 5 % du budget des soins de santé en mettant l'accent sur les maladies chroniques.⁵⁴

En Ontario, les investissements provinciaux dans le système de santé publique ont ajouté 180 postes équivalents plein temps pour cibler la surveillance et la prévention des maladies infectieuses. Le gouvernement a aussi annoncé qu'il augmentera le financement du système de 231 millions \$ à 469 millions \$ par année au cours des trois prochaines années, même si une partie de cette augmentation reflète une substitution du financement provincial pour le financement municipal actuel.

Il existe une remarquable similarité entre les conclusions de ces différents groupes quant au fait de recommander que les investissements en santé publique soient doublés et atteignent environ 5-6 % des dépenses gouvernementales dans le système de santé. Alors que le rapport Naylor ainsi qu'un rapport récent de l'ICIS indiquent à quel point il est difficile de suivre les coûts du système, le rapport Naylor a estimé que les dépenses du système de santé publique étaient d'environ 2 milliards \$ par année, représentant 2,6 % des dépenses de l'ensemble du système de santé par le secteur public. Conformément à la discussion précédente, les investissements en infrastructure représentent une faible partie de cette somme de 2 milliards \$ qui sera éventuellement nécessaire. La plus grande partie des nouveaux investissements seront consacrés aux coûts de prestation des programmes, incluant les initiatives intersectorielles, le personnel, le marketing social, etc. Le groupe de travail considère qu'un investissement de cette ampleur devra être mis en place progressivement sur une période de 10-15 ans.

Le rapport Naylor recommande l'ajout d'une somme de 700 millions \$ par année dans le financement du système par le gouvernement fédéral qui augmenterait progressivement sur une période de cinq ans.¹ Le rapport Naylor a mis l'accent sur le besoin d'investissements additionnels PT, puisque ces compétences ont la responsabilité première pour la santé publique. Plusieurs des recommandations du rapport Naylor ont ciblé les maladies transmissibles et la préparation aux urgences. Compte tenu des nombreuses

autres questions importantes de santé, ceci implique qu'un niveau global plus élevé d'investissement est requis.

Certains progrès ont été réalisés. Dans le budget fédéral du printemps 2004, le gouvernement a pris des engagements pluriannuels envers *Inforoute Santé*, la nouvelle Agence de santé publique du Canada, une stratégie nationale d'immunisation et les PT, afin de réduire les pressions sur leurs systèmes de santé publique.¹¹ Ceci représente un investissement total de 250 millions \$ par année. Le budget fédéral de 2005 fournit une somme additionnelle de 67 millions \$ par année pour des investissements dans la prévention des maladies chroniques et pour les interventions en cas de pandémie, reflétant un écart annuel résiduel entre les recommandations du rapport Naylor et les engagements actuels de 383 millions \$.

Avant d'envisager la possibilité de doubler le financement du système de santé publique, il faut considérer plusieurs autres points. Ce qu'il faut d'abord retenir est que le financement accru n'est pas prévu doubler simplement ce qui se fait actuellement, mais doit aborder les besoins non satisfaits reconnus. Les fonds accrus doivent être investis stratégiquement dans la programmation et dans l'infrastructure sous-jacente pour répondre d'une manière exhaustive aux besoins en santé publique des Canadiens.

La modélisation réalisée par Derek Wanless et d'autres était fondée jusqu'à un certain point sur les données probantes des programmes effectifs de réduction du tabagisme. Les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont identifié neuf composants faisant partie des programmes effectifs de réduction du tabagisme :⁵⁵

- Programmes communautaires afin de réduire l'utilisation du tabac;
- Programmes de prévention des maladies chroniques pour réduire le fardeau des maladies reliées au tabagisme;
- Programme dans les écoles;
- Mise en application des lois;
- Programmes à l'échelle des états;
- Contremarketing;
- Programmes de renoncement au tabac;
- Surveillance et évaluation;
- Administration et gestion.

