

L'avenir de la santé publique au Canada

Édifier un système de santé publique

pour le 21^e siècle



CIHR **IRSC**
Canadian Institutes of Health Research Instituts de recherche
en santé du Canada

Juin 2003

IRSC – Institut de la santé publique et des populations

D^r. John Frank – directeur scientifique

M^{me} Erica Di Ruggiero – directrice adjointe

D^r. Brent Moloughney – conseiller en matière de projets

Groupe consultatif du projet

Comité spécial sur l'avenir de la santé publique au Canada

Table des matières

Remerciements.....	iii
Sommaire	iv
Introduction.....	1
Qu'est-ce que la santé publique?	3
Défis du Canada au chapitre de la santé publique	6
Eau potable.....	8
Blessures	8
Immunisation	9
Inégalités d'état de santé.....	9
Obésité et diabète de type 2	11
Tabagisme	12
Maladies chroniques	14
VIH et hépatite C	17
Virus du Nil occidental	17
Menaces délibérées	18
Résumé.....	18
Le système de santé publique du Canada	19
Législation.....	19
Financement.....	20
Organisation	21
Exécution des fonctions essentielles de santé publique.....	21
Systèmes de santé publique d'autres pays	25
Liste des fonctions essentielles	26
Leadership.....	27
Mécanismes de financement	28
Taille des populations locales du système de santé publique	29
Solide présence centrale.....	29
Partenariat	30
Visibilité de la santé publique.....	30
Incidence des réformes de la prestation des soins de santé sur la santé publique	31
Collaboration des secteurs des soins primaires et de la santé publique.....	31
Développement de l'infrastructure	32

Discussion.....	35
Vision d'un système de santé publique canadien	35
Mesures possibles	38
Définir le système de santé publique	38
Renforcer l'infrastructure du système de santé publique.....	39
Renforcer les éléments de soutien afin d'assurer la prestation efficace des services	41
Collaboration.....	43
Conclusion	44
Glossaire des termes et concepts utilisés en santé publique	45
Annexe 1 – Liste des informateurs clés	48
Annexe 2 – Comité spécial sur l'avenir de la santé publique au Canada	49
Références.....	52

Remerciements

Le présent document n'aurait pas pu être réalisé sans la direction et la participation du comité spécial du projet. Notons toutefois que nous n'avons pas tenté de dégager un consensus au sein du comité sur l'ensemble de son contenu et des recommandations qu'il renferme. Les promoteurs du projet en assument donc l'entière responsabilité.

Nous avons obtenu, auprès de répondants clés d'autres pays, des renseignements d'une valeur inestimable qui nous ont aidés à mieux comprendre où en était l'édification des systèmes de santé publique ailleurs dans le monde. Aucune observation particulière sur ces systèmes ne peut toutefois être attribuée à ces personnes.

Une ébauche du présent document a été distribuée aux participants à l'exercice de réflexion sur l'avenir du système de santé publique au Canada qui s'est tenu à Calgary, le 10 mai 2003, sous les auspices de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC. Les discussions, ainsi que des suggestions précises de participants sur la façon d'améliorer notre document, nous ont été des plus utiles.

Sommaire

On peut attribuer à des interventions de santé publique nombre d'améliorations importantes dans la santé des Canadiens et des Canadiennes, qui jouissent dorénavant d'une meilleure santé et vivent plus longtemps que jamais. Depuis quelques dizaines d'années, toutefois, les risques pour la santé ont changé. À l'heure actuelle, les principales causes de décès, tous âges confondus, sont les maladies chroniques et les blessures. Parmi les défis à relever en santé publique figurent l'épidémie d'obésité chez les adultes et les enfants, les taux toujours élevés de tabagisme et l'augmentation de l'asthme infantile. En outre, les maladies infectieuses sont toujours une menace, car de vieux ennemis refont surface (p. ex. la syphilis et les éclosions de maladies hydriques) et de nouveaux surgissent (l'infection par le VNO, le SRAS et le bioterrorisme).

L'état du système de santé publique du Canada suscite de plus en plus d'inquiétude. Rappelons qu'il y a eu des enquêtes très médiatisées sur certains événements (p. ex., les événements de Walkerton) ou certains sujets (p. ex., la Commission Krever). Toutefois, la portée des préoccupations actuelles est beaucoup plus vaste. C'est pourquoi un comité spécial formé de leaders en santé publique de partout au pays s'est réuni pour attirer l'attention sur l'état de notre système de santé publique et les moyens d'en améliorer la structure et d'en accroître les ressources pour le bénéfice de la santé de la population. Nous présentons ici une courte synthèse des questions qui nous interpellent et nous suggérons des mesures à prendre.

La santé publique est l'art et la science de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société¹. Les programmes, services et établissements du système de santé publique privilégient la prévention des maladies, la promotion de la santé et la satisfaction des besoins globaux de la population en matière de santé. La santé publique et le système de soins de santé ont un même but, qui est de faire en sorte que notre population jouisse du meilleur état de santé possible. Un système de santé publique efficace est tout aussi essentiel qu'un système de soins de santé renforcé. Ajoutons que les interventions conjuguées des deux systèmes permettent de mieux réagir aux menaces qui pèsent sur la santé du public.

Le système de santé publique fournit et appuie une gamme étendue de programmes et d'interventions stratégiques : rapports sur l'état de santé; surveillance des maladies et interventions en cas de poussées épidémiques; promotion de la santé dans le but d'encourager et de faciliter l'élaboration de politiques gouvernementales favorables à la santé publique, d'améliorer les compétences et d'appuyer les changements personnels et collectifs; programmes d'immunisation; inspections des restaurants et garderies. Les fonctions essentielles du système de santé publique du Canada n'ont jamais été définies officiellement, mais un groupe de travail national a toutefois recommandé les suivantes :

- Évaluation de la santé des populations
- Surveillance de la santé

- Promotion de la santé
- Prévention des maladies et des blessures
- Protection de la santé

On décrirait mieux le « système » de santé publique du Canada en parlant d'un regroupement de multiples systèmes dont les rôles, les points forts et les liens varient. Les provinces possèdent toutes leurs propres lois sur la santé publique, dont l'âge et le contenu diffèrent toutefois considérablement. La plupart visent surtout les maladies transmissibles, alors qu'à l'heure actuelle, les maladies chroniques et les blessures sont le plus souvent en cause dans les maladies évitables et les décès. C'est au Québec que les lois sont le plus actualisées et traduisent, en outre, une approche globale de la santé publique en s'appliquant à toutes ses fonctions essentielles. Pour sa part, le gouvernement fédéral n'a que la *Loi sur la quarantaine* (dont la plupart des dispositions datent de 1872) et diverses autres lois sur la protection de la santé. En général, celles-ci ne précisent ni le mandat, ni le rôle ni les responsabilités du gouvernement fédéral en santé publique.

On ne sait pas au juste combien d'argent est effectivement dépensé en santé publique au Canada, car les estimations de l'ICIS incluent les coûts administratifs élevés des ministères provinciaux de la santé. Les données sur le budget de l'Ontario suggèrent qu'environ 2,3 % de l'enveloppe de la santé va à la santé publique. Partout, ce sont les provinces et les territoires qui financent les services de santé publique, sauf en Ontario, où les coûts sont partagés également entre la province et les municipalités.

Dans la plupart des provinces et territoires, les services de santé publique sont offerts par l'entremise des régies ou conseils régionaux de santé ou du gouvernement provincial ou territorial. À Santé Canada, la gestion du dossier de la santé publique revient à la Direction générale de la Santé de la population et de la santé publique, qui assume la responsabilité première des politiques, programmes et systèmes en matière de prévention, de promotion de la santé, de surveillance des maladies, d'interventions communautaires et de contrôle des maladies. Le Ministère a confié la protection de la santé à deux autres directions générales et à une agence.

On en sait peu sur le fonctionnement du système de santé publique du Canada. Comme il n'existe pas de liste acceptée des fonctions prévues, il est difficile d'apprécier dans quelle mesure elles sont remplies. Un groupe de travail du Comité consultatif sur la santé de la population a donc commencé par évaluer la capacité de notre système de santé publique en 2001. À cette fin, il a interrogé des personnes clés et effectué une recherche documentaire. La conclusion qui s'imposait était que les ressources affectées à la santé publique avaient diminué et que l'on s'inquiétait de la capacité du système à résister et à répondre de façon uniforme et proactive à la demande. Sur le plan de la capacité de s'attaquer aux problèmes de santé publique, des disparités importantes et basées sur le niveau de richesse des provinces ont été observées. Cela est d'autant plus important car les provinces moins nanties sont souvent celles qui connaissent les taux les plus élevés de comportements nuisibles pour la santé et de maladies chroniques. Ce rapport sur la

capacité concorde avec les évaluations du commissaire Krever et du vérificateur général du Canada.

Cette inquiétude généralisée par rapport au système de santé publique du Canada nous a amenés à examiner ce qui se faisait ailleurs pour organiser et financer les programmes essentiels de santé publique. S'il le désire, le Canada pourra s'inspirer de ces modèles pour restructurer les programmes et services de santé publique offerts par les divers paliers de gouvernement et les collectivités. Nos recherches documentaires et nos entrevues ont porté sur l'Angleterre, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis. Nous nous sommes également intéressés à l'évolution du système provincial de santé publique au Québec.

Partout, l'état du système de santé publique est jugé préoccupant. Les répercussions des restructurations du système de soins de santé, victime d'un sous-financement et d'un manque d'intérêt permanents, l'importance actuelle des maladies chroniques par rapport aux maladies transmissibles ainsi que la nécessité d'agir face à la menace du bioterrorisme ont incité les pays à intervenir pour améliorer l'infrastructure de leur système de santé publique.

Les pays ont pris des mesures pour définir les fonctions essentielles d'un système de santé publique et se sont dotés de mécanismes pour en évaluer la mise en œuvre. L'exercice d'un leadership à l'échelon national s'est révélé essentiel pour définir les principaux problèmes de santé publique et mettre en œuvre des stratégies globales afin de remédier aux faiblesses de l'infrastructure du système. Dans tous les pays susmentionnés, le gouvernement fédéral finance dans une grande mesure l'infrastructure du système de santé publique. À l'heure actuelle, faire valoir la nécessité d'investir immédiatement en santé publique pour prévenir les problèmes à long terme est l'un des défis de taille. En Angleterre, un important rapport économique montre l'importance des économies que le système de soins de santé pourrait réaliser en faisant les investissements voulus en prévention et en promotion de la santé. Mais il reste que le but de la prévention est d'éviter une souffrance ou une mort évitable, pas nécessairement de faire épargner de l'argent au système de soins de santé.

La santé publique concerne la santé des populations, et son efficacité repose sur l'existence d'une masse critique de ressources humaines possédant les compétences techniques requises. Cette exigence a des conséquences sur la population servie par les organismes de santé publique. Pour disposer des ressources humaines nécessaires à la prise en charge des problèmes de santé publique de tous ordres, on a créé des organismes centraux, chargés d'aider à l'exécution des fonctions de la santé publique. Ceux-ci jouent également un rôle de premier plan dans l'élaboration de l'infrastructure du système, notamment en ce qui concerne le perfectionnement des compétences des travailleurs de la santé, l'amélioration de la gestion de l'information ou la recherche et le développement. Un système gouvernemental de santé publique vigoureux est essentiel mais ne peut à lui seul prendre en charge les problèmes de santé de la population. Ailleurs dans le monde, des partenariats intersectoriels ont grandement contribué à l'élaboration de stratégies

visant à améliorer le système de santé publique. Un des grands problèmes auxquels ces pays se sont heurtés est que l'infrastructure du système de santé publique intéresse les décideurs uniquement quand un problème particulier ou une crise surgit. Les leaders en santé publique doivent donc s'efforcer d'obtenir du financement pour mettre sur pied ou améliorer des programmes visant des problèmes particuliers, tout en essayant d'édifier les infrastructures requises pour les appuyer.

D'après l'expérience des membres du Comité, les résultats d'enquêtes précédentes sur la capacité en matière de santé publique menées auprès de répondants canadiens clés ainsi que les conclusions tirées de l'examen des mesures prises par d'autres pays pour améliorer leur système de santé publique, nous devrions cibler les éléments clés suivants en vue de l'édification de l'infrastructure nationale d'un système de santé publique :

- Définition claire des fonctions essentielles de la santé publique
- Définition des rôles et responsabilités à tous les échelons du système (national, provincial-territorial et régional-local)
- Législation moderne et harmonisée en vigueur dans chaque administration pour encadrer ces fonctions, rôles et responsabilités
- Structures appropriées pour l'exécution de ces fonctions, rôles et responsabilités dans chaque administration
- Financement suffisant et mécanismes efficaces pour garantir à tous les Canadiens et Canadiennes l'équité d'accès aux services de santé publique
- Effectifs suffisants et qualifiés
- Systèmes d'information appropriés pour les activités d'évaluation et de surveillance
- Expertise et soutien disponibles pour l'élaboration d'une vision d'avenir, l'exercice professionnel et efficace des responsabilités ainsi que l'innovation et l'évaluation
- Mécanismes de reddition de comptes à tous les échelons du système

Avec suffisamment de leadership, de volonté et de ressources, la population, partout au pays, pourra bénéficier d'un bon système de santé publique. Les systèmes mis en place dans les diverses régions possèdent chacun leurs points forts, sur lesquels l'évolution nécessaire du système national pourra miser. À bien des égards, celui du Québec est le plus complet. Mais s'il présente de nombreux aspects positifs, il n'est pas toutefois pas réaliste de s'attendre à le voir intégralement reproduit à grande échelle. D'autres mécanismes d'élaboration doivent donc être examinés de près. Les changements nécessaires au Canada sont de taille et exigeront un processus voué expressément à la concrétisation de la vision que nous avons décrite. Il y a beaucoup de mesures par lesquelles celui-ci pourrait s'amorcer. Nous proposons les suivantes à des fins de discussion.

- Définir le système de santé publique
 - Dégager un consensus sur les fonctions essentielles du système de santé publique

- Implanter un système d'évaluation du rendement
- Établir des normes relatives aux exigences minimales en matière de services et de programmes de santé publique
- Renforcer les lois en matière de santé publique
- Renforcer l'infrastructure du système de santé publique
 - Établir un leadership national en matière de santé publique
 - Constituer un réseau national vigoureux d'experts en santé publique
 - Améliorer les niveaux et les mécanismes de financement
- Renforcer les éléments de soutien afin d'assurer la prestation efficace des services
 - Assurer le perfectionnement des travailleurs en santé publique et appuyer cette main-d'œuvre
 - Faire un examen exhaustif des données scientifiques probantes en santé publique et en diffuser les résultats
- Collaboration
 - Cibler des buts communs en matière de santé
 - Encourager les grands partenariats

On peut s'y prendre de diverses façons pour aller de l'avant. Dans certains cas, il sera préférable qu'un palier de gouvernement assure le leadership; dans d'autres, on pourra varier les approches (partenariat de santé publique, leadership d'un palier de gouvernement ou d'une organisation non gouvernementale, etc.). De l'avis du Comité, il ne convenait pas de définir des modalités de mise en œuvre ou des plans d'action avant le dégagement d'un consensus sur les réalisations requises.

Le système de santé publique est là pour protéger et améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. De grands progrès ont été réalisés au cours du dernier siècle, mais il reste encore bien des défis à relever. À l'aube du 21^e siècle, le moment est bien choisi pour édifier, de façon stratégique et explicite, l'infrastructure d'un solide système de santé publique qui serve adéquatement l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes.

L'avenir de la santé publique au Canada – Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle

Introduction

Bon nombre des grandes améliorations de l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes sont attribuables à des mesures de santé publique (voir l'encadré). De nos jours, les Canadiens sont plus en santé et vivent plus longtemps que jamais. Au cours des dernières décennies, toutefois, les risques pour la santé ont changé. On arrive à prévenir bon nombre des grandes causes antérieures de décès et de maladie en contrôlant les épidémies, en assurant la salubrité des aliments et de l'eau et en améliorant les conditions de vie. Bien que les maladies infectieuses continuent de poser des risques pour la santé de la population, les principales causes de décès, tous âges confondus, sont maintenant les maladies chroniques et les blessures. Parmi les défis à relever en santé publique, on retrouve l'épidémie d'obésité chez les adultes et les enfants, les taux toujours élevés de tabagisme et l'augmentation de l'asthme infantile. De vieux ennemis refont surface (p. ex., la syphilis, la tuberculose, les poussées de maladies d'origine hydrique) et de nouvelles menaces voient le jour (p. ex., le virus du Nil occidental, le SRAS, le bioterrorisme).

Malgré l'éventail de problèmes de santé de plus en plus complexes qui touchent la

Dix grandes réalisations en matière de santé publique, de 1900 à 1999*

- Vaccination
- Sécurité des véhicules à moteur
- Milieux de travail plus sûrs
- Contrôle des maladies infectieuses
- Diminution du nombre de décès causés par les maladies coronariennes et les AVC
- Aliments plus sains et plus salubres
- Mères et bébés en meilleure santé
- Planification familiale
- Fluoration de l'eau potable
- Reconnaissance des dangers du tabac pour la santé

*Ten great public health achievements – United States 1900-1999. MMWR 1999; 48(12): 241-243.