Ces composants de programmes soulignent la nature exhaustive des interventions en santé publique par l'utilisation de différentes approches (par ex., le

marketing, les interventions préventives, le renforcement des compétences, la mise en application des lois, etc.) mettant l'accent sur le partenariat et la collaboration. À titre d'exemple, le programme scolaire comprend des politiques sans tabagisme, un programme éducatif fondé sur des données probantes, la formation des enseignants, l'implication parentale et les services de renoncement. Les efforts au niveau de l'école sont également liés aux coalitions communautaires locales, à la mise en application des lois concernant la vente locale de tabac, et les campagnes à l'échelle des états et d'éducation.

Ces différents composants de programme sont mis en oeuvre à des degrés variés dans les collectivités canadiennes. En fonction de l'expérience concernant la mise en oeuvre de programmes exhaustifs et les résultats positifs obtenus, le CDC a estimé l'investissement requis pour la lutte au tabagisme sur une base par habitant. En utilisant le milieu de l'étendue de leurs estimations, si les gouvernements canadiens devaient mettre en oeuvre les neuf recommandations déterminées par le CDC du programme fondé sur les données probantes, ce pays devrait consacrer environ 450 millions \$ par année à la lutte au tabagisme. Ceci établit la comparaison avec le financement actuel de la lutte au tabagisme par Santé Canada qui est estimé à 70 millions \$, ajoutés aux dépenses additionnelles par les compétences PT individuelles.⁵⁶

Afin de mettre ces chiffres en contexte, les coûts directs et indirects du tabagisme au Canada étaient estimés à 17 milliards \$ en 1991.⁵⁷ Compte tenu de l'inflation des coûts des services individuels de santé et de l'accroissement des maladies reliées au tabagisme chez les femmes, les coûts liés au tabagisme auront augmenté considérablement au cours de la dernière décennie.

Il existe un certain nombre de questions prioritaires en santé publique qui exigent des approches globales et durables, notamment l'activité physique, l'alimentation saine, l'immunisation, la prévention des blessures, la préparation aux urgences, le développement des enfants en santé et une réduction des inégalités en santé. Tel qu'il a été discuté dans un livre blanc publié récemment au R.-U., sur le fait de rendre plus facile les choix sains, le Service national de la santé « se libère d'une crise vieille de plusieurs décennies sur l'attente pour un traitement, ce qui crée le temps, l'espace et les ressources requises pour des mesures efficaces sur la prévention. »⁵⁸ Reconnaisant le déséquilibre énorme dans les investissements par le secteur privé afin d'encourager des choix moins sains en comparaison des mesures prises par le gouvernement pour le bien du

public, le R.-U. a adopté des mesures coordonnées envers la santé du marché, a amélioré l'étiquetage et les renseignements pour le public et les médias, a réduit les inégalités et a établi des partenariats avec l'industrie.

Réaliser des progrès sur les priorités en santé publique exige plus que la participation du secteur de la santé. La collaboration intersectorielle et les partenariats communautaires constituent une partie intégrale de l'approche en santé publique. La capacité de regrouper des partenaires, de concevoir une vision commune et une série de mesures, et de fournir le fondement probatoire et évaluatif exige un leadership, une expertise et des ressources. Des questions de capacité existent également pour les secteurs non reliés à la santé afin de faciliter leur participation avec la santé dans des programmes conjoints. À titre d'exemple, afin de lutter contre l'obésité et le surpoids, la santé publique devrait théoriquement établir des partenariats avec d'autres secteurs gouvernementaux, notamment l'agriculture et l'alimentation, l'éducation, les services pour les enfants, les services sociaux, le tourisme et les loisirs. Ces partenaires potentiels doivent disposer des ressources leur permettant de se joindre à la table à titre de participants actifs et par conséquent, apporter leur propre perspective ainsi que leurs partenaires.

Avant d'envisager un système de santé publique plus solide et plus efficace, il faut que l'on reconnaisse que la capacité existante n'est pas uniforme. Il y a des différences d'échelle dans les niveaux de dotation en santé publique entre les compétences PT, où certaines disposent d'un nombre limité d'individus possédant une formation en santé publique. Cette inégalité est aggravée dans certaines régions ayant des besoins plus élevés que la moyenne de la population et disposant d'une capacité de système inférieure. Lors de la conception de la programmation et de l'infrastructure, une attention particulière devra être portée en vue de réduire ces inégalités de système.