Santé publique et soins de santé publique

Il est dommage qu'au Canada, on emploie souvent le terme « santé publique » pour désigner le système de soins de santé. Le qualificatif « public » dans l'expression « soins de santé publics » met en évidence le rôle du gouvernement en tant que principal bailleur de fonds et administrateur du système de santé. Dans l'expression *santé publique*, « publique » souligne l'accent qui est placé sur la santé des populations. Les services de traitement (c.-à-d. les soins de santé publics) et la prévention axée sur la population (c.-à-d. la santé publique) sont complémentaires, mais il s'agit de deux concepts différents. Les deux systèmes doivent fonctionner efficacement pour que les Canadiens et les Canadiennes soient le plus en santé possible. L'Association médicale canadienne a d'ailleurs souligné le fait que « la capacité de répondre du système de santé public à cet égard joue directement sur le mieux-être des Canadiens, autant que la capacité du système de soins actifs de réagir aux urgences médicales ».*

* Association médicale canadienne. *A prescription for sustainability*. Ottawa : AMC, 2002.

population canadienne, le système de santé publique ne reçoit pas toute l'attention voulue et est, dans une certaine mesure, victime de son propre succès. Ça n'est que lorsque les choses vont terriblement mal, comme lors de la tragédie de Walkerton, que l'importance du rôle et de la contribution de la santé publique sont mis en lumière, et encore, uniquement de façon temporaire. On espérait que la Commission Romanow examinerait le système de santé publique, puisqu'elle avait l'intention de « réaliser un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part ». Mais même si plusieurs mémoires lui ont été présentés par des fournisseurs du domaine, elle ne s'est pas penchée explicitement sur le système de santé publique, et ce même si elle a utilisé le terme « soins de santé publics » pour décrire les services de traitement financés par l'État (voir l'encadré). Le rapport sur les soins de santé présenté plus tôt par le sénateur Kirby abordait plus en détails les questions de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé et contenait la recommandation suivante : « Le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative et affecter 200 millions de dollars de plus au soutien, à la coordination et à l'intégration de l'infrastructure sanitaire [de santé publique] au Canada, et déployer des efforts pertinents en promotion de la santé. ».

Devant les préoccupations généralisées que soulève le système de santé publique du Canada, des professionnels du domaine venant de diverses régions ont formé un comité spécial dont le but est d'évaluer l'état du système de santé publique du Canada ainsi que la façon d'en améliorer la structure et d'en accroître les ressources pour le bénéfice de la santé de la population (l'annexe 2 contient la liste des membres de ce comité). Nous présentons ici une brève synthèse des questions qui nous interpellent ainsi que des suggestions de mesures à prendre. Le document renferme plus précisément :

- une description de la santé publique;
- un aperçu des défis auxquels font face les Canadiens à ce chapitre;
- une présentation de l'état du système de santé publique du Canada;
- une description de la façon dont d'autres pays administrent leurs systèmes de santé publique respectifs;
- une description de la vision de la santé publique au Canada;
- une description des mesures qui pourraient être prises dans un premier temps afin d'améliorer le système de santé publique du Canada.

Qu'est-ce que la santé publique?

La santé publique est la combinaison des sciences, compétences et croyances axées sur le maintien et l'amélioration de la santé de l'ensemble des gens au moyen de mesures collectives ou sociales. Les programmes, services et institutions en cause mettent l'accent sur la prévention de la maladie et les besoins en matière de santé de la population dans son ensemble.¹ Contrairement aux services cliniques, qui sont assurés au niveau individuel, la santé publique adopte une perspective axée sur des groupes de personnes ou sur la population. Elle comporte deux aspects fondamentaux :

- le questionnement
 - Qui est susceptible de tomber malade? Pourquoi?
 - Qui est malade? Pourquoi?
- l'action
 - Que devons-nous faire pour améliorer l'état de santé de la population?

Dans un premier temps, on consulte en général plusieurs sources de données, afin de bien comprendre la question de santé en jeu. Compte tenu du large éventail de déterminants de la santé, les mesures de santé publique sont *multidimensionnelles* et englobent en général plusieurs interventions synergiques. Le contrôle efficace du tabagisme constitue un bon exemple. Les interventions dans ce domaine peuvent prévoir : des stratégies uniques ou une combinaison d'approches visant à éduquer et à renforcer les compétences; le recours aux médias; l'élaboration et la promotion d'une politique de soutien; la mise en œuvre de nouvelles politiques ou de nouveaux règlements ou la création de partenariats intersectoriels. Les principales *cibles* des interventions peuvent être les particuliers, les familles, les voisins ou la collectivité. On songera également à divers *contextes* pour ces interventions, comme le domicile des gens, les écoles, les milieux de travail ou les milieux de soins de santé. L'éventail d'interventions est adapté au problème de santé qui soulève des inquiétudes et repose sur ce qui doit changer pour que s'améliore la santé des particuliers, des familles et des collectivités desservies.

Au plan de l'intervention collective, le gouvernement a un rôle primordial à jouer dans la mise en place de l'infrastructure formelle du système de santé publique. Bien qu'il soit essentiel de posséder un solide système gouvernemental de santé publique, cela n'est pas suffisant pour que le gouvernement règle à lui seul les questions de santé qui touchent la population. Pour améliorer la santé, il doit collaborer avec des groupes communautaires, des organisations non gouvernementales (ONG), des entreprises et des organismes du secteur public (p. ex., des écoles) et faire appel à leur participation active. Le présent document porte sur le volet gouvernemental, qui est l'épine dorsale du système de santé publique puisqu'il fournit l'infrastructure sur laquelle peuvent reposer la mise en œuvre des programmes et la collaboration intersectorielle.

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays ont défini les fonctions essentielles de leur système de santé publique. Le Canada ne possède toutefois aucune liste de ce

genre, bien que le Comité consultatif sur la santé de la population (CSSP) ait recommandé récemment l'adoption de la liste de fonctions essentielles suivante :

- Évaluation de la santé de la population
- Surveillance de la santé
- Promotion de la santé
- Prévention de la maladie et des blessures
- Protection de la santé

Ces fonctions de niveau élevé ont tendance à signifier davantage pour les personnes de *l'intérieur* du système de santé publique que pour celles de l'extérieur. Le tableau 1 fournit plusieurs exemples de programmes visant à assurer l'exécution de chacune. Pour obtenir la définition de chaque fonction ainsi que celle d'autres termes et concepts liés à la santé publique, on peut se reporter au glossaire annexé aux présentes.

Tableau 1 : Exemples de programmes de santé publique pour chacune des fonctions essentielles

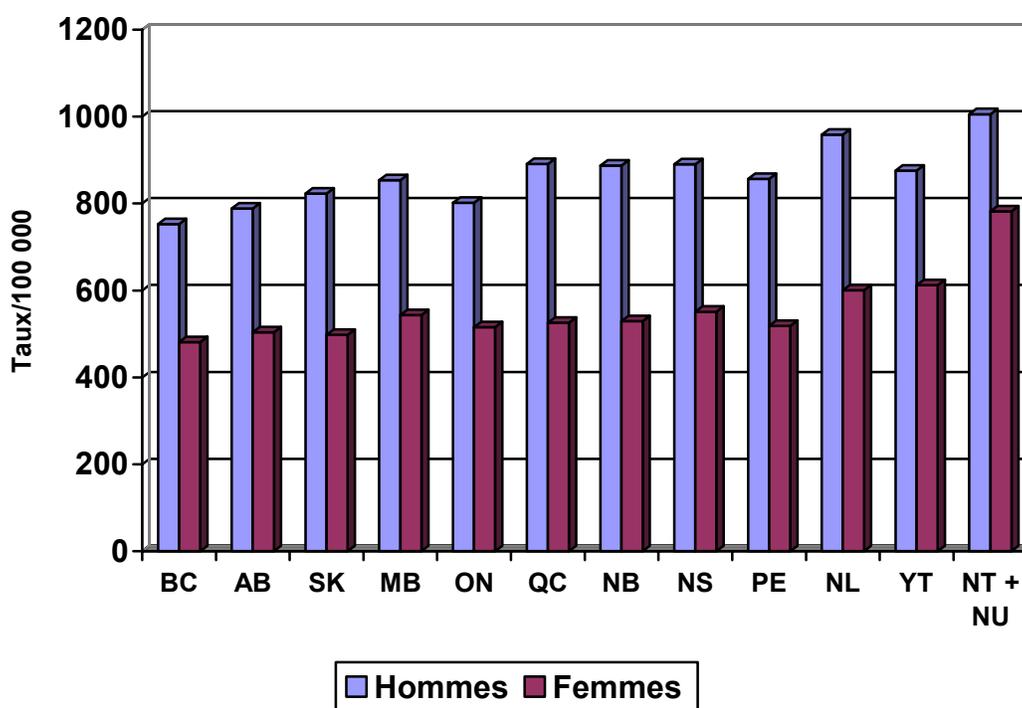
Fonction essentielle	Exemples de programmes
Évaluation de la santé de la population	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins en matière de santé de la population et de la collectivité • Rapport sur l'état de santé, bulletin de santé du système
Surveillance de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes périodiques sur la santé • Registres sur le cancer et d'autres maladies • Déclaration des maladies transmissibles • Analyse constante des données visant à cerner les tendances ou les nouveaux problèmes (p. ex., reconnaissance des cas accrus de syphilis) • Comptes rendus aux professionnels sur les menaces à la hausse, sur ce qu'ils doivent surveiller et sur l'intervention nécessaire
Promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats communautaires intersectoriels visant à régler des problèmes de santé • Intervention en faveur de politiques publiques favorables à la santé (y compris la responsabilité implicite ou explicite à l'égard du contrôle et de la promotion de politiques relatives aux principaux déterminants de la santé, comme le revenu, l'éducation, le logement, l'accès à des aliments abordables et jugés acceptables par la personne, la sécurité dans les collectivités, les espaces verts, etc.) • Accroissement des compétences personnelles • Création de milieux physiques et sociaux favorables à la santé (p. ex., pistes cyclables, accès à des réseaux sociaux)
Prévention de la	<ul style="list-style-type: none"> • Immunisation

maladie et des blessures	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes et contrôle des flambées épidémiques • Encouragement des comportements sains (p. ex., ne pas fumer, manger sainement, être actif physiquement, porter un casque protecteur pour faire de la bicyclette) • Dépistage précoce des cancers (p. ex., cancer du sein)
Protection de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Inspection des restaurants • Inspection des garderies • Surveillance de l'épuration de l'eau • Contrôle de la qualité de l'air et application des règlements à ce chapitre

Défis du Canada au chapitre de la santé publique

Les Canadiens sont plus en santé que jamais. Au cours du dernier siècle, l'espérance de vie a énormément augmenté et de nombreuses causes de décès ont à toutes fins pratiques été éliminées. Mais en dépit de ces progrès, nous avons encore bien des défis à relever au plan de la santé, et ces défis ne sont pas répartis également entre les provinces et les territoires. Comme le montre la figure 1, les taux de mortalité varient beaucoup selon les régions et ils sont beaucoup plus élevés dans les provinces de l'Est et dans les territoires.

Figure 1 : Différences observées entre les taux de mortalité ajustés selon l'âge dans les provinces et les territoires, de 1997 à 1999



Source : Santé Canada, 2003. Normalisé en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Selon la date et la provenance des données, il n'est pas toujours possible d'obtenir des estimations fiables pour les territoires canadiens. Voici un bref aperçu des défis en matière de santé publique que l'on y rencontre (voir l'encadré).

Défis en matière de santé publique dans les territoires canadiens

Par leur nature et leur ampleur, les défis auxquels sont confrontés les territoires au plan de la santé diffèrent de ceux que l'on rencontre dans le reste du Canada.* Leur population est plus jeune et jouit d'une moins grande espérance de vie que la moyenne de la population canadienne. On attribue cela à la hausse des taux de nombreuses causes de décès, dont la mortalité infantile, au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, aux taux plus élevés de mortalité par cancer dans les trois territoires et à des taux beaucoup plus élevés de suicide et de décès par blessures accidentelles.

Un grand nombre de problèmes de santé et de comportements moins sains sont plus prévalents dans les territoires, notamment certaines maladies infectieuses comme la tuberculose et la chlamydia. Les taux de natalité chez les adolescentes, de même que les taux de tabagisme et de consommation d'alcool ou d'autres drogues chez les adolescents, incluant les solvants, y sont également élevés par rapport au reste du Canada.

La population des territoires représente 0,3 % de l'ensemble de la population du Canada, mais leur superficie couvre 39 % de son territoire géographique. Ces populations résidant hors des grands centres ont tendance à être moins scolarisées, moins actives sur le marché du travail et moins fortunées. Les pénuries de logements, causes de surpeuplement, posent d'autres défis. Il est particulièrement difficile de maintenir une infrastructure de santé adéquate pour la prestation de services de prévention et de traitement à une population plutôt restreinte répartie dans une grande région géographique.

* Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *The NWT Health Status Report - 1999*. Yellowknife : ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 1999.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. *Report on comparable health indicators for Nunavut and Canada*. Iqaluit : ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2002.

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon. *Report to Yukoners on comparable health and health system indicators*. Whitehorse : ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon, 2002.

Un grand nombre des défis en matière de santé publique auxquels sont confrontés les territoires canadiens (en particulier les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut) se font également sentir dans les communautés des Premières nations de tout le Canada. Dans le *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*² qu'il a publié récemment, Santé Canada documente les gains substantiels, mais également les disparités qui persistent sur le plan de la santé entre les membres des Premières nations et le reste des Canadiens. Par rapport au reste du Canada, la population autochtone est en moins bonne santé en raison de facteurs socioéconomiques et environnementaux qui contribuent à l'adoption d'habitudes plus ou moins saines, à des taux de maladie particulièrement élevés et à une espérance de vie plus faible pour de multiples raisons. Bon nombre des défis en matière de santé publique et des questions d'infrastructure abordés aux présentes s'appliquent au moins dans une certaine mesure à la population autochtone du Canada. L'ampleur de ces défis ainsi que les difficultés à assurer des services adéquats aux communautés autochtones (p. ex., population plutôt restreinte répartie sur un vaste territoire géographique; transfert des responsabilités en matière de prestation de services de santé; besoin d'une solide interface entre les soins primaires et la santé publique, etc.) nécessite toutefois une évaluation et une analyse de l'infrastructure du système de santé publique à l'intention des Premières nations qui dépasse la portée du présent document.

Dans le reste de la présente partie, nous livrons un aperçu de certains des défis que doivent relever les Canadiens dans le domaine de la santé publique. Soulignons que la liste des sujets abordés se veut plus indicative qu'exhaustive.

Eau potable

Bon nombre des premières mesures de santé publique prises au Canada avaient pour but d'assurer un approvisionnement en eau potable aux collectivités. Bien que les principales leçons apprises à cet égard remontent à plus de cent ans, les risques auxquels sont exposés les réseaux d'aqueduc seront toujours réels et continueront d'exiger un effort, une vigilance et un engagement soutenus. Les expériences récentes vécues à Walkerton, en Ontario³, et à North Battleford, en Saskatchewan⁴, (voir l'encadré) nous rappellent de façon tragique les sérieuses retombées que peut avoir la contamination des systèmes d'alimentation en eau sur la santé des collectivités.

Walkerton, Ontario 2000

La contamination d'un puits communautaire par la bactérie *E. coli* cause 7 décès et 1 346 cas déclarés. De multiples facteurs ont contribué à cette épidémie, notamment des lacunes au plan de la formation et de la vigilance du personnel affecté au traitement de l'eau et le défaut de signaler au service de santé publique des résultats anormaux d'analyses.

North Battleford, Saskatchewan 2001

Entre 5 800 et 7 100 personnes (près de la moitié de la population de la ville) sont affectées par une épidémie du parasite *Cryptosporidium*. La situation est causée par un bris du système de filtration à l'usine de traitement d'eau.

Blessures

Les blessures sont la principale cause de décès durant la première moitié de vie chez les Canadiens. Encore plus fréquemment, elles donnent lieu à des hospitalisations et à des incapacités à court et à long terme. On estime que les coûts économiques directs et indirects des blessures au Canada sont de 12,7 milliards de dollars par année⁵. Même si bien des blessures ne sont pas intentionnelles, il n'y a pas véritablement « d'accidents », puisque celles qui surviennent ont des causes bien définies. Les collisions automobiles sont l'une des principales causes de décès ou d'incapacité causée par une blessure, et l'on a mis sur pied des initiatives en santé publique afin de promouvoir le port de la ceinture et l'utilisation de sièges pour enfants, de même que l'amélioration de la conception des routes et la consommation réduite d'alcool au volant. Par ailleurs, la reconnaissance des blessures à la tête liées à des chutes à bicyclette chez les enfants a donné lieu à des campagnes de promotion du port d'un casque protecteur. Chez les aînés, les chutes constituent une importante préoccupation et le secteur de la santé publique s'est employé activement à évaluer des stratégies détaillées visant à modifier divers facteurs contributifs (p. ex., les effets secondaires des médicaments, le manque de force musculaire et d'équilibre, l'espace de vie encombré).

Immunisation

Le recours à l'immunisation pour prévenir les maladies infectieuses est l'intervention médicale la plus rentable qui s'offre à la santé publique. Des mesures d'immunisation systématique ont permis de réduire énormément la fréquence de nombreuses maladies graves, comme la polio, la diphtérie, la rougeole et plusieurs autres. Mais bien

Stratégie nationale d'immunisation

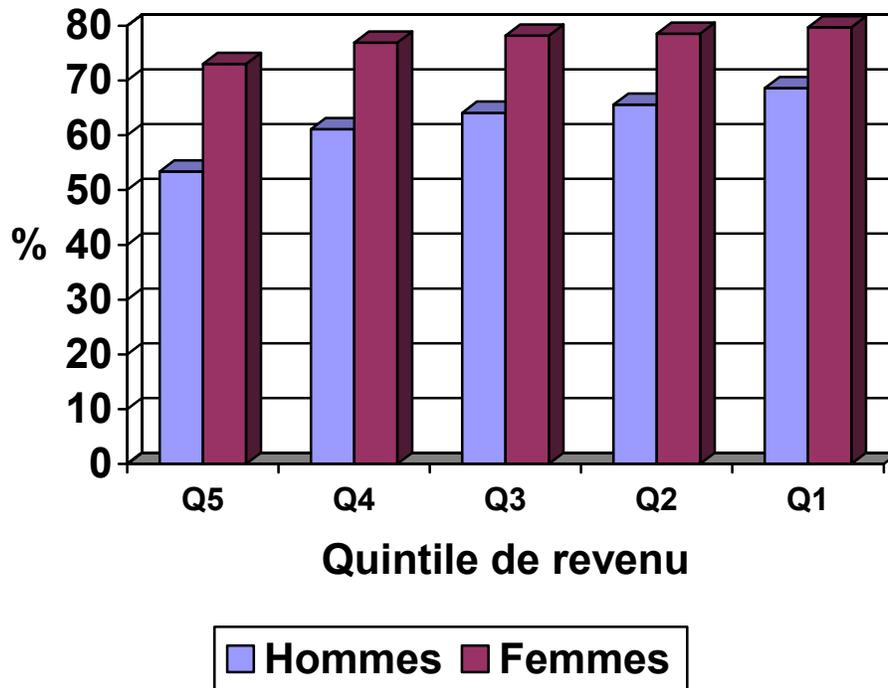
Reconnaissant l'importance de l'immunisation, les professionnels de la santé ont demandé que soit adoptée une stratégie nationale prévoyant la tenue d'un registre d'immunisation, l'harmonisation des calendriers d'immunisation ainsi que l'amélioration du contrôle de l'innocuité des vaccins, de l'approvisionnement en vaccins et de l'éducation des dispensateurs de soins de santé et du public. Dans l'accord sur les soins de santé conclu en 2003, les premiers ministres annonçaient l'élaboration d'une telle stratégie.

que ces maladies soient devenues rares au Canada, leur présence dans d'autres régions du globe nécessite une vigilance constante. L'efficacité globale d'un programme d'immunisation dépend du pourcentage de la population qui est vacciné. Le Canada manque de données adéquates et comparables relatives à cet important indicateur des résultats. Chaque province détermine quels vaccins elle inclut dans ses calendriers d'immunisation des enfants et des adultes. On observe donc de plus en plus de différences dans les maladies couvertes par les programmes provinciaux. Étant donné que de nouveaux vaccins font constamment leur apparition, il pourrait y avoir de plus en plus de confusion ainsi que d'inégalités entre les provinces au plan de la couverture assurée.

Inégalités d'état de santé

La santé n'est pas répartie de façon égale au sein de la population. De nombreuses inégalités, dont plusieurs parmi celles qui sont énoncées aux présentes, sont ancrées dans les déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux de la santé de la population. Dans un rapport publié récemment⁶, Statistique Canada traite des différences sur le plan de l'espérance de vie, de la mortalité infantile et des taux de mortalité liés à de multiples causes de décès qui demeurent associées aux niveaux de revenu au Canada. La figure 2 montre que les probabilités de survie jusqu'à l'âge de 75 ans diffèrent beaucoup selon le quintile de revenu. Une relation similaire existe entre le revenu et d'autres résultats en matière de santé (p. ex., la cardiopathie) ou comportements liés à la santé (p. ex., le tabagisme).

Figure 2 : Probabilités de survie jusqu'à l'âge de 75 ans, selon le quintile de revenu dans le voisinage, Canada urbain, 1996



Source : Wilkins *et al.* Health Reports 2002, 13 Supplement.

L'élimination de ces inégalités nécessite une collaboration intersectorielle. Les contributions du secteur de la santé publique sont notamment les suivantes : documenter et signaler les inégalités; travailler avec les collectivités afin de modifier les conditions qui y contribuent; promouvoir l'adoption de politiques publiques plus favorables à la santé qui en modifient les déterminants de manière à réduire les inégalités. La responsabilité fondamentale de la santé publique, qui est d'aplanir les inégalités à ce chapitre, est incluse dans la nouvelle *Loi sur la santé publique*

Aplanir les inégalités au plan de la santé – la *Loi sur la santé publique* (2001) du Québec

Dans la nouvelle *Loi sur la santé publique* du Québec, il est question de mettre l'accent sur les mesures les plus efficaces pour exercer une influence positive sur les déterminants de la santé, de manière à réduire les inégalités en matière de santé au sein de la population et à atténuer les facteurs de risque, particulièrement chez les populations vulnérables. On y suggère également des mesures visant à :

- définir au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;
- mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;
- promouvoir l'adoption de politiques sociales aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé;
- soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.

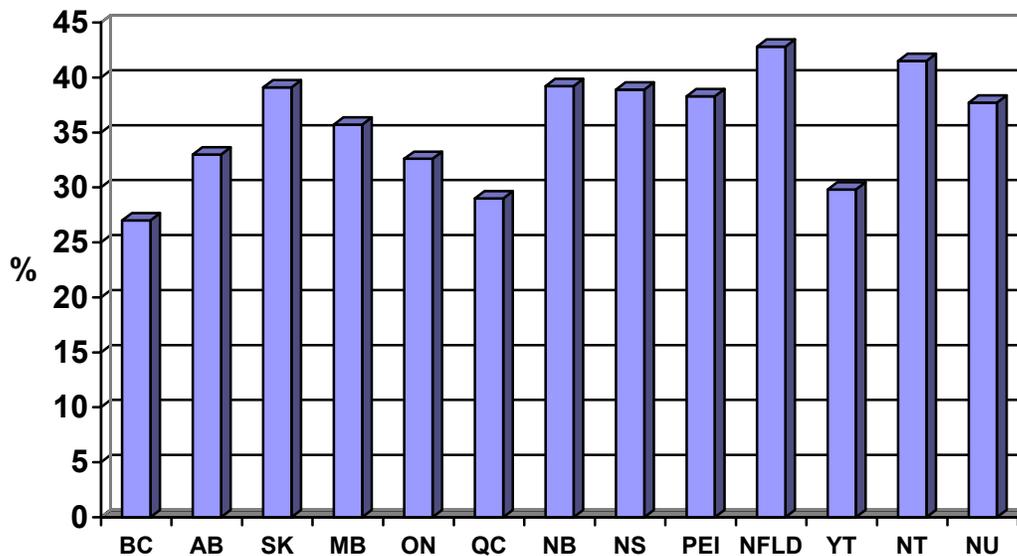
adoptée au Québec⁷ (voir l'encadré).

Obésité et diabète de type 2

Au Canada, 36 % des hommes et 27,5 % des femmes ont un excédent de poids, c'est-à-dire un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 27. La figure 3 montre que la prévalence de cet état varie considérablement d'une province à l'autre. C'est dans les provinces de l'Atlantique et des Prairies, de même qu'aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, que la prévalence de la surcharge pondérale est la plus forte.

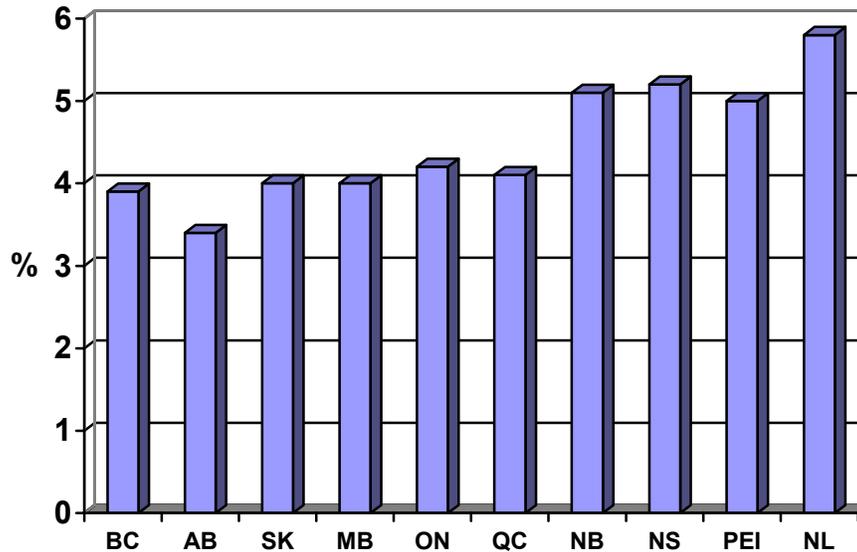
Avoir un excédent de poids ou être obèse constitue un important facteur de risque de diabète, qui est lui-même une cause majeure d'insuffisance rénale, de perte de vision et de cardiopathie. Comme l'illustre la figure 4, le diabète est beaucoup plus prévalent dans les provinces de l'Atlantique. Nous devons déployer de grands efforts en santé publique afin d'accroître l'activité physique et de promouvoir l'alimentation saine.

Figure 3 : Prévalence de la surcharge pondérale, par province et territoire, 2000-2001



Source : Statistique Canada, 2003. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Population âgée de 20 à 64 ans, à l'exclusion des femmes enceintes. Surcharge pondérale : IMC supérieur à 27,0.

Figure 4 : Prévalence du diabète, par province, 2000-2001

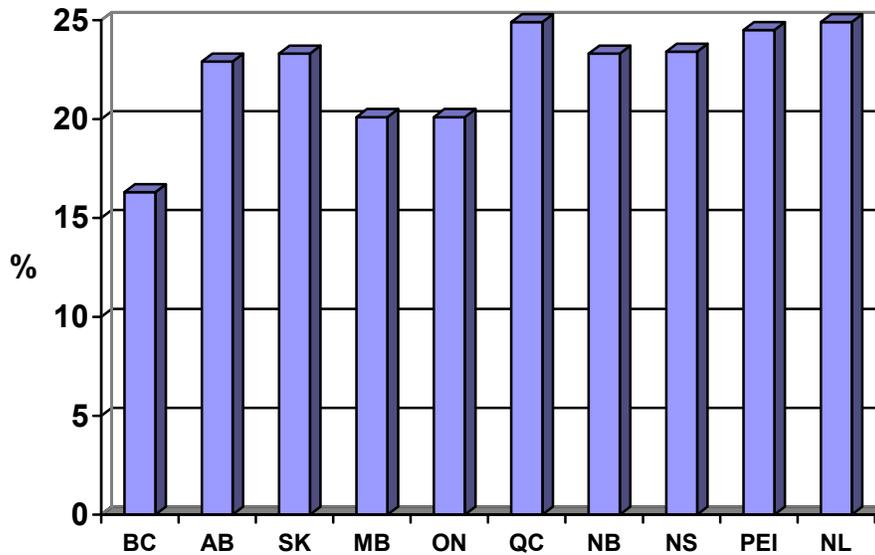


Source : Statistique Canada, 2003. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Tabagisme

L'usage du tabac est la principale cause d'incapacité et de décès évitable chez les Canadiens. Comme le montre la figure 5, alors que 21,5 % en moyenne des Canadiens de 12 ans et plus fument quotidiennement, ce pourcentage varie beaucoup selon la province et c'est à Terre-Neuve et au Québec qu'il est le plus élevé. On observe en outre d'importantes différences dans le taux de tabagisme selon l'âge, le sexe et le statut socio-économique. Des campagnes dynamiques de lutte au tabagisme menées dans d'autres pays ont donné lieu à des baisses considérables de l'usage du tabac.

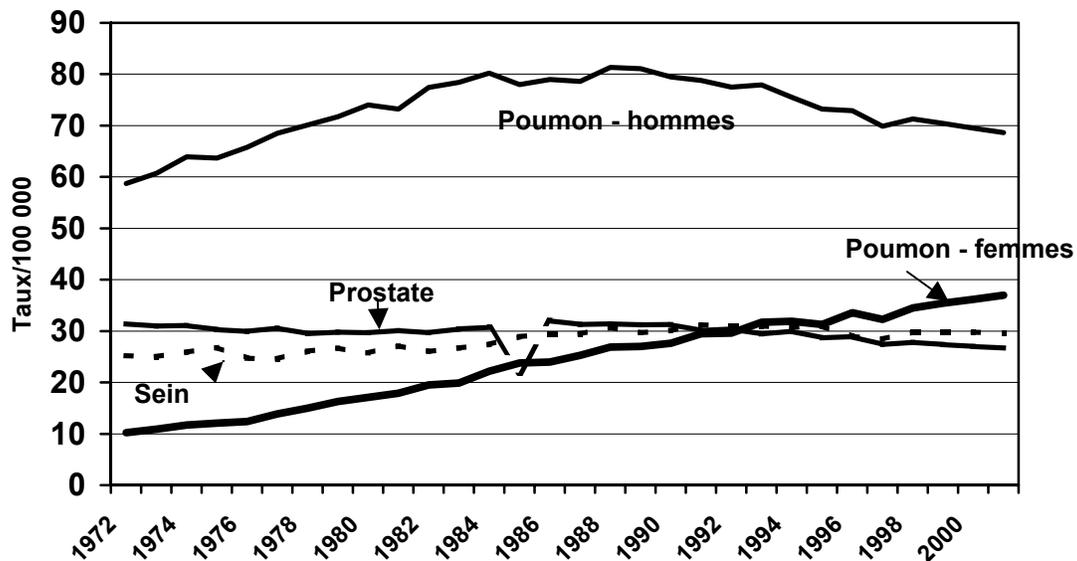
Figure 5 : Pourcentage de la population déclarant fumer chaque jour, par province, 2000-2001



Source : Statistique Canada, 2003. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

La grande majorité des cancers du poumon sont causés par le tabagisme. Or, le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer chez les hommes *et* chez les femmes. Les taux de cancer du poumon chez les femmes n'ont cessé de croître depuis 30 ans, reflétant l'augmentation généralisée du tabagisme au sein de ce segment de la population depuis les années 1950. Tel qu'illustré à la figure 6, les décès par cancer du poumon chez les femmes ont surpassé au début des années 1990 ceux causés par le cancer du sein. Par ailleurs, bien que les décès causés par le cancer du poumon chez les hommes se soient stabilisés, ils demeurent beaucoup plus élevés que la seconde cause de décès par cancer au sein de ce groupe, le cancer de la prostate.

Figure 6 : Principales causes de décès par cancer chez les Canadiens et les Canadiennes, de 1972 à 2001



Source : Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 2001. Les deux principales causes de décès par cancer sont indiquées, pour les hommes et les femmes. Normalisé en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données pour la période de 1998 à 2001 sont estimatives.

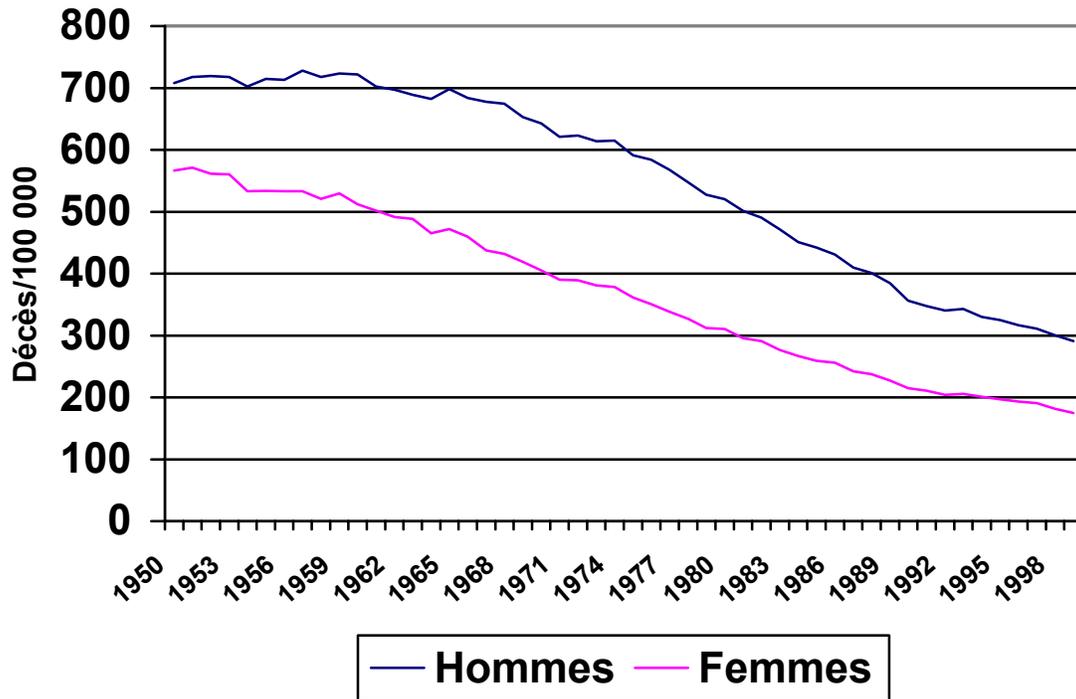
Maladies chroniques

Les principales causes de décès au Canada sont les maladies cardiovasculaires et les cancers. Ensemble, ces maladies représentent plus de 20 % des coûts totaux directs et indirects de la maladie au Canada. La figure 7 montre que le taux de décès attribuables à des maladies cardiovasculaires est à la baisse depuis plus de trente ans chez les hommes comme chez les femmes. Parmi les facteurs ayant contribué à cette baisse, mentionnons la diminution du tabagisme, des taux de cholestérol et de la consommation de gras, la baisse des niveaux de tension artérielle et les améliorations des soins médicaux⁸.