Afin d'optimiser les avantages du système de santé publique en vue d'améliorer la santé des Canadiens, le groupe de travail recommande :

34. La détermination d'une manière uniforme des dépenses FPT sur le système gouvernemental de santé publique.
35. L'investissement par tous les gouvernements FPT afin d'assurer que le système de santé publique a la capacité de traiter les questions essentielles de santé publique auxquelles les Canadiens sont confrontés.

Mise en oeuvre



Il ne s'agit pas du premier rapport FPT à faire des recommandations concernant le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique. Le défaut de réussir à traduire les recommandations antérieures en mesures soutenues constitue une préoccupation grave pour le groupe de travail. Une des plus importantes restrictions dans le passé provenait du fait qu'aucun individu ou groupe n'était précisément responsable et imputable pour la mise en œuvre des recommandations.

Afin de réussir, les recommandations de ce rapport doivent être introduites dans les plans de travail des dirigeants des systèmes et leur mise en œuvre doit être

suivie d'une manière systématique et transparente. Pour chaque recommandation, le groupe de travail est d'avis qu'il y a deux acteurs principaux qui devront démontrer un leadership pour leur mise en œuvre : i) le Réseau de santé publique; et ii) l'administrateur en chef de la santé publique et l'ASPC. Ce n'est pas possible pour le groupe de travail de délimiter clairement leurs rôles respectifs pour la mise en œuvre. La façon dont ils travailleront ensemble et répartiront les responsabilités n'a pas été précisée à l'étape actuelle du développement du système. Toutefois, il faut un mécanisme par lequel la mise en œuvre sera dévolue à l'égard de certaines tâches particulières et pour évaluer à savoir si cette dévolution a été accomplie.

Conclusion



Un système de santé publique structuré d'une manière appropriée et fonctionnelle contribuera aux éléments suivants :

- Des niveaux améliorés de l'état de santé de la population et des disparités de santé réduites;
- Un fardeau réduit sur les systèmes individuels de santé et par le fait même, contribuer à sa durabilité;
- Une amélioration de l'état de préparation et de la capacité d'intervention pour les urgences de santé.

L'infrastructure du système de santé publique est le fondement essentiel qui permet la réalisation des fonctions du système. On a décrit trois catégories principales d'infrastructure de système dans ce rapport, même si tous les éléments individuels de l'infrastructure sont interdépendants. Alors que chaque élément

d'infrastructure exige une attention et une conception, le groupe de travail a ciblé l'identification des mesures recommandées pour un groupe initial d'éléments prioritaires. Ces recommandations sont prévues afin d'offrir une orientation pour le lancement de l'élaboration de l'infrastructure dans un avenir immédiat. Créer et maintenir l'infrastructure de système devra constituer une responsabilité continue et la création de nouvelles structures (par ex., l'ASPC, l'ACSP, le réseau) offrira des occasions de réaliser ceci. Une gouvernance et une transparence améliorée de système dans la prise de décisions en plus de la mesure courante du rendement du système devraient rendre plus probable qu'auparavant la réalisation de cette responsabilité pour l'avenir.