Bien que la tendance générale soit plutôt bonne, le nombre de décès attribuables à la cardiopathie ou au cancer varie beaucoup d'une province à l'autre (voir les figures 8 et 9 respectivement). On meurt plus fréquemment d'une maladie cardiovasculaire à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, tandis que les taux de mortalité par cancer sont plus élevés dans les provinces maritimes, au Québec et dans les territoires. Les maladies des deux groupes sont causées par de multiples facteurs comportementaux, génétiques et autres. Pour en réduire le fardeau, nous devons mettre en place des programmes complets qui abordent de multiples facteurs de risque, y compris adopter des politiques publiques favorables à la santé. L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada est un exemple de partenariat national d'organismes qui

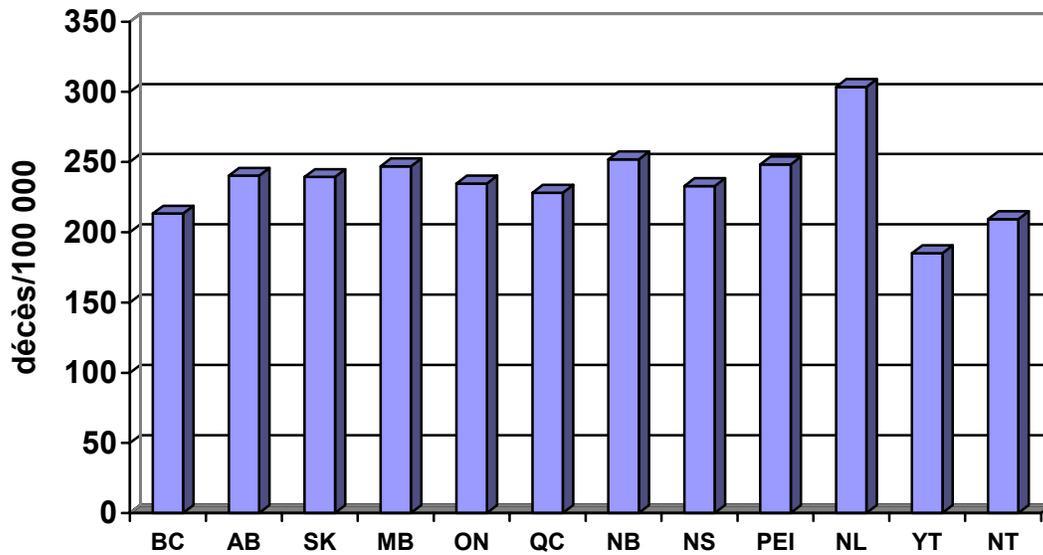
partagent une vision commune d'un système intégré de prévention des maladies chroniques au Canada.

Figure 7 : Taux comparatifs de décès causés par des maladies cardiovasculaires, Canadiens et Canadiennes, de 1950 à 1999



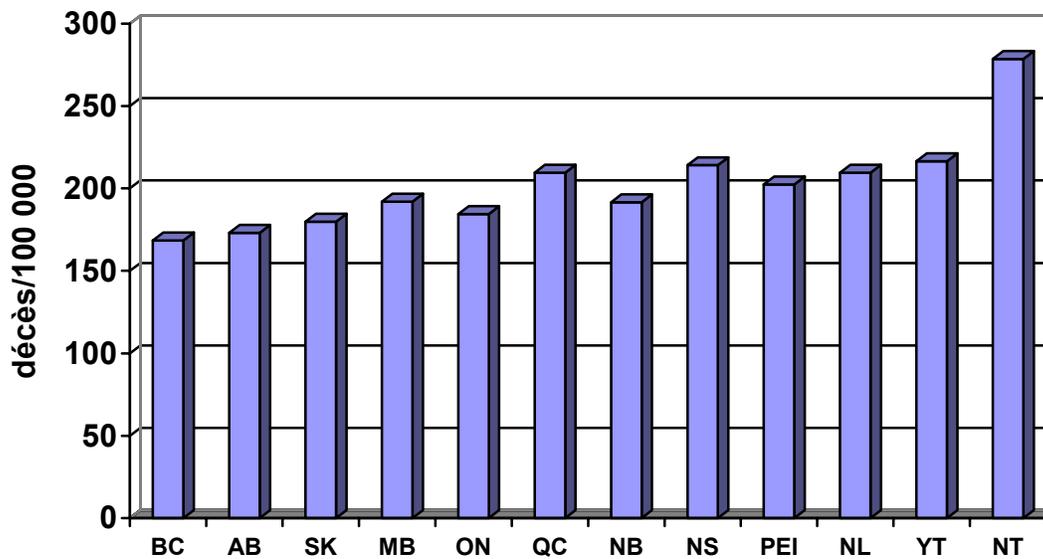
Source : Santé Canada, 2003. Normalisé en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Figure 8 : Taux comparatifs de décès causés par des maladies cardiovasculaires, par province ou territoire, 1999



Source: Santé Canada, 2003. Normalisé en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Figure 9 : Taux comparatifs de décès causés par le cancer, par province ou territoire, 1999



Source: Santé Canada, 2003. Normalisé en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

VIH et hépatite C

On estime que 50 000 personnes étaient infectées par le VIH en 1999⁹. Les données de surveillance de la santé publique ont montré que les facteurs de risque d'infection avaient tendance à augmenter et que le nombre de cas associés à l'utilisation de drogues injectables s'était accru jusqu'au milieu des années 1990. Plus récemment, on a observé une hausse du nombre de cas chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cela coïncide avec des poussées épidémiques de syphilis au sein de ce groupe dans les grands centres urbains du Canada et ailleurs dans le monde¹⁰.

L'utilisation de drogues injectables est également le principal facteur de risque de contracter l'hépatite C. La majorité des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ont des infections chroniques persistantes et un certain nombre d'entre elles développent une cirrhose ou un cancer du foie. On prévoit une augmentation de ces résultats au cours des prochaines décennies. Nous devons adopter de vastes approches en santé publique afin de prévenir ou d'atténuer les risques de transmission de ces maladies, y compris de donner de l'information en vue de réduire les comportements à risque, offrir des programmes de soins de santé mentale et de traitement pour toxicomanie et mettre sur pied des initiatives de réduction des méfaits.

Virus du Nil occidental

Le virus du Nil occidental (VNO) est transmis aux gens par des moustiques infectés. La première poussée nord-américaine du VNO est survenue à New York en 1999, et c'est durant l'été et l'automne 2001 que le virus a été décelé au Canada¹¹. Bien que moins de

1 % des personnes infectées ressentent de graves symptômes, le virus peut être mortel dans 3 à 15 % des cas. L'intervention en santé publique au Canada a consisté jusqu'ici à surveiller les oiseaux morts, les moustiques et les cas humains afin de déterminer à quel endroit et à quelle fréquence le virus se manifeste. Des renseignements sur la façon

Le virus du Nil occidental et les transfusions sanguines

Des cas de transmission du VNO par transfusion sanguine ont été observés au Canada comme aux États-Unis. Par conséquent, la Société canadienne du sang a mis sur pied un groupe de travail chargé d'examiner des stratégies qui permettent d'assurer le mieux possible la sécurité du système d'approvisionnement en sang. En guise de mesure préliminaire, les produits sanguins congelés qui avaient été recueillis en Ontario durant la saison des moustiques ont été retirés en décembre 2002. La SCS prévoit également pratiquer à compter du 1^{er} juillet des tests de dépistage du virus dans les dons de sang.

* Santé Canada. Virus du Nil occidental - Transmission par le sang. 2003. À l'adresse www.hc-sc.gc.ca/francais/virus_nil/sang.html

de prévenir l'infection ont été fournis au public par divers mécanismes. Les dispensateurs de soins de santé ont été renseignés sur la maladie et sa prévention et ils sont tenus de signaler les cas rencontrés. En 2002, il y a eu 300 cas humains confirmés du VNO et 10 décès causés par le virus ou liés à celui-ci. La grande majorité des cas sont survenus en Ontario, bien que l'on ait détecté le virus chez des oiseaux d'autres provinces.

Menaces délibérées

Les inquiétudes à propos du déversement délibéré d'agents nucléaires, biologiques ou chimiques se sont accrues durant l'attaque à l'anthrax perpétrée aux États-Unis, de même que pendant les attaques terroristes de New-York. Les programmes de fabrication d'armes mis sur pied par plusieurs pays durant une période s'échelonnant sur de nombreuses années font de ces agents une menace potentielle. Comme l'a montré l'expérience vécue aux États-Unis, le système de santé publique d'un pays se trouve aux premières lignes de défense et d'enquête en cas d'attaque de cette nature. Le Canada n'est *peut-être* pas une cible primaire, mais des maladies comme la variole ne sauraient reconnaître les frontières politiques. La capacité du système de santé publique à détecter une menace et à y réagir dépend beaucoup de son état de préparation et de l'infrastructure en place.

Résumé

Les points présentés ci-dessus donnent une idée de l'ampleur des défis auxquels le Canada est confronté. Les données provinciales et territoriales de surveillance montrent clairement une différence dans les taux de comportements nuisibles et de maladies à travers le pays. Bon nombre de ces défis en matière de santé publique ne touchent que les territoires et les petites provinces. Certains problèmes sont soudains ou urgents. La capacité de réagir à ces menaces reflète la mesure dans laquelle le système s'était préparé et avait planifié avant l'événement ainsi que sa capacité au moment de celui-ci. Beaucoup de risques pour la santé, comme l'obésité et le tabagisme, sont permanents et nécessitent de grands efforts constants. Bien que les soins cliniques aient un rôle net à jouer dans le règlement de chacun de ces problèmes, c'est le système de santé publique qui définira et surveillera les menaces pour la santé et qui interviendra de façon à prévenir la maladie et à améliorer la santé. Dans le cadre d'un grand nombre de ces interventions, il devra travailler en collaboration avec des partenaires représentant divers secteurs de la communauté, afin d'aborder les déterminants qui sont à l'origine des inégalités sur le plan de la santé entre les Canadiens.

La discussion qui précède sur les défis en matière de santé porte sur certains enjeux qui sont identifiables aujourd'hui. Nous observons toutefois déjà les signes avant-coureurs de nouveaux défis en santé publique liés au vieillissement de la population, à l'urbanisation et aux problèmes de santé mentale. De nouvelles maladies transmissibles et préoccupations relatives à l'hygiène du milieu occuperont toutefois aussi une place de premier plan. Mais peu importe, puisque nul ne pourra jamais prédire tous les défis qui nous attendent. L'une des fonctions fondamentales du système de santé publique est d'évaluer continuellement la santé de la population, de cerner et de dépeindre les nouvelles tendances et les nouveaux risques pour la santé et d'élaborer des interventions complètes pour y réagir. Dans la prochaine partie du document, nous abordons la capacité de notre système de santé publique à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Le système de santé publique du Canada

L'emploi du mot « système » pour décrire les services de santé publique offerts au Canada est pratique, mais incorrect. Ce mot renvoie à « un ensemble d'éléments interreliés ou interdépendants qui forment un tout complexe ». La situation canadienne serait peut-être mieux décrite si l'on parlait d'un regroupement de multiples systèmes ayant des rôles, des points forts et des liens variés.

Législation

Chaque province possède ses propres lois en matière de santé publique. L'âge et le contenu de ces lois varient beaucoup de l'une à l'autre. Dans un bon nombre, ce sont les aspects de la santé publique liés au contrôle des maladies transmissibles qui reçoivent le plus d'attention, étant donné que c'est ce secteur qui requiert des pouvoirs particuliers (de déclaration, d'enquête, de contrôle, etc.). Dans bien des cas, cependant, les plus grands défis que posent les incapacités et les décès évitables sont causés par des blessures et des maladies chroniques. Or, celles-ci sont beaucoup moins souvent abordées dans la législation. Seule fait exception la loi adoptée récemment au Québec, qui définit explicitement tout l'éventail des fonctions attendues du système de santé publique.

Au niveau fédéral, on ne retrouve que quelques lois relatives à la santé publique :

- la *Loi sur la quarantaine*, qui autorise le ministre à établir des postes et à désigner des zones de quarantaine en guise de mesures de protection contre des véhicules infestés et leur cargaison, ainsi qu'à mettre en quarantaine des personnes porteuses de maladies épidémiques qui constitueraient un grave danger pour la santé publique au Canada;
- la législation en matière de protection de la santé (tabac, aliments et drogues, protection de l'environnement, produits dangereux, produits antiparasitaires, dispositifs émettant des radiations, agence d'inspection des aliments, mesures d'urgence).

La plupart des dispositions de la *Loi sur la quarantaine* remontent à 1872. La loi actuelle ne définit pas le mandat, le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral au chapitre de la santé publique. En 1998, Santé Canada a publié un document de travail sur le renouvellement de la législation en matière de santé. Les participants aux consultations nationales tenues par la suite ont recommandé ce qui suit¹².

« La nouvelle législation fédérale en matière de protection de la santé devra accorder à Santé Canada les pleins pouvoirs en vue de recueillir partout au Canada les renseignements liés à la santé. Elle devra également conférer au Ministère le mandat de travailler en étroite collaboration avec les gouvernements des provinces et des territoires pour constituer un système national coordonné de surveillance de la santé. Un tel système supposerait une meilleure collaboration entre les laboratoires et les autres organismes de surveillance des maladies, de même que l'obligation de faire rapport sur l'incidence des maladies

transmissibles. Il est primordial que les données sur la santé soient partagées entre toutes les instances afin de dresser un tableau national des risques et des conséquences en matière de santé. »

« Le gouvernement fédéral devrait se voir accorder, que ce soit par voie de législation ou au moyen de protocoles d'entente conclus avec les gouvernements des provinces et des territoires, le pouvoir nécessaire pour faire face avec efficacité à toute poussée épidémique de maladies transmissibles, et cela lorsque les risques pour la santé s'étendent au-delà des frontières provinciales. »

« Il faudrait modifier la loi fédérale en matière de protection de la santé pour donner à Santé Canada les pouvoirs d'agir rapidement et de façon décisive en cas d'urgence nationale en matière de santé...si elle menace sérieusement la santé publique; affecte des segments particulièrement vulnérables de la population; dépasse les capacités des autorités locales de faire face aux risques; implique des agents pathogènes qui pourraient rapidement franchir les frontières nationales. »

Santé Canada « s'est engagé à effectuer une deuxième série de consultations, cette fois-ci pour connaître les opinions sur une proposition détaillée de nouvelle législation sur la protection de la santé. L'étape finale consistera à rédiger un projet de loi et à amorcer le processus parlementaire¹³. »

Financement

On ignore combien d'argent est consacré au système de santé du Canada. Cela est dû en partie à l'absence de définitions, de mécanismes de prestation des services et de pratiques comptables uniformes. Dans son dernier rapport sur les dépenses du système de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique que 6 % des dépenses totales effectuées en 2000 étaient liées à « la santé publique *et l'administration*¹⁴ ». Bien que la définition de la « santé publique » soit plutôt vaste, puisqu'elle englobe les programmes communautaires de santé mentale, l'inclusion de l'élément « administration », qui inclut les frais administratifs de gestion des programmes, est beaucoup plus problématique. Le financement de la santé publique représente donc en réalité beaucoup moins que 6 % des dépenses du système de santé. En Ontario, par exemple, les dépenses en santé publique effectuées en 2002-2003 dans les programmes essentiels représentent 2,3 % du budget provincial de la santé.ⁱ Il faudra ajouter à cela les dépenses fédérales, mais celles-ci sont réparties dans l'ensemble de la population canadienne. L'ICIS, dans une étude, reconnaît le problème que posent les systèmes actuels de suivi des dépenses et recommande de

ⁱ Le budget de la Direction de la santé publique de l'Ontario représente 1,9 % de celui de la province. Étant donné que celle-ci finance la santé publique à parts égales avec les municipalités, nous avons présumé que les fonds de contrepartie avaient été versés et les avons inclus dans le calcul. Nous avons en outre retiré certains postes étant donné qu'il était peu probable qu'ils figurent systématiquement dans les estimations de dépenses en santé publique des autres provinces : services communautaires d'orthophonie et d'audiologie; programme de dépistage du cancer du sein, visites à domicile dans le cadre du programme de développement de la petite enfance. En tenant compte de ces postes, le budget global de la santé publique représente 2,8 % du budget du système de santé provincial.

séparer dorénavant la santé publique des frais administratifs gouvernementaux et de l'administration des charges payées d'avance dans les estimations des coûts du système de santé.

Les niveaux de financement des services de santé publique ne sont pas définis de façon précise dans les ententes de fonds pour la santé conclues entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Sauf dans certains secteurs de programme restreints (comme le programme de nutrition prénatale ou les systèmes de surveillance sentinelle), le gouvernement fédéral ne finance pas directement les systèmes gouvernementaux de santé publique des provinces et territoires ou des régions. Et sauf dans le cadre du petit programme d'épidémiologie d'intervention, il ne se fait au Canada aucun détachement de personnel en santé publique du gouvernement fédéral aux provinces.

Dans ces dernières, la majeure partie du financement de la santé publique provient des gouvernements provinciaux ou territoriaux. Dans les provinces où il y a des régies régionales de la santé, les sommes pour la santé publique font souvent partie d'un fonds commun plus important destiné à un éventail de services de santé. L'Ontario est la seule à exiger le partage à parts égales des coûts des programmes de santé publique avec les municipalités, malgré qu'elle ait tenté de remettre temporairement toute la responsabilité du financement de ce secteur entre les mains des administrations municipales durant la réorganisation des responsabilités provinciales et municipales en matière de financement.

Organisation

Le principal groupe de santé publique à Santé Canada est la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP). La Direction générale est la principale responsable des politiques, des programmes et des systèmes liés à la prévention de la maladie et des blessures, à la promotion de la santé, à la surveillance des maladies, à l'action communautaire et au contrôle de la maladie. Les responsabilités de Santé Canada au chapitre de la protection de la santé sont confiées à deux autres directions générales et une agence.

Dans la plupart des provinces et des territoires, des régies régionales de la santé veillent à assurer un éventail de services (p. ex., soins aigus, soins prolongés, santé publique). La majeure partie des structures régionales ont été mises en place depuis 1990 et, dans bien des cas, continuent d'évoluer au fil des changements dans les frontières et les responsabilités. Les organismes locaux et régionaux de santé publique offrent pour leur part une gamme de programmes exigés et non exigés par la loi.

Exécution des fonctions essentielles de santé publique

Le système formel de santé publique est un service offert par le gouvernement pour le bénéfice collectif de la société. Étant donné que la santé publique joue un rôle de premier plan dans la protection et la promotion de la santé, il est dans l'intérêt de la société de savoir si le système s'acquitte adéquatement de cette tâche de façon constante et s'il est prêt à réagir en cas d'urgence. L'idéal serait de commencer par évaluer dans quelle

mesure les fonctions essentielles du système sont accomplies. Mais tel que mentionné précédemment, il n'existe aucune liste reconnue des fonctions attendues du système de santé publique du Canada.

Comme première étape en vue de documenter la capacité du système, un groupe de travail du Comité consultatif sur la santé de la population a mené une analyse documentaire et une enquête auprès d'informateurs clés du système de santé publique du Canada et de l'extérieur¹⁵. Voici ses principales constatations.

- La plupart des représentants gouvernementaux ont signalé des réductions dans les programmes menés à l'échelle des provinces et des territoires à la suite du transfert du financement et de la responsabilité du système aux structures régionales.
- Les petites provinces sont plus susceptibles que les grandes d'avoir interrompu ou réduit leurs programmes de surveillance de la santé, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des blessures et de protection de la santé.
- Selon la grande majorité (36 sur 37) des informateurs clés de l'extérieur du système de santé publiqueⁱⁱ, le Canada ne possède pas un système de santé publique très intégré ou très efficace.
- Dans bien des secteurs, les ressources ont été restreintes ou réaffectées ou encore elles n'ont pas été renouvelées, conformément aux exigences nouvelles ou déjà en vigueur.
- On s'inquiète de la résistance de l'infrastructure de santé publique et de la capacité du système à répondre de façon constante et proactive aux demandes qui lui sont faites.
- La capacité de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes est affaiblie.
- On observe entre les provinces et les régions « nanties » et « démunies » des différences importantes dans la capacité de régler les questions de santé publique. Les ressources nécessaires à la prestation de programmes et de services de santé publique de grande qualité ne semblent pas distribuées de façon uniforme à travers le Canada.

L'écart signalé entre les provinces « nanties » et « démunies » est particulièrement important puisque, tel qu'indiqué dans la partie précédente, bon nombre des provinces « démunies » enregistrent également les taux les plus élevés de maladies chroniques et de comportements nuisibles pour la santé. La figure 10 montre le pourcentage de répondants à l'enquête qui se sont dit prêts à réagir à une situation d'urgence causée par une maladie transmissible. Une plus grande proportion d'employés au niveau communautaire qu'aux niveaux FPT s'est dite confiante de mobiliser les ressources adéquates. La quasi-totalité des répondants FPT, de même qu'un grand nombre de représentants des niveaux régional

ⁱⁱ Universitaires, chercheurs voués aux politiques, intervenants en santé publique, représentants d'organismes autochtones

et communautaire, ont signalé le manque d'attention portée aux menaces à plus long terme pour la santé, comme les maladies chroniques et les blessures.

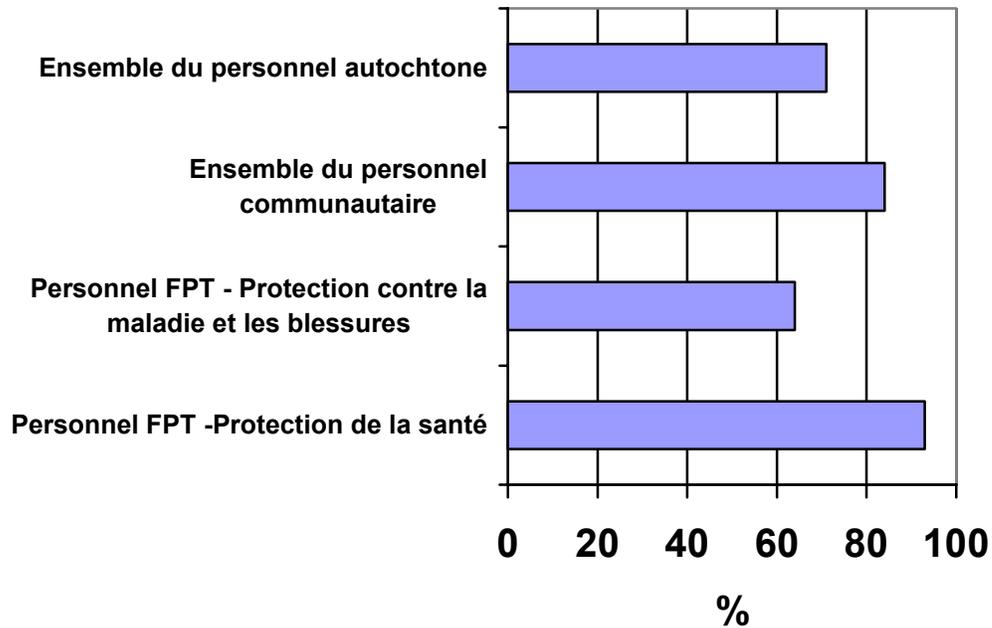
La nature subjective de l'information recueillie peut avoir limité les conclusions formulées dans le rapport. Toutefois, le manque total de données objectives sur le fonctionnement du système de santé démontre, en soi, les lacunes du système et l'absence de diligence raisonnable exercée. Les conclusions sont par ailleurs conformes aux observations livrées dans le cadre d'évaluations indépendantes menées précédemment.

Commission Krever : [TRADUCTION] « ...les services de santé publique de bien des régions du Canada ne disposent pas de ressources suffisantes pour s'acquitter de leurs tâches... le sous-financement chronique et persistant des services de santé publique est un mauvais service rendu à la population canadienne¹⁶. »

Vérificateur général du Canada : « Prises ensemble, les lacunes que nous avons observées ont de nettes répercussions nationales sur la santé publique. ... elles compromettent [la] capacité [de Santé Canada] de planifier, de mener à bien et d'évaluer des programmes de santé publique et d'autres programmes qui traitent des causes et du traitement des maladies¹⁷. »

Les interventions en santé publique dépendent de la disponibilité d'information sur laquelle fonder les mesures à prendre. On s'inquiète grandement de l'à-propos des systèmes d'information. Le manque de ressources en personnel pour produire des analyses et des rapports en temps opportun, particulièrement aux niveaux local et provincial-territorial, nuit aux initiatives en santé publique.

Figure 10 : Proportion de répondants confiants de mobiliser des ressources en cas d'urgence causée par une maladie transmissible, selon le niveau de personnel en santé publique au sein du système



Source : Comité consultatif sur la santé de la population, 2001

La partie suivante du document traite des activités liées aux systèmes de santé publique d'autres pays.

Systèmes de santé publique d'autres pays

Les inquiétudes persistantes au sujet du système de santé publique du Canada nous ont incités à examiner d'autres modèles internationaux d'organisation et de financement des programmes et services essentiels que le Canada pourrait prendre en considération dans le cadre de la restructuration de ses propres programmes et services nationaux, provinciaux-territoriaux, régionaux et locaux de santé publique. Nous avons examiné des documents d'information et effectué des entrevues avec des informateurs clés de l'Angleterre, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis (voir l'annexe 1 pour en obtenir la liste). Nous souhaitons obtenir de l'information sur les questions suivantes liées à l'infrastructure :

- fonctions essentielles de santé publique;
- organisation législative et structures de gouvernance;
- mécanismes de reddition de comptes;
- affectations budgétaires à la santé publique;
- planification et perfectionnement de la main-d'œuvre;
- gestion de l'information;
- recherche et développement;
- capacité de soutien des petits organismes ou des organismes éloignés;
- efforts particuliers en vue de développer l'infrastructure de santé publique.

Dans tous les pays examinés, on s'inquiète des systèmes de santé publique. L'incidence de la restructuration du système de santé, le sous-financement et la négligence chronique du système, la concentration dorénavant plus marquée sur les maladies chroniques que sur les maladies transmissibles ainsi que la nécessité de réagir à de nouvelles menaces, comme le bioterrorisme, ont incité les pays à prendre des mesures afin d'améliorer l'infrastructure de leur système de santé publique.

Aux États-Unis et en Angleterre, des plans très visibles ont été établis en ce sens. En Australie, les gouvernements fédéral et d'État ont formé un partenariat national voué explicitement à l'infrastructure du système de santé publique. Il est en outre évident que d'autres pays se préoccupent de l'état de leur système si l'on en juge par les déclarations d'organismes internationaux comme l'OMS et l'OPS, qui les ont aidés à énoncer les fonctions essentielles dans ce domaine. Les pages qui suivent renferment les points saillants de l'analyse de l'information recueillie lors de la recherche documentaire et des entrevues auprès des informateurs clés.

Liste des fonctions essentielles

Beaucoup de pays ont entrepris un processus visant à définir les fonctions essentielles de leur système de santé publique. L'un des principaux facteurs qui les incitent à faire cette démarche est qu'ils peuvent utiliser la liste pour [TRADUCTION] « définir plus clairement et systématiquement les principaux secteurs de la santé publique dont les gouvernements sont, en définitive, responsables¹⁸ ».

Deux des pays (l'Australie¹⁹ et les États-Unis²⁰) ont eu recours à des processus explicites pour dresser leurs listes, tandis que l'Angleterre²¹ a inclus la sienne dans un document stratégique. La démarche des États-Unis a eu beaucoup plus d'impact que celle de l'Australie (voir l'encadré).

La liste des fonctions suggérées par le Comité consultatif sur la santé publique présente beaucoup de points communs avec celles des autres pays. Les expériences de ces derniers aideront le Canada à mieux définir les fonctions essentielles de son propre système de santé publiqueⁱⁱⁱ.

Impact des services essentiels de santé publique aux États-Unis

Les États-Unis ont défini en 1994 leurs services essentiels de santé publique. Cela a eu plusieurs conséquences positives :

- fournir au milieu une description claire et uniforme des fonctions de la santé publique;
- faciliter la détermination des rôles de la santé publique par rapport aux autres éléments du système;
- assurer la responsabilité accrue du système :
 - cadre permettant d'évaluer si le système remplit ses fonctions (évaluation du rendement);
 - cadre pour l'évaluation des dépenses du système;
- fournir un cadre pour l'organisation, l'évaluation et le développement des compétences du personnel des services essentiels de santé publique;
- fournir un cadre possible pour l'adoption d'une législation nouvelle ou révisée en matière de santé publique.

ⁱⁱⁱ On a eu tendance jusqu'ici à inclure la *façon* dont les choses sont faites (p. ex., politique gouvernementale favorable à la santé, développement communautaire, partenariats) ainsi que les *éléments* nécessaires pour instituer un système fort (p. ex., perfectionnement de la main d'œuvre, recherche et assurance de la qualité). Il semble aussi y avoir beaucoup de recoupement entre les points figurant sur certaines listes, ce qui en limite l'utilisation. Le fait de savoir le plus clairement possible à quoi est censée servir une liste faciliterait sans doute la sélection et la formulation des points. Les informateurs clés des États-Unis et de l'Australie ont souligné que leurs listes semblaient signifier beaucoup plus pour les personnes de *l'intérieur* du milieu de la santé publique que pour celles de *l'extérieur* (décideurs, public).

Leadership

La mise sur pied d'un système national de santé publique ne se fait pas par accident. Elle nécessite une définition claire des principaux enjeux et la mobilisation de ressources pour y donner suite. Tant aux États-Unis qu'en Angleterre, le leadership national a contribué à la définition claire du rôle du système de santé publique et de ses principaux éléments d'infrastructure, de même qu'à l'élaboration de stratégies visant leur amélioration. Bien que les progrès réalisés aux États-Unis aient été ralentis jusqu'à tout récemment par le manque de ressources disponibles, le milieu de la santé publique est parvenu à documenter les lacunes du système et à planifier ce qui s'avérait nécessaire. En Angleterre, la santé publique a dû s'adapter aux changements très considérables apportés au système de prestation des soins de santé tout en veillant à l'articulation claire des fonctions de santé publique et de l'infrastructure requise (voir l'encadré). Dans les deux pays, on retrouve des personnes qui jouent un rôle de leadership au sein du système de santé publique. En Angleterre, il s'agit du Chief Medical Officer et aux États-Unis, du chef du Center for Disease Control and Prevention (CDC) et du Surgeon General. Aucun poste comparable n'existe à l'échelle nationale au Canada.

Rapport du Chief Medical Officer – Angleterre

En 2001, le *Report of the Chief Medical Officer's Project to Strengthen the Public Health Function* a été publié. On y reconnaît le fait qu'une [TRADUCTION] « fonction robuste et efficace de santé publique s'avère essentielle pour appliquer les politiques gouvernementales axées sur l'amélioration de la santé et du bien-être. Cela fournit l'infrastructure nécessaire pour faciliter la modification des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui conduisent à une mauvaise santé ».* Le rapport définit les secteurs prioritaires suivants :

- leadership et défense des intérêts;
- connaissances des partenariats;
- compétences en renforcement de la capacité des communautés;
- compétences en gestion du changement;
- communication et travail d'équipe.

En outre, on y signale la pénurie de compétences techniques dans un certain nombre de domaines : épidémiologie, évaluation des besoins, analyse et interprétation des données cliniques et sur la santé, évaluation critique, diffusion et utilisation des données probantes générées par la recherche.

* Donaldson L. *Report of the Chief Medical Officer's Project to strengthen the public health function*. London : Department of Health. 2001.

Mécanismes de financement

Dans les quatre pays examinés, le rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la santé publique est grandement renforcé par le fait qu'il finance en grande partie le système. Cela est très différent de la situation existe au Canada, où il incombe aux gouvernements provinciaux et, dans certains cas, aux gouvernements locaux, de financer l'infrastructure de santé publique. Même en Australie, où la structure constitutionnelle est similaire à la nôtre, le gouvernement fédéral paie plus de la moitié du budget total de la santé publique²². Aux États-Unis, des sommes substantielles (ainsi que des ressources humaines)

passent du CDC aux États (voir l'encadré). Il n'y a qu'aux États-Unis où l'on se fie aux gouvernements locaux pour financer une partie des services locaux de santé publique, mais il est largement reconnu que c'est ce volet du système qui est le plus faible.

L'expérience de la Nouvelle-Zélande à la fin des années 1980, alors que le système de santé publique a perdu jusqu'à 40 % de son financement au profit des services de soins actifs immédiats, nous met en garde contre de telles approches²³. Cette perte de fonds destinés à la santé publique causée par la régionalisation correspond aux résultats décrits dans le rapport du CCSP sur la capacité de la santé publique au Canada¹⁵. Les mécanismes de transfert de fonds des autres pays réservent des sommes à la santé publique pour éviter qu'elles soient détournées vers d'autres services.

L'un des grands problèmes de la santé publique, c'est qu'elle prône aujourd'hui une intervention qui vise

Rôle du Center for Disease Control and Prevention des États-Unis au chapitre du soutien de l'infrastructure locale et d'État du système de santé publique

En plus de jouer le rôle de source éprouvée d'information scientifique crédible, le CDC contribue à l'infrastructure locale et d'État.

- Plus de 75 % du budget du Centre provient de ses partenaires, qui sont surtout des États et des départements locaux.
- Le Centre offre des programmes de subventions ciblées et globales.
- Il administre un programme de recherche sur la prévention dans 24 écoles de santé publique.
- Il a conclu des partenariats avec des écoles de santé publique en vue d'élaborer et d'offrir des programmes de formation continue.
- Plus de 2 000 des 8 500 employés du CDC travaillent hors d'Atlanta, dans des bureaux régionaux, des services de santé d'État ou locaux et d'autres organismes de santé.

Rapport Wanless – Angleterre

M. Derek Wanless est un commissaire de la Statistics Commission qui a été cadre dans les services financiers pendant plus de 30 ans. Le Chancellor of the Treasury lui a demandé de mener la toute première évaluation reposant sur des données probantes des ressources nécessaires à long terme pour le National Health Service (NHS). Le rapport présente des modèles de dépenses en santé pour les 20 prochaines années, définis selon trois scénarios : progrès considérables au niveau de l'engagement des gens face à leur santé; engagement mitigé du public; engagement total. Ce dernier modèle prévoit des dépenses similaires au cours des 10 prochaines années, mais des coûts moins élevés par la suite. Il montre la grande importance que revêt la façon dont l'argent est dépensé dans les services de santé. L'un de ses principaux postulats est que l'on obtient un profil beaucoup plus sain de comportements liés à la santé et que les gains les plus importants sont obtenus parmi les personnes les plus à risque. L'auteur du rapport reconnaît explicitement que les « grands destructeurs » sont liés aux inégalités socio-économiques. Il reconnaît aussi que la mise en place d'un système de santé publique de grande qualité se répercute sur les ressources et qu'elle nécessiterait environ 250 millions de livres de plus par année.

à éviter que quelque chose se produise demain. Cela n'est pas chose facile alors que beaucoup d'autres secteurs demandent une intervention axée sur des problèmes actuels. L'enfant qui n'a pas contracté la polio ne fait pas la manchette, contrairement aux files d'attente dans un service de traitement. Si l'on formule la question de manière à s'interroger sur les résultats qu'auront demain les mesures prises aujourd'hui, les efforts de prévention et leurs conséquences peuvent toutefois devenir plus acceptables. Selon un rapport publié en Angleterre en 2002 sur les modèles financiers, un scénario faisant entièrement appel à des interventions préventives coûterait en définitive moins cher²⁴ (voir l'encadré). L'objet de la prévention, toutefois, est d'épargner aux gens une détresse et un décès évitables, et non toujours de réaliser des économies au sein du système de santé publique²⁵.