Références

1. Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. **Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada.** Ottawa : Santé Canada, 2003.
2. Rapport final de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (Commission Krever). Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
3. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial de la santé de la population (Can). **Sondage sur les capacités de santé publique au Canada, Points saillants** . Ottawa : le Comité consultatif, 2002.
4. Frank J, DiRuggiero E, Moloughney B. **L'avenir de la santé publique au Canada : Édifier un système de santé publique pour le 21e siècle.** Toronto : IRSC, 2003.
5. Frank J, Di Ruggiero E, Moloughney B. **Compte rendu du « Think tank sur l'avenir de la santé publique au Canada »** Calgary, 10 mai 2003. Can J Public Health 2004; 95(1): pp 6-11.
6. Coalition canadienne pour la santé publique au 21e siècle. 2004. Accessible à l'adresse : www.cpha.ca/coalition/. Consulté : 8-10-2004.
7. Kirby MJL, LeBreton M. **Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir.** Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa : Le Sénat, 2003.
8. Campbell A. Rapport provisoire de la Commission sur le SRAS : **le SRAS et la santé publique en Ontario.** Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2004.
9. Pour le bien de la santé publique : Rapport initial du comité d'experts de l'Ontario sur le SRAS et la prévention des maladies infectieuses. Toronto : Ministère de la Santé, 2003.
10. Walker D, Keon W, Laupacis A, Low D, Moore K, Kitts J et ass. **Pour le bien de la santé publique : un plan d'action.** Rapport final du comité d'experts de l'Ontario sur le SRAS et la prévention des maladies infectieuses. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2004.
11. Ministère des Finances Canada. **Le budget de 2004 : Nouvel élan vers la réussite.** Ottawa : Ministère des Finances Canada, 2004.
12. Last J, éditeur. **Dictionnaire d'épidémiologie.** 4^e édition. Toronto : Presses de l'Université Oxford, 2001.
13. Lalonde M. **Nouvelle perspective de la santé des Canadiens.** Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1974.
14. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.** Genève : OMS, 1986.
15. GPI Atlantic. **Overweight rates more than double in B.C. Obesity epidemic may cost British Columbia \$800 million a year.** 2004. Accessible à l'adresse : www.gpiatlantic.org/releases/pr_obesitybc.shtml. Consulté : 14-7-2004.
16. Tremblay MS, Willms JD. **Secular trends in the body mass index of Canadian children.** CMAJ 2000; 163(11): 1429-1433.
17. Canning PM, Courage ML, Frizzell LM. **Prevalence of overweight and obesity in a provincial population of Canadian preschool children.** CMAJ 2004; 171(3):240-242.
18. Thompson D, Edelsberg J, Colditz GA, Bird AP, Oster G. **Lifetime health and economic consequences of obesity.** Arch Intern Med 1999; 159(18):2177-2183.
19. Allison DB, Fontaine KR, Manson JE, Stevens J, VanItallie TB. **Annual deaths attributable to obesity in the United States.** JAMA 1999; 282(16):1530-1538.
20. Birmingham CL, Muller JL, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH. **The cost of obesity in Canada.** CMAJ 1999; 160(4): 483-488.
21. Colman R. **The cost of obesity in Nova Scotia.** Halifax: Cancer Care Nova Scotia, 2000.
22. Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. **National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying?** Health Aff (Millwood) 2003; Suppl:W3-219-26.:W3-26.