Taille des populations locales du système de santé publique

La santé publique est un système qui repose sur les populations. Pour qu'une masse critique de personnel en santé publique techniquement qualifié soit efficace, il doit y avoir un bassin de population suffisant. Aux États-Unis, dans beaucoup d'États, la santé publique est assurée à l'échelle des comtés. Cela crée un trop grand nombre de services locaux de santé et disperse trop les ressources. Il en résulte de l'isolement et une baisse des interactions multidisciplinaires essentielle à la prestation efficace des services. En outre, la situation est aggravée par le fait que l'on se fie aux sources de financement locales (voir le point précédent).

En Angleterre, les réformes du NHS ont donné lieu à la création d'un grand nombre de « Primary Care Trusts », ce qui entraîne peut-être une trop grande dispersion du personnel en santé publique. La constitution de réseaux régionaux visant la mise en commun des compétences au sein des Trusts, de même que la création d'un organisme national de protection de la santé dans le but de constituer un bassin de personnel affecté au contrôle des maladies transmissibles, semble être motivé, au moins en partie, par des mécanismes compensatoires. On s'inquiète également de la taille inefficace de certains organismes locaux de santé publique au Canada, même au niveau provincial.

Solide présence centrale

Un système de santé publique est une approche *organisée* vis-à-vis de l'évaluation des problèmes de santé de la population et des mesures destinées à les régler. Pareille approche nécessite une masse critique d'experts techniques en mesure de soutenir les fonctions essentielles de santé publique. Aux États-Unis, le CDC a joué un rôle primordial dans la mise sur pied et le fonctionnement du système en place. Il est une source centrale de compétences techniques, d'avis crédibles et de ressources. Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé a assuré une bonne présence centrale en santé publique et cette présence sera renforcée par la création d'un organisme national de protection de la santé. En Nouvelle-Zélande, la présence temporaire d'une commission de la santé publique a été associée au nombre accru de rapports sur l'état de santé, de lignes directrices sur la pratique et d'autres produits de santé publique diffusés. En Norvège, on vient de créer un institut national de santé publique qui emploie plus de 600 personnes et qui a pour mandat d'examiner à fond les problèmes de santé publique au pays. Le

Netherlands' National Institute of Public and Environmental Health (RIVM) mène à bien des recherches et recueille des données internationales, qu'il interprète et dont il se sert ensuite pour appuyer l'élaboration de politiques, s'acquitter d'une fonction de supervision et présenter des rapports réguliers sur l'état actuel et les tendances à venir dans les domaines de la santé publique, de l'environnement et de la nature. Au Canada, certaines provinces ont créé des centres de compétence, comme le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique et l'Institut national de santé publique du Québec.

Partenariat

Un solide système gouvernemental de santé publique est un critère essentiel, mais néanmoins insuffisant, pour régler les problèmes de santé de la population. Les partenariats intersectoriels constituent un élément fréquent des initiatives de santé publique mises de l'avant dans les autres pays. Ils constituent le fondement du projet Turning Point mené à bien dans de multiples États des États-Unis, de même que de plusieurs recommandations figurant dans le récent rapport du US Institute of Medicine sur le système américain de santé publique²⁶. En Angleterre, le système de santé national s'est donné pour but précis de régler les inégalités sur le plan des résultats en matière de santé, et les partenariats intersectoriels revêtent une importance cruciale dans la réalisation de ce but.²¹ En Australie, les gouvernements fédéral et d'État ainsi que d'autres partenaires se sont réunis afin de travailler ensemble à l'amélioration de l'infrastructure du système de santé publique (voir l'encadré)²⁷. Les systèmes de santé publique de bon nombre de pays recherchent des moyens de forger un partenariat officiel avec des ONG, des organismes communautaires et d'autres secteurs (comme celui de l'éducation).

Partenariat national pour la santé publique – Australie

Le National Public Health Partnership (NPHP) a été créé au moyen d'un protocole d'entente approuvé par les ministres de la Santé du Commonwealth (AIHW), des États et des territoires australiens. Le National Health and Medical Research Council (NHMRC) ainsi qu'un groupe consultatif en sont également membres. Au départ, le NPHP avait pour objectifs :

- d'améliorer l'état de santé des Australiens, en particulier des groupes de population les plus à risque;
- d'accroître la collaboration aux initiatives nationales de santé publique;
- d'améliorer la coordination et d'accroître la viabilité des stratégies de santé publique;
- de renforcer l'infrastructure et la capacité en matière de santé publique à l'échelle nationale;
- de faciliter la contribution de tous les fournisseurs de services de santé publique, comme les gouvernements locaux, les programmes d'information et de recherche en santé publique et les organismes responsables des États et territoires et du Commonwealth, y compris l'AIHW et le NHMRC;
- d'établir un échange réciproque avec les professionnels, les communautés, les consommateurs, les milieux pédagogiques et l'industrie dans le cadre de la définition des priorités et de l'élaboration des stratégies en matière de santé publique;
- d'accroître la capacité des États et des territoires à donner suite aux priorités locales.

Visibilité de la santé publique

L'un des thèmes qui revient dans tous les pays, à l'exception peut-être de l'Angleterre, est l'invisibilité relative de la santé publique. La plupart des informateurs nous ont fait

savoir que l'infrastructure de santé publique, en tant qu'enjeu, ne constitue pas une priorité pour les décideurs, qui sont beaucoup plus motivés par les problèmes de santé précis. Qui plus est, d'après l'expérience de cadres en santé publique, des fonds ne sont débloqués que lorsque des questions de santé précises retiennent l'attention des décideurs. Ainsi, aux États-Unis, le milieu de la santé publique et l'Institute of Medicine ont fait valoir pendant plus d'une décennie la nature fragile du système; d'importantes poussées de tuberculose pharmacorésistante et, plus récemment, de syphilis, étaient attribuables, du moins en partie, au déclin de l'infrastructure en place. Néanmoins, c'est la menace immédiate de l'anthrax et du terrorisme qui a su mobiliser les décideurs et encourager l'affectation de nouvelles sommes (du moins temporairement). Le défi des leaders de la santé publique consiste donc à obtenir du financement pour la mise sur pied de programmes nouveaux ou améliorés axés sur une question précise tout en s'efforçant en même temps de bâtir l'infrastructure nécessaire au soutien de ces programmes.

Incidence des réformes de la prestation des soins de santé sur la santé publique

De grandes décisions visant à réformer le système de soins de santé se prennent sans que soit examinée de près leur incidence sur la prestation des services de santé publique. La perte de sommes considérables destinées à la santé publique en Nouvelle-Zélande à la fin des années 1980 de même que certains aspects des réformes actuellement en cours en Angleterre laissent supposer que les décisions qui sont prises visent avant tout la prestation des soins de santé plutôt que les intérêts du système de santé publique. Au Canada, la régionalisation des services dans bien des provinces ainsi que les tentatives du gouvernement de l'Ontario en vue de remettre toute la responsabilité du financement de la santé publique entre les mains des municipalités n'ont pas beaucoup tenu compte des conséquences que cela pourrait avoir sur le système de santé publique. Le récent rapport de la Commission Romanow renferme plusieurs recommandations touchant le système de soins de santé, mais il ne reconnaît pas de façon explicite l'existence du système de santé publique. Beaucoup d'initiatives de contrôle de maladies chroniques et de prévention de maladies infectieuses (p. ex., en matière d'immunisation) reposent sur un partenariat entre les secteurs de la santé publique et des soins primaires. Mais quantité de défis (comme le contrôle de la pollution, l'épidémie d'obésité chez les jeunes et le virus du Nil occidental) ne peuvent être relevés par le système de soins cliniques.

Collaboration des secteurs des soins primaires et de la santé publique

Les systèmes de santé publique du monde entier s'efforcent de trouver la meilleure façon d'intégrer les services de santé publique aux soins primaires. En Australie, on débat activement de la meilleure façon de procéder. Aux États-Unis, on s'est efforcé en priorité de réorienter le système afin qu'il assure les services essentiels de santé publique et non uniquement des soins de santé aux populations mal desservies. En Angleterre, toutefois, le système est dorénavant axé sur une intégration active au niveau local, de sorte qu'il n'existe pas de services locaux de santé publique en tant que tels, mais plutôt des « équipes » de santé publique dont le rôle est d'influencer d'autres fournisseurs des Primary Care Trusts de façon matricielle. On s'attend donc à ce que le personnel en santé

publique influe efficacement sur les pratiques de prévention en soins primaires et secondaires et à ce que le personnel des soins primaires de longue durée (p. ex., visiteurs à domicile, infirmiers ou infirmières en milieu scolaire, etc.) soit davantage axé sur la santé publique. Il faudra du temps pour déterminer si cette vision se réalise. Dans le contexte canadien, avec la gamme de structures de prestation de soins de santé en vigueur au sein des provinces et des territoires (différentes étapes de la réforme, régionalisation, etc.), il est plus difficile de définir une solution organisationnelle qui convienne à toutes les situations. Au Québec, la collaboration des services locaux de santé publique et des soins primaires intégrés a été rendue officielle par la mise en place d'un réseau provincial de centres locaux de services communautaires, ou CLSC. L'intégration est d'autant plus formelle que la *Loi sur la santé publique* du Québec précise que l'un des rôles de la santé publique est de promouvoir et de soutenir les pratiques de soins préventifs chez les professionnels de la santé.

Développement de l'infrastructure

Une fois que les fonctions d'un système ont été définies, il faut concevoir un mécanisme qui permette d'en évaluer le rendement. Les États-Unis et l'Angleterre ont mis sur pied des mécanismes différents. Aux États-Unis, la liste des services de santé publique essentiels a été rendue opérationnelle grâce à la définition d'objectifs et d'indicateurs de rendement pour les systèmes de santé publique en place au niveau des localités et des États²⁸ (voir l'encadré). Le principe fondamental est le suivant : « ce que l'on mesure s'accomplit ». Les questionnaires ont pour objet de mesurer de façon globale la capacité du système à assurer les services essentiels. Des études pilotes ont révélé d'importantes lacunes et aidé à démontrer qu'il fallait s'attarder à l'infrastructure du système. Le programme de normes nationales de rendement inclura l'ensemble des États au cours de la prochaine décennie.

Normes nationales de rendement en matière de santé publique— États-Unis

Le National Public Health Performance Standards Program a été mis sur pied afin : d'élaborer des mesures objectives qui définissent les attentes en matière de rendement, de recueillir des données à des fins d'analyse comparative et d'inciter à l'action. Les mesures du rendement seront fondées sur la liste des services essentiels. Pour chacune, on énumère les principales activités et on pose une série de questions guides qui portent sur l'ampleur de l'activité du système local. On pose également des questions qui visent à obtenir une idée globale de la mesure dans laquelle le système local, de façon collective, atteint l'indicateur de rendement et de la proportion qui lui est attribuable. Plusieurs avantages possibles ont été cernés, dont les suivants.

- Amélioration de la qualité : définition des attentes en matière de rendement, collecte de données à des fins d'analyse comparative et incitation à l'action;
- Imputabilité : données objectives pour définir la valeur de la santé publique, amorcer l'intervention communautaire et mettre en lumière les meilleures pratiques;
- Meilleur fondement scientifique pour les services de santé publique : assurer un fondement scientifique permettant d'améliorer la prise de décisions, fournir des données comparatives à des fins d'évaluation et renforcer l'influence extérieure dans le cadre des partenariats.

Trois instruments ont été élaborés : d'État, local et de gouvernance. Lors d'essais sur le terrain, les 131 systèmes de santé publique locaux de trois États ont obtenu des pourcentages moyens de rendement de 55, 62 et 53 %. Les systèmes d'État ont pour leur part obtenu 51, 40 et 56 %. La mise en œuvre nationale a débuté.

En Angleterre, les activités de santé publique font partie de cadres nationaux de services élaborés pour divers problèmes de santé ou groupes de population. Le rendement de chacun des Primary Care Trusts sera géré par l'une des Strategic Health Authorities, qui comptent pour la plupart des spécialistes en santé publique. En outre, les indicateurs de rendement de haut niveau utilisés pour le NHS contiennent diverses mesures qui ont pour effet de rendre le système de soins de santé responsable des résultats en matière de santé publique.

Tous les pays que nous avons examinés considèrent que le perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique est une importante question liée à l'infrastructure. Mais bien que l'on s'entende sur l'importance de cette question, il est moins évident de déterminer la façon de l'aborder. Trois des quatre pays en sont à divers stades de l'évaluation, de la planification et de la mise en œuvre de stratégies. De plus en plus d'outils d'évaluation des besoins en matière de formation axée sur des compétences, de même que de modules de formation permanente axée sur les compétences, sont élaborés. Certains pays ont également commencé à délivrer des titres et certificats à certaines catégories de professionnels de la santé publique (l'Angleterre, par exemple, a créé une désignation de « public health specialist » (spécialiste de la santé publique) qui est axée sur les compétences et non sur la discipline. Ces spécialistes seront donc admissibles à des postes de directeurs de la Santé publique au sein des Primary Care Trusts).

La capacité de se connecter à Internet est devenue un prérequis fondamental pour exercer de façon efficace. D'importantes lacunes ont été décelées dans certains services de santé locaux des États-Unis, et le CDC leur a versé des fonds pour qu'ils remédient à la situation. Assurer un meilleur accès à l'information afin d'améliorer la prise de décisions est un thème courant. En Angleterre, des ressources considérables ont été consacrées à la mise sur pied d'une base de données probantes consultable sur les pratiques de santé publique²⁹ (voir l'encadré). En Australie, on a conçu des outils Internet pour plusieurs ensembles de données. Les États-Unis ont également amélioré l'accès Internet à leurs données (p. ex., CDC Wonder) ainsi qu'à des lignes directrices reposant sur des données probantes en matière de pratiques de prévention communautaires efficaces. L'élaboration de normes relatives à l'information est un autre thème que les pays ont en commun, et il s'agit de l'un des avantages définis du NPHP de l'Australie. Santé Canada s'est également employé de façon active à améliorer l'accès à l'information en direct sur la

Health Development Agency (HDA) – Angleterre

La HDA réunit des données probantes sur les pratiques qui fonctionnent, donne des conseils au sujet des normes et développe les compétences de tous ceux et celles qui s'emploient à améliorer la santé des gens. Créée en avril 2000, elle emploiera quelque 120 personnes et aura un budget annuel estimé de 10 millions de livres.

En partenariat avec d'autres organismes la HDA établira et maintiendra :

- une base de données probantes accessible;
- des directives sur la façon d'intégrer ces données à la pratique;
- les compétences de ceux et celles qui s'emploient à améliorer la santé du public;
- des normes et des outils de mesure des résultats;
- des ressources pour aider ceux et celles qui travaillent à l'échelle locale.

surveillance ainsi qu'à mettre sur pied une infrastructure nationale de surveillance de la santé (p. ex., conception d'un portail, amélioration des compétences, normes en matière de données).

Des thèmes communs ont été soulevés par de nombreux pays en ce qui a trait à la recherche et au développement en matière de santé publique : manque généralisé de financement; manque de fonds pour la recherche axée sur la mise en oeuvre; préférence accordée à la recherche dirigée par les chercheurs plutôt qu'à la recherche ciblée; absence de processus transparent d'établissement de la priorité des recherches en santé publique; fragmentation des fonds entre de nombreux organismes sans aucune coordination. Diverses stratégies sont mises de l'avant pour régler ces problèmes. Aux États-Unis, on tente de relier les priorités en matière de recherche à la liste des services essentiels, de même qu'aux lacunes définies dans le *Guide to Community Preventive Services*³⁰. Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé a réuni les divers organismes de financement, reconnaissant que c'est à lui qu'il incombe de financer la recherche en matière de santé publique³¹.

Discussion

Les parties qui précèdent nous ont donné un aperçu de la nature de la santé publique, de l'état de notre système et de ce que font d'autres pays pour mettre en place le leur. Il en ressort plusieurs points clés.

- ❖ Les services de santé publique sont une intervention essentielle de la société en vue de promouvoir et de protéger la santé de la population canadienne.
- ❖ Les services de santé publique complètent ceux du système de soins de santé. Conjugués, ces services réduisent le nombre de décès prématurés ainsi que les effets des maladies, blessures et incapacités. Un système de santé publique qui fonctionne bien peut contribuer au soutien du système de soins de santé.
- ❖ Les Canadiens font face à une multitude de défis au chapitre de la santé, dont :
 - les nouveaux risques possibles pour la santé (p. ex., poussées de maladies transmissibles, désastres écologiques, bioterrorisme);
 - les risques continus pour la santé (p. ex., tabagisme, obésité, blessures, maladies chroniques).
- ❖ On ne dispose que d'information extrêmement limitée sur le fonctionnement du système de santé publique du Canada et son coût.
- ❖ L'infrastructure du système actuel comporte un certain nombre de restrictions :
 - absence de législation uniforme;
 - absence d'identification des fonctions essentielles pour le système;
 - manque de systèmes intégrés d'information;
 - dépendance envers des sources de financement provinciales et municipales inéquitables;
 - concurrence avec les services de soins immédiats pour l'obtention de ressources;
 - écarts considérables entre les provinces et territoires et les régions sur le plan de la capacité à régler les questions de santé publique.

D'autres pays ont jugé nécessaire d'améliorer leur système de santé publique et ont pris des mesures actives en vue de régler de façon globale les problèmes cernés. Tout comme eux, le Canada se doit de régler explicitement les problèmes qui touchent l'infrastructure de son système de santé publique.

Vision d'un système de santé publique canadien

Un système de santé publique ne possède que la force de son plus faible maillon et, tel que souligné précédemment, celui du Canada comporte un certain nombre de limites. Or, il est primordial, pour les raisons suivantes, que nous possédions un système de santé publique vigoureux :

- les maladies infectieuses et autres menaces ne respectent pas les frontières politiques (provinciales ou internationales);
- nous avons besoin de normes communes pour pouvoir échanger et comparer des données;

- le fait d'éviter le recouplement des initiatives peut donner lieu à des économies (p. ex., base de données probantes pour la pratique, formation professionnelle, gestion de l'information, recherche et développement);
- nous sommes bien placés pour diriger une approche systématique vis-à-vis de la promotion de la santé et de la prévention des maladies et blessures.

D'après l'expérience des membres du Comité, les résultats d'enquêtes sur la capacité en matière de santé publique menées précédemment auprès de répondants canadiens clés ainsi que les conclusions tirées de l'examen des mesures prises par d'autres pays en vue d'améliorer leur système, nous devrions cibler les éléments clés suivants dans le cadre de l'édification de l'infrastructure nationale de notre système de santé publique :

- Définition claire des fonctions essentielles de la santé publique
- Définition des rôles et responsabilités à tous les échelons du système (national, provincial-territorial et régional-local)
- Législation moderne et harmonisée dans chaque administration pour encadrer ces fonctions, rôles et responsabilités
- Structures appropriées pour l'exécution de ces fonctions, rôles et responsabilités dans chaque administration
- Financement suffisant et mécanismes efficaces pour garantir à tous les Canadiens et Canadiennes l'équité en matière d'accès aux services de santé publique
- Effectifs suffisants et qualifiés
- Systèmes d'information appropriés pour les activités d'évaluation et de surveillance
- Expertise et soutien disponibles pour l'élaboration d'une vision d'avenir, l'exercice professionnel et efficace des responsabilités et l'innovation et l'évaluation
- Mécanismes de reddition de comptes à tous les échelons du système

Le succès du système de santé publique repose en définitive sur la capacité et l'efficacité des organismes régionaux et locaux du domaine. Ces organismes jouent un rôle de premier plan dans la prestation des services, étant donné qu'ils traitent avec les particuliers, les familles, les dispensateurs et les établissements de soins de santé et les structures communautaires (comme les écoles, les gouvernements municipaux, les organisations non gouvernementales). L'un des rôles clés des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral consiste à s'assurer que ces organismes de santé publique de première ligne possèdent les aptitudes et reçoivent le soutien nécessaire pour exécuter les fonctions essentielles du système.

L'expérience d'autres pays aussi bien que celle du Canada indique de façon générale un manque d'intérêt soutenu des décideurs vis-à-vis de l'infrastructure de santé publique, sauf en situation de crise. Il est évident qu'il s'agit d'un « cercle vicieux », puisque personne ne pourra réagir en cas de crise à moins que l'infrastructure nécessaire soit déjà en place. La mise en oeuvre d'un système par voie d'enquête publique et de commission royale n'est pas une option privilégiée. Il est difficile de combler les lacunes du

« système », étant donné qu'il y a divers points de responsabilité au sein de chaque secteur de compétence. Comme les fonctions et le rendement ne sont pas clairement définis, il est difficile de pallier les lacunes de façon explicite. Étant donné que le système a pour but de protéger les Canadiens et les Canadiennes et d'améliorer leur état de santé, l'absence de responsabilités clairement définies ne va pas dans notre intérêt collectif.

Périodiquement, les gouvernements annoncent des initiatives axées sur des problèmes précis, comme le tabagisme, l'inactivité physique et l'obésité. Au niveau local, les intervenants doivent avoir la capacité d'offrir les programmes rattachés à ces diverses initiatives et de le faire de façon intégrée. Ce sont les organismes gouvernementaux officiellement responsables de la santé publique (p. ex., les ministères provinciaux de la santé publique, les organismes régionaux ou locaux de santé publique), en collaboration avec les partenaires de la collectivité (p. ex., les ONG), qui sont les véhicules stables de prestation des programmes. Sans cette structure, il nous faut soutenir des structures temporaires, non viables et axées sur des problèmes de santé précis.

Bon nombre d'initiatives multisectorielles actuellement en cours d'élaboration reposent sur l'existence présumée d'une solide infrastructure de santé publique sur laquelle bâtir (p. ex., programme de promotion de modes de vie sains; Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, mesures d'urgence), alors qu'en réalité, il n'existe pas de système pancanadien solide, intégré et doté de ressources de façon uniforme et équitable.

Avec suffisamment de leadership, d'engagement et de ressources, la population de tout le pays pourra bénéficier d'un bon système de santé publique. Les systèmes des diverses régions possèdent chacun leurs points forts, sur lesquels l'évolution nécessaire du système national pourra miser. À bien des égards, c'est celui du Québec qui est le plus complet. Il est doté des caractéristiques suivantes :

- loi moderne et complète sur la santé publique;
- fonctions essentielles clairement articulées et rendues opérationnelles dans le cadre des activités prévues à chaque niveau du système;
- création d'un institut de santé publique provincial doté de fonctions et de compétences précises;
- participation de la santé publique au niveau supérieur du gouvernement;
- encouragement explicite des partenariats intersectoriels;
- perfectionnement de la main-d'œuvre, notamment grâce à un investissement permanent dans la formation continue, au nombre d'employés ayant fait des études supérieures et aux modèles uniques de rémunération des médecins spécialisés en santé publique.

Compte tenu de la diversité géographique et des différences entre les systèmes de soins de santé au Canada, il faudra que le mode de prestation des services demeure souple. Il ne faudrait cependant pas que cela fasse obstacle à l'exécution des fonctions essentielles.

Les changements nécessaires au Canada sont de taille et exigeront un processus voué explicitement à la concrétisation de la vision que nous venons de décrire. Il y a beaucoup de mesures par lesquelles cela pourrait commencer, mais voici, à des fins de discussion, la description de quelques mesures immédiates que nous pourrions prendre.

Mesures possibles

Après examen des conclusions tirées par d'autres pays ainsi que du modèle positif adopté au Québec, nous avons dégagé plusieurs mesures d'intervention qui pourraient être prises par les divers secteurs de compétence et entre ceux-ci afin d'améliorer l'infrastructure du système de santé publique du Canada. Nous avons regroupé ces mesures sous quatre grandes rubriques, décrites plus en détails ci-après. Diverses options s'offrent à nous quant à la façon d'appliquer ces mesures. Dans certains cas, il conviendra mieux qu'un palier de gouvernement assure le leadership, alors que dans d'autres, on pourra varier les approches (p. ex., partenariat national en santé publique, direction confiée à un organisme gouvernemental ou non gouvernemental, etc.). De l'avis du Comité, il ne convenait pas de définir des modalités de mise en œuvre ou des plans d'action avant le dégagement d'un consensus sur les réalisations requises.

Définir le système de santé publique

Il est difficile de discuter du système de santé publique, d'en mesurer le rendement et de l'améliorer alors que le système lui-même et ses fonctions ne sont pas définis. Les mesures suggérées ici ont pour objet de définir clairement les fonctions essentielles du système de santé publique et de fournir un mécanisme qui permette de déterminer dans quelle mesure elles sont exécutées. Comme les lois jouent un rôle clé dans cette définition des rôles et du mandat du système, nous les avons incluses sous cette rubrique. L'un des problèmes complexes liés à cette question est par ailleurs celui des mécanismes de gouvernance du système. Nous ne l'avons pas abordé dans le présent document, mais il faudra en tenir compte dans le cadre de l'évolution future du système.

Dégager un consensus sur les fonctions essentielles du système

Il est primordial de dégager un consensus sur les fonctions essentielles du système de santé publique, car il ne sera pas possible d'en évaluer et d'en développer l'infrastructure sans définir ces fonctions. Le Comité consultatif sur la santé de la population a suggéré cinq fonctions, qui constitueraient un bon point de départ. Une fois définis, les rôles relatifs et les liens entre les divers paliers gouvernementaux devraient être décrits et approuvés, afin que soit réellement édifié un système national de santé publique.

Implanter un système d'évaluation du rendement

On dispose de peu d'information sur la mesure dans laquelle le système de santé publique s'acquitte de ses fonctions essentielles. Une série de mesures du rendement pour chaque fonction essentielle pourrait nous fournir cette information. Ces mesures pourraient également être appliquées aux éléments clé de l'infrastructure (p. ex., le perfectionnement de la main-d'œuvre) et permettraient de cerner de façon constante les secteurs dans

lesquels le système présente des lacunes nécessitant une attention particulière. Les mesures du rendement constitueraient un niveau intermédiaire entre les indicateurs de l'état de santé de haut niveau et les indicateurs propres aux programmes. L'adoption d'une approche axée sur la mesure du rendement a constitué une importante stratégie de renforcement de la capacité aux États-Unis.

Établir des normes relatives aux exigences minimales en matière de services et de programmes de santé publique

L'une des mesures faisant suite à l'élaboration des fonctions essentielles en santé publique est la détermination des programmes et services correspondants qui devraient être offerts. Certaines provinces possèdent dans ce domaine une vaste expérience qui serait utile à l'établissement d'un modèle national. Le processus devrait faire appel à des leaders nationaux, provinciaux-territoriaux et locaux de la santé publique, de même qu'à des décideurs de services sociaux et de santé extérieurs à la santé publique. La démarche vise à définir un ensemble de programmes « minimal » ou « de base » tout en reconnaissant que les collectivités peuvent décider d'en greffer d'autres à leur système de santé publique au niveau de la prestation des services et qu'elles peuvent avoir des besoins précis à combler en matière de santé publique.

Renforcer les lois en matière de santé publique

Les services de santé publique sont des services essentiels qui devraient être offerts à l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes. Les lois fédérales et provinciales-territoriales en matière de santé publique pourraient être améliorées grandement. Certains pays ont élaboré des « lois modèles » afin d'évaluer et de renouveler les lois en vigueur à un échelon comparable à celui de nos provinces et territoires. Une fois que les fonctions, les rôles et les liens essentiels auront été définis et approuvés, les lois fédérales pourraient aborder explicitement le rôle de soutien du système national de santé publique qui incombe au gouvernement fédéral (fonctions essentielles, agent responsable de la santé publique, etc.). Le renouvellement de la législation en matière de protection de la santé offre une avenue possible pour corriger les lois désuètes et clairessemées actuellement en vigueur au niveau national.

Renforcer l'infrastructure du système de santé publique

D'après les conclusions tirées de l'expérience d'autres pays, plusieurs secteurs du système de santé publique du Canada pourraient être améliorés. Nous devons adopter des stratégies afin de niveler les inégalités observées à travers le pays au plan des défis en matière de santé publique et de la capacité du système de santé publique.

Établir un leadership national en matière de santé publique

À l'heure actuelle, il n'existe aucun centre ou bureau officiellement responsable des questions nationales de santé publique. Les dirigeants de la santé publique d'autres pays ont beaucoup fait pour attirer l'attention du public et des décideurs sur ces questions. Un leadership efficace dépend à la fois du poste, du mandat et des compétences (ce dernier point est abordé plus en détails sous Assurer le perfectionnement des travailleurs en santé publique). Plusieurs rôles pourraient être confiés à un dirigeant national de la santé

publique, un poste qui pourrait relever de Santé Canada ou d'un autre organisme. Mentionnons notamment les suivants :

- porte-parole national pour les questions de santé publique;
- publication d'un « rapport annuel sur la santé au Canada »;
- liberté (comme avec le commissaire à l'environnement du Canada) de commenter les questions cruciales de santé publique;
- présentation de rapports indépendants au Parlement sur les questions de santé publique, y compris sur la réalisation des buts en matière de santé et le rendement du système;
- direction d'un processus visant à cerner et à éliminer les lacunes du système national de santé publique.

Constituer un solide réseau national d'experts en santé publique

La capacité du système de santé publique varie énormément selon la province ou le territoire. Certaines des grandes provinces ont mis sur pied des centres d'expertise en santé publique, bien que ces centres soient parfois rattachés à des domaines précis (p. ex., les maladies transmissibles). Compte tenu de l'ampleur des questions de santé publique, de la taille relative de la population des provinces et des territoires ainsi que de leur richesse relative, il ne sera jamais possible d'implanter de grands centres d'expertise en santé publique dans chacun. Et même si l'on y parvenait, le recoupement inutile entre les centres ne cesserait d'augmenter. Ce problème n'est pas unique au Canada. La plupart des pays ont constitué une masse critique de compétences en santé publique au niveau national. Le rôle de ces organismes consiste notamment à assurer une surveillance nationale de la santé, à transmettre des connaissances scientifiques apolitiques, à élaborer des systèmes, y compris des normes et lignes directrices, à élaborer et à diffuser des données probantes pour les interventions en santé publique, à dispenser une formation axée sur les compétences et à transférer des compétences (grâce au détachement de personnel) et des ressources à d'autres niveaux du système (p. ex., provincial et local). À l'heure actuelle, la DGSPSP de Santé Canada ne s'acquitte que d'une partie de ces fonctions typiques. Une telle approche ne nie cependant pas l'utilité de centres d'expertise dans certaines provinces, où ils permettraient au système national de mieux soutenir les administrations possédant moins d'experts résidents. Le système national pourrait également faciliter la diffusion des connaissances et des meilleures pratiques des centres provinciaux aux autres administrations.

Un organisme central pourrait en outre promouvoir de nouvelles initiatives fédérales dans le contexte d'un vaste programme de santé publique (p. ex., le programme de promotion de modes de vie sains). Dans le cadre d'un système vraiment efficace, les paliers supérieurs de gouvernement fournissent soutien et compétences spécialisées aux paliers inférieurs (c.-à-d. que le gouvernement fédéral soutient les provinces et les territoires, qui soutiennent à leur tour les organismes régionaux et locaux). Bien sûr, le transfert des compétences spécialisées n'est pas unidirectionnel. Les paliers plus élevés du système ont besoin de toute la richesse de l'expérience qu'ils tirent de la mise en œuvre de programmes et de leur travail auprès des collectivités locales.

Améliorer les niveaux et les mécanismes de financement

Il est urgent de trouver une approche plus uniforme et plus appropriée vis-à-vis du financement de la santé publique au Canada. Bon nombre de services de santé publique locaux ne possèdent pas une infrastructure et un leadership suffisants pour être efficaces et ne sont pas de taille pour assurer des services de façon efficace et efficiente ou pour attirer et retenir les spécialistes appropriés. La régionalisation de la santé publique dans bien des provinces a involontairement fait perdre de la visibilité à celle-ci au sein des collectivités.

Il faudrait songer à partager la responsabilité du financement du système de santé publique entre le gouvernement fédéral et ceux des provinces et des territoires. Les deux parties pourraient convenir de la formule et définir clairement les responsabilités liées à leurs rôles respectifs. Les organismes de santé publique ont besoin d'un financement suffisant, stable et prévisible, surtout que bon nombre de programmes doivent être planifiés et mis en œuvre sur plusieurs années. Bien qu'il soit primordial de maintenir la participation locale aux décisions, le financement des services essentiels de santé publique par les instances municipales n'est pas conforme aux caractéristiques de financement requises. En l'absence d'amélioration de l'infrastructure (fonctions définies, système de mesure du rendement en place, etc.), il n'est pas possible pour l'instant d'établir des objectifs de financement pour le système de santé publique.

Renforcer les éléments de soutien afin d'assurer la prestation efficace des services

Pour que soient exécutées les fonctions essentielles du système de santé publique, les organismes du domaine ont besoin d'une main-d'œuvre possédant des compétences appropriées et continuellement mises à jour, d'outils qui soutiennent la pratique fondée sur des données probantes et de systèmes intégrés d'information à l'appui des services de santé publique. Ce dernier point est un secteur en constante évolution (p. ex., Centre de coordination de la surveillance) et il n'est pas abordé en détails dans le présent document.

Assurer le perfectionnement des travailleurs en santé publique et appuyer cette main-d'œuvre

Tout domaine axé sur l'information doit se soucier du perfectionnement de sa main-d'œuvre à tous les niveaux de l'organisation. Les professionnels de première ligne ont besoin d'un large éventail de connaissances et de compétences pour travailler efficacement dans divers milieux et s'attaquer à des questions de santé publique de plus en plus complexes. Un grand nombre de ces professionnels sont des infirmiers ou infirmières en santé publique, mais on retrouve également parmi eux des personnes d'autres disciplines (p. ex., inspecteurs-hygiénistes, nutritionnistes, promoteurs de la santé, spécialistes du développement communautaire, etc.). Il ne semble y avoir au sein du système de santé publique que peu de professionnels possédant un diplôme d'études supérieures dans le domaine (c.-à-d. de titulaires d'une maîtrise, ou encore de médecins spécialisés en médecine communautaire), et ceux que l'on y retrouve ne sont pas répartis équitablement entre les secteurs de compétence. Pratiquement aucune ressource n'est affectée à la réponse aux besoins en matière de formation continue du personnel en santé

publique. D'autres pays ont conçu des programmes de formation précisément destinés à accroître les compétences en leadership dans ce domaine (p. ex., des projets conjoints des écoles de santé publique et des écoles d'administration des affaires). Les organismes centraux de santé publique ont en outre commencé à élaborer des plans visant à accroître les niveaux de compétences du personnel de concert avec les fournisseurs de niveau universitaire en place. De nombreuses tâches pourraient être menées à bien :

- élaborer un plan qui permette d'évaluer les grands besoins en matière de formation du personnel nouveau ou déjà en place au sein du système et de répondre à ces besoins;
- coordonner les divers programmes de formation universitaire de façon à répondre aux besoins dans le domaine;
- trouver du financement :
 - pour la formation du personnel;
 - pour assurer une répartition plus équitable des personnes et des compétences entre les provinces et les territoires (parmi les moyens possibles, mentionnons le détachement de personnel, le partage des coûts du personnel, l'accroissement des compétences et le recrutement accru de personnel possédant un diplôme d'études supérieures);
- créer une école ou un institut national de santé publique (ou encore un réseau « virtuel » de centres de tout le pays) afin de former et d'appliquer des compétences nationales de base en santé publique, aussi bien chez les nouveaux diplômés que chez les professionnels du domaine, dans ce cas grâce à la formation continue.