23. Rose G. **Sick individuals and sick populations.** Int J Epidemiol 2001; 30(3):427-432.
24. Institut canadien d'information sur la santé. **Plus de 20% des patients atteints d'une maladie rénale avancée sont obèses, rapport de l'ICIS.** 2004. Accessible à l'adresse : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_16jun2004_e. Consulté : 23-7-2004.
25. Wanless D. **Securing our future health: taking a long-term view.** London : Trésor de SM, 2002.
26. Hagerman S. Tories axe 106 jobs. Fredericton Daily Gleaner 2004;A1-A2.
27. La Coalition d'Ottawa pour la santé publique au 21e siècle. 2004. Accessible à l'adresse : www.opha.on.ca/ottawacoalition.html. Consulté : 15-7-2004.
28. Nevis Consulting Group. **Public health workforce development: Australia, England and the United States.** Ottawa : Nevis Consulting Group, 2004.
29. Mowat DL, Moloughney BW. **Developing the public health workforce in Canada: a summary of regional workshops on workforce education and training.** Can J Public Health 2004; 95(3):186-187.
30. Yasnoff WA, O'Carroll PW, Koo D, Linkins RW, Kilbourne EM. **Public health informatics: improving and transforming public health in the information age.** J Public Health Manage Pract 2000; 6(6):67-75.
31. National public health education framework project. Sydney: Department of Health and Aging, 2002.
32. Council on Education for Public Health. **Accreditation criteria: graduate schools of public health.** Washington: Council, 2002.
33. Agren G. **La nouvelle politique de santé publique : les objectifs nationaux en santé publique pour la Suède.** Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2003.
34. **Recommendations to promote healthy social environments.** Am J Prev Med 2003; 24(3 Suppl):21-24.
35. Centers for Disease Control and Prevention. **National public health performance standards program - introduction.** 2003. Accessible à l'adresse : www.phppo.cdc.gov/nphpsp/Documents/CDC_intro.pdf. Consulté : 24-6-2003.
36. Woodward G, Manuel D, Goel V. **Developing a balanced scorecard for public health: ICES investigative report.** Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2004.
37. Deschenes M, Fecteau C, Giroud C. **Legislative and regulatory framework for reportable infectious diseases in Canada: overview of compendium.** Ottawa : Santé Canada (DGSPSP), 2003.
38. **Turning Point: collaborating for a new century in public health.** 2004. Accessible à l'adresse : www.turningpointprogram.org/. Consulté : 26-7-2004.
39. Center for Law and the Public's Health. **Model public health laws.** 2004. Accessible à l'adresse : www.publichealthlaw.net/Resources/ModelLaws.htm. Consulté : 15-7-2004.
40. Centers for Disease Control and Prevention. **Health related hoaxes and rumors.** 2004. Accessible à partir de : http://www.cdc.gov/hoax_rumors.htm. Consulté : 16-7-2004.
41. Centre for Global eHealth Innovation. 2004. Accessible à partir de : www.ehealthinnovation.org/html/home/eh_home.shtml. Consulté : 16-7-2004.
42. Vérificateur général du Canada. **Surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures,** dans : Rapport du vérificateur général du Canada. Ottawa : 1999.
43. Bureau du vérificateur général. **Public health activity.** 1997. Accessible à l'adresse : www.auditor.on.ca/english/reports/e97/en97fm.htm. Consulté :
44. Centers for Disease Control and Prevention. FoodNet. 2004. Accessible à l'adresse : www.cdc.gov/foodnet/. Consulté : 10-9-2004.
45. Information Technology Management Web. **Information technology budgeting scoreboard.** 2003. Accessible à l'adresse : www.itmweb.com/blbenchbgt.htm. Consulté : 16-7-2004.
46. Centers for Disease Control and Prevention. **CDC Wonder.** 2004. Accessible à l'adresse : <http://wonder.cdc.gov>. Consulté : 2-8-2004.
47. Institut canadien d'information sur la santé. **Améliorer la santé des Canadiens.** Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
48. Kiefer L. **Examination of the need for a Canadian population and public health evidence centre and research network.** Toronto : IRSC, 2003.
49. Agency for Health Research and Quality. **Evidence-based Practice Centers.** 2003. Accessible à l'adresse : www.ahrq.gov/clinic/epc/epc.html. Consulté : 2-8-2004.

50. Health Development Agency. **Public Health Electronic Library**. 2004. Accessible à l'adresse : www.phel.gov.uk/. Consulté : 10-8-2004.
51. Darby, P. The economic impact of SARS. 2003. Accessible à l'adresse : www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=539. Consulté : 2-5-2003.
52. **Pour faire les bons choix : plan de la santé et des services sociaux**. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
53. Select Standing Committee on Health. **The path to health and wellness: making British Columbians healthier by 2010**. Victoria: Office of the Clerk of Committees, 2004.
54. Canadian Cancer Society, British Columbia and Yukon division. **The ultimate 2010 legacy: Canadian Cancer Society challenges BC government to allocate more money for chronic disease prevention**. 2004. Accessible à l'adresse : http://www.bc.cancer.ca/ccs/internet/mediareleaselist/0,3208,3278_437890_291496144_langId-en,00.html. Consulté : 17-1-2005.
55. Centers for Disease Control and Prevention. **Best practices for comprehensive tobacco control programs**, August 1999. Accessible à l'adresse : www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac-execsummary.htm. Consulté : 17-1-2005.
56. Médecins pour un Canada « sans fumée ». **Le financement de Santé Canada pour la lutte contre le tabagisme : 1994-1995 à 2004-2005**. 2004. Accessible à l'adresse : www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/Investent%20in%20Tobacco%20Control.pdf. Consulté : 19-1-2005.
57. Kaiserman MJ. **Le coût du tabagisme au Canada**, 1991. *Maladies chroniques au Canada* 1997; 18(1):13-19.
58. Department of Health. **Choosing health: making healthy choices easier**. London: The Stationery Office, 2005.

Annexe I

Membres du groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique

Dr Perry Kendall (coprésident)

Directeur provincial de la santé
Ministère de la planification de la santé
Colombie-Britannique

Dr David Mowat (coprésident)

Directeur général
Centre de coordination de la surveillance
Agence de santé publique du Canada

Dr Richard Massé

Président-directeur général
Institut de santé publique du Québec

Dr André Corriveau

Médecin-hygiéniste en chef et sous-ministre
adjoint
Santé de la population et services cliniques
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

M. Ron de Burger

Directeur
Environnement sain
Santé publique de Toronto

Dr John Frank

Directeur scientifique
Institut de la santé publique et des populations
Instituts de recherche en santé du Canada

Dr Isra Levy

Chef des affaires médicales et directeur
Bureau de la santé publique
Association médicale canadienne

Dr Sam Ratnam

Directeur
Laboratoire de santé publique
Ministère de la Santé et des Services
communautaires
Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador

Dre Maureen Dobbins

Professeure adjointe
Faculté des sciences de la santé
Université McMaster

Mme Janet Braunstein Moody

Directrice principale
Santé de la population
Ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse

Mme Gina Balice

Directrice générale
Direction des politiques stratégiques
Agence de santé publique du Canada

Dre Catherine Cook

Médecin-hygiéniste régional et directrice
régionale, Services de santé des Autochtones
Bureau régional de la santé de Winnipeg
Secrétariat du groupe de travail

Mme Maria A. Carvalho

Agente de secrétariat FPT
Direction des politiques stratégiques
Agence de santé publique du Canada
Consultant du projet

Dr Brent Moloughney

Consultant en santé publique

Annexe 2

Les dimensions multiples des fonctions de la santé publique

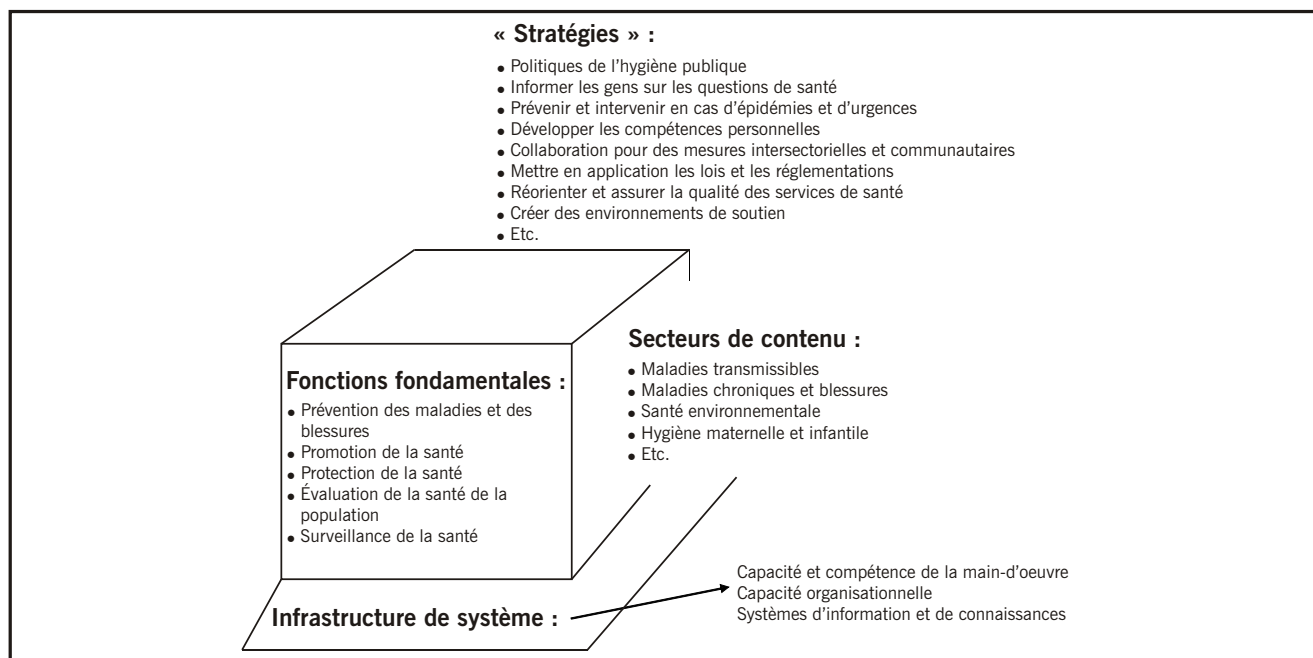
Le CCSP a recommandé dans son rapport une liste de cinq fonctions fondamentales sur la capacité de système.³ Il existe une tendance voulant que, lorsque des organisations ou même des pays décrivent les fonctions de santé publique, des types très différents de fonctions soient inclus. L'évaluation des listes de fonctions d'une série de pays et d'organisations transnationales de la santé* a déterminé quatre dimensions séparées des fonctions de la santé publique. Ces dimensions sont illustrées à la figure 3.