Faire un examen exhaustif des données scientifiques probantes en santé publique et en diffuser les résultats

Dans la même veine que les efforts déployés en soins cliniques pour soutenir l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes, la santé publique doit s'assurer que les interventions reposent sur des données probantes et des pratiques exemplaires. Cela inclut le recours aux meilleures approches vis-à-vis de la gestion des poussées épidémiques, des changements de comportements au sein des collectivités, de la diffusion d'information et du renforcement de la capacité à l'échelle communautaire. Il faudrait déployer un effort national en vue de procéder à un examen exhaustif des données probantes pour les programmes de santé publique et d'en diffuser les résultats à grande échelle, de façon constante. Cette information favoriserait l'adoption de pratiques efficaces, accroîtrait la capacité de recherche en santé publique et soutiendrait d'autres éléments de l'infrastructure (comme les programmes et services minimums, la mesure du rendement et le financement du système). Elle pourrait également réduire le chevauchement inutile des initiatives des divers organismes en santé publique. Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'une vaste stratégie de recherche et de développement visant à soutenir et à renforcer le système de santé publique.

Collaboration

Le système gouvernemental de santé publique est essentiel, mais il ne peut à lui seul améliorer la santé de la population. Non seulement ses divers paliers doivent-ils travailler ensemble de manière efficace et efficiente, mais des partenariats actifs doivent être forgés avec d'autres secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux.

Cibler des buts communs en matière de santé

Les buts définissent un état souhaité que nous nous efforçons d'atteindre. En guise de point de départ, nous pourrions examiner les divers documents énonçant les buts en matière de santé des provinces et des territoires et réunir ceux qui sont similaires et qui se recoupent. Cette démarche a été faite pas le CCSP il y a plusieurs années et elle a servi à définir les problèmes de santé énoncés dans le premier *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*. Le fait d'élaborer et de cibler des buts communs pourrait favoriser la création de partenariats entre les secteurs de compétence du système gouvernemental officiel de santé publique ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales et d'autres parties intéressées.

Encourager les grands partenariats

Les mesures de santé publique reposent sur la collaboration active avec d'autres partenaires. Prenons par exemple l'une des stratégies utilisées pour régler le problème de l'obésité infantile, qui consiste à assurer une activité physique quotidienne dans les écoles. Cela ne peut se faire sans la participation active des écoles, des commissions scolaires, des comités de parents, des étudiants et des ministères provinciaux de l'Éducation. À l'heure actuelle, les partenariats intersectoriels sont plus souvent conclus au niveau régional ou local, où les services de santé publique sont dispensés. Des partenariats doivent être créés au niveau provincial ou national afin d'assurer la mise en place du système de santé publique et des programmes qui s'y rattachent. Les initiatives qui font appel à de multiples organismes pour s'attaquer systématiquement aux maladies chroniques (comme l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada) offrent des exemples de nouveaux modèles de partenariats nationaux.

L'un des mécanismes que nous pourrions utiliser pour apporter à l'infrastructure certaines des améliorations décrites aux présentes consisterait à créer un partenariat national pour la santé publique similaire à celui de l'Australie ou des États-Unis. Un tel partenariat réunirait les gouvernements fédéral et provinciaux-territoriaux, des organismes bénévoles nationaux de santé, des universitaires du domaine de la santé publique et d'autres intervenants clés autour de tâches communes telles que convenir de buts communs en matière de santé, élaborer des stratégies nationales pour la réalisation de ces buts, définir les données probantes nécessaires en santé publique et renforcer la capacité du système national dans certains secteurs comme les systèmes d'information, la formation et le perfectionnement, la recherche et la gestion.

Conclusion

Le système de santé publique est là pour protéger et améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. De grands progrès ont été réalisés au cours du dernier siècle, mais il reste encore bien des défis à relever. À l'aube du 21^e siècle, le moment est bien choisi pour édifier, de façon stratégique et explicite, l'infrastructure d'un solide système de santé publique qui serve adéquatement l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes.

Glossaire des termes et concepts utilisés en santé publique

Déterminants de la santé

Tous les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé des particuliers ou des populations³²

Prévention de la maladie

La prévention de la maladie englobe les mesures prises non seulement dans le but de prévenir l'apparition de la maladie, comme la réduction des facteurs de risque, mais également pour en arrêter la progression et en limiter les conséquences une fois qu'elle s'est installée.³²

Équité, inégalités et iniquités sur le plan de la santé

Qui dit équité dit justice. En matière de santé, cela signifie que les possibilités de bien-être offertes aux personnes sont guidées par leurs besoins. Les inégalités d'état de santé observées entre particuliers et entre populations sont des conséquences inévitables de différences génétiques, d'écarts entre situations sociales et économiques ou de choix personnels de mode de vie. Les iniquités découlent de différences dans les possibilités offertes, qui entraînent par exemple un accès inégal aux services de santé, à des aliments nourrissants, à un logement approprié, etc. Dans ces cas, les inégalités d'état de santé résultent d'iniquités dans les possibilités offertes aux particuliers.³²

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un particulier peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.³³

Protection de la santé

La protection de la santé renvoie aux mesures prises en vue de protéger les Canadiens et les Canadiennes des risques pour leur santé et leur sécurité. Les activités de protection de la santé reposent sur la science (fournir des preuves), la surveillance (contrôler et prévoir les tendances en matière de santé), la gestion des risques (évaluer les risques pour la santé et y réagir) et l'élaboration de programmes (prendre des mesures)³⁴.

État de santé

Description ou mesure de la santé d'un particulier ou d'une population à un moment donné en fonction de normes définies, généralement par référence à des indicateurs de la santé³²

Surveillance de la santé

La surveillance est la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques des données sur la santé qui sont essentielles pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques de santé; elle est étroitement liée à la diffusion opportune de ces données aux personnes qui ont besoin de savoir. Le dernier maillon de la chaîne de la surveillance est l'application des données à la prévention et au contrôle. Un système de surveillance a la capacité fonctionnelle de recueillir, d'analyser et de diffuser les données, et cette capacité est liée aux programmes de santé publique³⁵.

Santé publique

La santé publique est la combinaison des sciences, compétences et croyances axées sur le maintien et l'amélioration de la santé de l'ensemble des gens au moyen de mesures collectives ou sociales. Les programmes, services et institutions en cause mettent l'accent sur la prévention de la maladie et les besoins en matière de santé de la population dans son ensemble.¹

Science et art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société³²

Collaboration intersectorielle

Relation reconnue entre des éléments de différents secteurs de la société qui a été établie en vue d'agir sur une question de façon à atteindre des résultats ou des résultats intermédiaires en matière de santé d'une manière plus efficace, plus rationnelle ou plus durable que si le secteur de la santé avait agi seul.³²

Évaluation de la santé de la population

L'évaluation permet d'établir un profil de la santé de la population. Elle vise à répondre aux questions fondamentales suivantes : Dans quelle mesure la population est-elle en santé? Sa santé s'améliore-t-elle ou se détériore-t-elle? Y a-t-il des secteurs ou des sous-groupes qui sont beaucoup plus en santé que les autres? Quelle est l'incidence d'une mauvaise santé sur la société? Quels sont les besoins de la population en matière de santé? À quels risques est-elle exposée? Qu'est-ce qui explique les différences sur le plan de la santé? Les évaluations de cette nature peuvent servir dans le cadre de l'élaboration ou de l'examen de

politiques sur la santé, de la définition de buts en matière de santé, de l'évaluation des besoins de programmes en santé ou de l'affectation de ressources³⁶.

Annexe 1 – Liste des informateurs clés

Plusieurs personnes ont participé aux entrevues téléphoniques afin de nous faire part de leurs connaissances et de leurs expériences de la mise en place du système de santé publique de leur pays. Le fruit de ces entrevues s’est ajouté à l’information recueillie dans divers documents stratégiques, sites web et ouvrages publiés. Voici la liste de ces informateurs clés.

Pays	Informateur(trice)	Poste
États-Unis	Jeffrey Koplan	Ancien directeur du CDC; actuellement vice-président des Academic Health Affairs, Emory University
	Leslie Beitsch	Commissaire à la santé en Oklahoma; ancien directeur adjoint de la Santé publique en Floride
	Lloyd Novick	Commissaire à la santé, Onondaga County Health Department; rédacteur, <i>Journal of Public Health Management and Practice</i> ; rédacteur, <i>Public Health Administration: Principles for Population-Based Management</i> , 2001
Angleterre	Fiona Sim	Chef, Public Health Development, UK Department of Health
	Sian Griffiths	Président, Faculty of Public Health Medicine; directeur sortant de la Santé publique à la Oxfordshire Health Authority
Australie	Vivian Lin	Présidente de la Santé publique et directrice d’école à l’Université La Trobe; ancien cadre de direction au sein du National Public Health Partnership de 1997 à 2000
	Andrew Wilson	Directeur, Queensland Centre for Public Health; ancien président du National Public Health Partnership; ancien directeur des services de santé pour l’État des Nouvelles-Galles du Sud
	Marilyn Wise	Directrice générale, Australian Centre for Health Promotion
Nouvelle-Zélande	Colin Tukuitonga	Directeur de la Santé publique, New Zealand Ministry of Health

Annexe 2 – Comité spécial sur l’avenir de la santé publique au Canada

D^r. David Butler-Jones M.D. M.Sc.S., CCMF, FRCPC, FACPM
Médecin hygiéniste, région de santé Sun Country
Professeur agrégé
Université de la Saskatchewan

M. Gerald H. Dafoe
Chef de la direction
Association canadienne de santé publique

D^r Colin D’Cunha
Commissaire à la santé publique, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Toronto (Ontario)

M. Ron de Burger
Directeur, Santé et environnement
Bureau de santé publique de Toronto

M^{me} Nancy Edwards, inf. aut., Ph.D.
Titulaire d’une chaire de la FCRSS/IRSC en sciences infirmières
Directrice, Centre de recherche sur la santé communautaire
Directrice, Centre de recherche sur les interventions multiples
Professeur, École des sciences infirmières et
Département d’épidémiologie et de médecine communautaire
Université d’Ottawa

M^{me} Deborah Gordon-El-Bihbety
Chef adjointe de la direction
Programmes nationaux
Association canadienne de santé publique

M. John M. Garcia, M.Sc.
Directeur, Prevention Unit
Division of Preventive Oncology
Action cancer Ontario

D^r. Paul R. Gully, M.B., Ch.B., FRCPC
Directeur général principal
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada

D^r Trevor Hancock
Consultant en santé publique
Ministry of Health Planning
Victoria (Colombie-Britannique)

M. Bart Harvey, M.D., Ph.D., FRCPC, FACPM
Professeur adjoint et directeur
Community Medicine Residency Program
Department of Public Health Sciences
Université de Toronto

D^r K. Helena Jaczek M.D., CCMF, M.Sc.S., MBA, CHE
Commissaire des services de santé et médecin hygiéniste
Municipalité régionale de York

D^r P. R. W. Kendall, MBBS, M.Sc., FRCPC
Agent de santé provincial
Ministry of Health Planning
Victoria (Colombie-Britannique)

M^{me} Vicki Lafferty, coordonnatrice
Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
Services communautaires intégrés
Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.
Yellowknife (T.N.-O.)

D^r Isra G. Levy
Directrice, Bureau de la santé publique
Association médicale canadienne

D^r John Millar, B.Sc., M.Sc.S., M.D., FRCP(C)
Vice-président, Recherche et Santé de la population
Institut canadien d'information sur la santé

D^r Christina Mills, M.D., FRCPC
Présidente, Association canadienne de santé publique
Chercheur invité, Centre de recherche sur le comportement
et d'évaluation des programmes
Professeur invité Hallman, Faculty of Applied Health Sciences,
Université de Waterloo

D^r Frank A. Plummer, M.D., FRCP(C)
Directeur général des programmes scientifiques
Laboratoire national de microbiologie
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Santé Canada
Winnipeg (Manitoba)

D^r Gerald Predy, M.D., FRCPC
Médecin hygiéniste
Capital Health Authority

D^r. Irving Rootman, Ph.D.
Professeur et chercheur invité
Michael Smith Foundation
Faculty of Human and Social Development
Université de Victoria

D^r. Atulya K. Saxena, M.D., MSP
Coordonnatrice de projet
Santé communautaire et Épidémiologie
École de médecine
Université Dalhousie

D^r Fran Scott, M.D., M.Sc., FRCPC
Directeur, Planification et Politiques
Médecin hygiéniste adjoint
Bureau de santé publique de Toronto

D^r. Penny Sutcliffe, M.D., M.Sc.S., FRCPC
Médecin hygiéniste et directrice générale
Service de santé publique de Sudbury et du district

D^r. Gregory Taylor, B.Sc., M.D., CCMF, FRCP(C)
Directeur
Division de la prévention des maladies chroniques
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

Références

- 1) Last JM. A dictionary of epidemiology. 3rd ed. Toronto: Oxford University Press, 1995.
- 2) Santé Canada. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada. 2003. Le document se trouve sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.pdf. Date de consultation : 17-5-2003.
- 3) Waterborne outbreak of gastroenteritis associated with a contaminated municipal water supply, Walkerton, Ontario, May-June 2000. Canada Communicable Disease Report 2000; 26(20):170-173.
- 4) Stirling R, Aramini J, Ellis A, Lim G, Meyers R, Fleury M et al. Waterborne cryptosporidiosis outbreak, North Battleford, Saskatchewan, Spring 2001. Canada Communicable Disease Report 2001; 27(22):185-192.
- 5) Santé Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998. Ottawa: Santé Canada, 2002.
- 6) Wilkins R, Berthelot JM, Ng E. Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. Rapport sur la santé 2002; supplément n° 13.
- 7) Assemblée nationale du Québec. Loi sur la santé publique. Projet de loi n° 36. 2001.
- 8) Decline in deaths from heart disease and stroke--United States, 1900-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999; 48(30):649-656.
- 9) Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH pour 1999 : aucun signe indiquant une diminution de l'incidence globale. 2003. Le document se trouve sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/estima_f.html. Date de consultation : 17-5-2003.
- 10) Ciesielski CA. Sexually Transmitted Diseases in Men Who Have Sex with Men: An Epidemiologic Review. Curr Infect Dis Rep 2003; 5(2):145-152.
- 11) Santé Canada. Virus du Nil occidental - Histoire. 2003. Le document se trouve sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/francais/virus_nil/histoire.html. Date de consultation : 24-6-2003.

- 12) Santé Canada. Consultations nationales, rapport sommaire. Renouvellement de la législation fédérale en matière de protection de la santé. Ottawa: Ministre de la Santé, 1999.
- 13) Santé Canada. Renouveau de la législation en matière de protection de la santé. 2003. Le document se trouve sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/ocapi-bpcp/legislative_renewal_f.html. Date de consultation : 26-2-2003.
- 14) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé : 1975-2002. Ottawa: ICIS, 2002.
- 15) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Le sondage sur les capacités de santé publique au Canada. Ottawa: Le Comité consultatif, 2002.
- 16) Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (Commission Krever). Rapport de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada. Ottawa: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
- 17) Vérificateur général du Canada. Surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures dans : Rapport du Vérificateur général du Canada. Ottawa, 1999.
- 18) Regional Office for the Western Pacific W. Essential public health functions: the role of Ministries of Health. Kyoto, Japan: Western Pacific, WHO, 2002.
- 19) National Public Health Partnership. Public health practice in Australia today: a statement of core functions. Melbourne: NPHP, 2000.
- 20) Public health administration: principles for population-based management. Novick LF, Mays GP, editors. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers: 2001.
- 21) Donaldson L. Report of the Chief Medical Officer's Project to strengthen the public health function. London: Department of Health, 2001.
- 22) Australian Institute of Health and Welfare. National public health expenditure report: 1998-99. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2001.
- 23) Durham G, Kill B. Public health funding mechanisms in New Zealand. Aust Health Rev 1999; 22(4):100-112.
- 24) Wanless D. Securing our future health: taking a long-term view. London: HM Treasury, 2002.
- 25) Bonneux L, Barendregt JJ, Nusselder WJ, der Maas PJ. Preventing fatal diseases increases healthcare costs: cause elimination life table approach. BMJ 1998; 316(7124):26-29.

- 26) Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academy Press, 2003.
- 27) National Public Health Partnership. Background to establishment. 2002. Le document se trouve sur le site www.nphp.gov.au/backgrou.htm. Date de consultation : 20-10-2002.
- 28) Centers for Disease Control and Prevention. National public health performance standards program - introduction. 2003. Le document se trouve sur le site www.phppo.cdc.gov/nphpsp/Documents/CDC_intro.pdf. Date de consultation : 24-6-2003.
- 29) Health Development Agency. 2003. Le document se trouve sur le site <http://www.hda-online.org.uk/html/about/index.html>. Date de consultation : 24-6-2003.
- 30) Centers for Disease Control and Prevention. Guide to community preventive services: systematic reviews and evidence based recommendations. 2003. Le document se trouve sur le site www.thecommunityguide.org/. Date de consultation : 24-6-2003.
- 31) Department of Health (England). A research and development strategy for public health. London: Department of Health, 2001.
- 32) Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion Inter 1998; 13:349-364.
- 33) 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.
- 34) Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux. Protection de la santé pour le 21^e siècle : le renouvellement du programme fédéral de la protection de la santé, document de discussion. Ottawa: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998.
- 35) Principles and practice of public health surveillance. Churchill RE, Teutsch SM, editors. New York: Oxford University Press, 1994.
- 36) Spasoff R. Epidemiologic methods for health policy. New York: Oxford University Press, 1999.