Les fonctions fondamentales sont celles qui sont les plus souvent traitées dans les différentes listes de fonctions. En plus de celles-ci, les listes de fonctions incluent souvent certaines caractéristiques du développement de l'infrastructure dont le développement de la main-d'œuvre est le plus commun. Les secteurs individuels de contenu tels que les maladies transmissibles, les blessures et la santé au travail sont indiqués fréquemment. Aucune tentative n'a été faite de présenter une liste exhaustive des sujets de contenu.

Dans le même ordre d'idées, une liste exhaustive des différentes fonctions additionnelles n'a pas été traitée sous l'en-tête « stratégies ». Bien que certaines d'entre elles représentent les stratégies des fonctions fondamentales (par ex., la politique de l'hygiène publique est une stratégie de la promotion de la santé), d'autres éléments tels que l'assurance de la qualité des services de santé sont des concepts qui ne sont pas traités ailleurs.

La reconnaissance de ces différentes dimensions des fonctions de la santé publique a une importance en vue d'éviter une confusion inutile lorsque l'on discute de système ou de fonctions organisationnelles. En d'autres mots, le cube des fonctions illustré ci-dessus peut être utile en tant qu'outil de communications si les discussions de système ou de buts organisationnels deviennent confuses par l'utilisation non reconnue des éléments provenant de dimensions différentes.

Figure 3 : Les dimensions des fonctions de la santé publique



* Les pays comprenaient : les É.-U., l'Angleterre, l'Australie. Les organisations transnationales incluaient : l'OMS, l'OPS, l'OMS-région du Pacifique.

Annexe 3

Recommandations du Réseau de laboratoires de santé publique pour le développement de l'infrastructure des laboratoires

Le Réseau de laboratoires de santé publique canadien (RLSPC) a élaboré un plan sur trois ans à la suite de recommandations du rapport Naylor. Ce plan de travail comporte les éléments suivants :

- ▶ **Améliorer la capacité et l'efficacité des laboratoires de santé publique :**
 - Améliorer et élargir PulseNet;
 - Améliorer les systèmes d'information;
 - Étendre le RLSPC par l'établissement de réseaux provinciaux de microbiologie afin d'inclure les laboratoires d'hôpitaux et communautaires;
 - L'analyse des lacunes;
 - Identifier les ressources et le processus pour maintenir un réseau solide de laboratoires de santé publique au Canada;
 - L'initiative ACQ avec l'accréditation ISO.
- ▶ **Développement de la formation et des protocoles :**
 - Mettre à jour les protocoles existants et en préparer de nouveaux pour traiter les nouveaux pathogènes;
 - Soutenir la formation et l'expérience pratiques en cours d'emploi pour les nouveaux diplômés;
 - Mettre au point des protocoles d'essai au point de service et soutenir leur utilisation dans les territoires qui ne disposent pas de laboratoires de santé publique;
 - Préparation et formation du personnel à des fins d'accréditation ISO.
- ▶ **Surveillance améliorée de la salubrité de l'eau :**
 - Mettre au point des directives nationales pour l'analyse microbiologique de la qualité de l'eau;
 - Partage en temps réel des données de surveillance entre les laboratoires et le personnel de lutte contre les maladies en santé publique.
- ▶ **Normalisation des laboratoires et développement d'un tableau de bord :**
 - Le personnel du secrétariat devra développer et diffuser les normes, et élaborer un tableau de bord;
 - Les réactifs pour la détection rapide des agents de bioterrorisme;
 - Les protocoles d'essais normalisés.
- ▶ **Offrir le personnel de secrétariat et de développement de programmes au RLSPC.** Le personnel est requis pour soutenir les quatre initiatives indiquées ci-dessus.

Annexe 4

Éléments de l'infrastructure

Le tableau 3 présente une brève description de chaque élément de l'infrastructure.

Tableau 3 : Composants et éléments de l'infrastructure

Composant de l'infrastructure	Élément de l'infrastructure	Brève description
Main-d'œuvre suffisante et qualifiée	Planification des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none">• Élaboration d'une stratégie• Composition de la main-d'oeuvre• Compétences identifiées• Évaluation des besoins
	Formation et développement professionnel	<ul style="list-style-type: none">• Gamme d'options et de formats de formation• Programmes accessibles et efficaces à travers le pays• Apprentissage permanent• Reconnaissance des étapes et du cheminement de carrière• Normes de qualifications et de compétences
	Capacité des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none">• Nombre approprié, qualifications et répartition géographique du personnel de santé publique
Capacité organisationnelle	Lois	<ul style="list-style-type: none">• Une législation moderne qui permet l'exercice de l'autorité en santé publique et un cadre législatif de soutien pour les fonctions du système de santé publique dans l'ensemble des compétences.
	Gouvernance du système	<ul style="list-style-type: none">• Une structure de gouvernance efficace afin d'assurer un pouvoir de décisions éclairées et une imputabilité publique qui définit une clarté des rôles et responsabilités à l'intérieur d'une perspective de systèmes et qui maximise les ressources pour atteindre les objectifs de santé publique.
	Leadership	<ul style="list-style-type: none">• La visibilité et le leadership de la communauté de la santé publique.
	Communication	<ul style="list-style-type: none">• Capacité d'utiliser les stratégies fondées sur des données probantes pour communiquer avec des intervenants multiples (les praticiens de santé publique et des soins de santé individuels, les décideurs, le public)
	Fonctions, programmes et services définis	<ul style="list-style-type: none">• Des attentes précises concernant ce dont le système de santé publique est responsable.

Tableau 3 : Composants et éléments de l'infrastructure (suite)

Composant de l'infrastructure	Élément de l'infrastructure	Brève description
Capacité organisationnelle (suite)	Développement du système et capacité structurelle	<ul style="list-style-type: none"> • La capacité du système de santé publique d'effectuer des améliorations dans les questions principales de santé, d'établir des priorités et de faire des investissements stratégiques. • Des structures organisationnelles pour assurer une masse critique de compétences aux niveaux locaux ou régionaux et provinciaux ou territoriaux. • Une planification de la capacité d'appoint pour faire face aux augmentations soudaines des demandes de système. • Des normes de rendement.
	Collaboration et prise de décisions stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> • Des mécanismes afin de consulter et d'entreprendre une planification de collaboration afin de développer des stratégies pour les questions importantes de santé publique. • Des mécanismes afin de soutenir les organisations non gouvernementales et de les consulter.
	Dépenses du système	<ul style="list-style-type: none"> • Une répartition adéquate et équitable des ressources dans l'ensemble du système de santé publique. • Une planification des mesures d'urgence pour les urgences en santé publique incluant la capacité d'appoint pour du personnel additionnel, des tests en laboratoire, l'élargissement du système d'information.
Systèmes d'information et de connaissances	Développement des connaissances – recherche et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • La recherche liée à la santé publique et de la population. • Évaluation des programmes de santé publique et de la population.
	Gestion des connaissances et traduction dans la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Une ressource centrale pour la traduction des connaissances et la prise de décisions fondée sur des données probantes incluant l'identification des besoins en recherche. • Le développement et la diffusion des normes et des pratiques exemplaires.
	Infrastructure de l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend l'architecture de l'information, les modèles et les normes, le transfert et l'aide de la technologie, la gestion des renseignements personnels et de l'information, le développement des sources de données et le développement des systèmes.
	Processus d'activités	<ul style="list-style-type: none"> • Des ententes et des protocoles définis, convenus et maintenus qui déterminent les rôles et les responsabilités, l'aide mutuelle et la coordination pour les urgences en santé publique; et la collecte, le partage et l'utilisation de l'information en santé publique.