

CPHA/ACSP
CANADA'S PUBLIC HEALTH LEADER
LE LEADER CANADIEN EN SANTÉ PUBLIQUE

Regard vers le passé, regard vers le futur :
la santé publique dans le cadre
d'une entente fédérale-provinciale-territoriale
de transfert en matière de santé

**Présentation de l'Association canadienne de santé publique
devant le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

3 novembre 2011

Regard vers le passé, regard vers le futur : la santé publique
dans le cadre d'une entente fédérale-provinciale-territoriale de transfert en matière de santé
Présentation de l'Association canadienne de santé publique
devant le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif, représentant la santé publique au Canada, qui entretient des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour parvenir à la santé pour tous les Canadiens.

La mission de l'ACSP est de constituer une ressource nationale spécialisée au Canada qui soit en mesure de recommander des améliorations et des mesures assurant la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément à des principes reconnus de santé publique en matière de prévention des maladies, de promotion et de protection de la santé et de politique publique favorisant la santé.

Tous droits réservés © 2011

Association canadienne de santé publique

La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement.

Pour nous joindre :
Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, bureau 300
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Tél. : 613-725-3769 Téléc. : 613-725-9826
Courriel : info@cpha.ca

Résumé

Le renouvellement prévu de l'entente fédérale-provinciale-territoriale en matière de santé et de soins de santé offre une occasion en or de revoir et de réévaluer les facteurs qui ont favorisé, au cours des années, le succès du système de santé canadien et les facteurs qui peuvent améliorer le système à l'avenir. La section relativement courte de l'entente actuelle de transfert des fonds de santé consacrée aux services de santé rappelle qu'il y a encore beaucoup de place pour l'amélioration.

L'expression « il vaut mieux prévenir que guérir » s'applique bien à la santé des Canadiens; les multiples études concernant la rentabilité des stratégies de prévention et de promotion de la santé témoignent de la justesse de cet adage. On peut alors se demander pourquoi la santé publique ne bénéficie pas d'une plus grande attention dans la discussion sur la santé au Canada et dans le cadre des ententes entre le gouvernement fédéral et les autres gouvernements, dont les Premières nations, les Métis et les Inuits. Nous saluons les progrès réalisés en matière d'amélioration et d'accroissement de la capacité des systèmes de santé publique du pays comme moyen pour promouvoir, améliorer et protéger la santé des Canadiens. Toutefois, dans la plupart des ententes, l'accent est encore mis sur les services de soins de santé et principalement sur les soins intensifs de courte durée.

Si nous voulons améliorer la santé de tous les Canadiens, traiter les questions liées à l'équité en santé et les facteurs extérieurs au système de santé conventionnel qui touchent la santé, et tenter de réduire le recours aux soins intensifs de courte durée et aux hôpitaux, il est nécessaire de procéder à des investissements substantiels « en amont » afin de soutenir la santé publique et les secteurs qui ont une incidence sur la santé. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a demandé à « combler le fossé en une génération ». Le Canada possède les ressources et la capacité lui permettant d'atteindre cet objectif.

Des progrès ont été réalisés en vue de l'atteinte des objectifs et des cibles établis dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. Toutefois, peu d'entre eux (si ce n'est aucun) se rapportent directement à la « santé publique ». L'ACSP soumet à l'examen du Comité sénatorial permanent les recommandations suivantes, qui visent à solidifier et à rendre plus complet le volet de la santé publique dans le cadre d'une entente fédérale-provinciale-territoriale future :

- Avoir, pour principe directeur, l'« équité en matière de santé » et non plus les « soins de santé » ;
- Dans chaque nouvelle entente, consacrer une composante de santé publique complète et approfondie, qui comporte des investissements dans la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé, la protection de la santé, l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de la santé et les mesures et interventions en cas de pandémie¹;
- Adopter des objectifs et des indicateurs liés à la santé publique afin de surveiller les progrès dans la réalisation de l'équité en matière de santé, subdivisés selon différents groupes de population, en fonction du niveau socio-économique, de l'origine ethnique et de la région géographique²;
- Mieux coordonner les résultats attendus et les domaines d'investissement entre le Transfert canadien en matière de santé et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux afin de prendre en compte les déterminants de la santé extérieurs au secteur de la santé et d'y consacrer des investissements;

¹Des pays, comme le Royaume-Uni et l'Australie, ont adopté des stratégies novatrices afin d'améliorer l'équité en matière de santé au moyen d'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Voir le livre blanc de la santé publique du Royaume-Uni intitulé *Fair Society Healthy Lives* (2011). <http://www.marmotreview.org/media-events/public-health-white-paper.aspx>

²Par exemple, en supposant un horizon prévisionnel de 10 ans en vertu d'une entente fédérale-provinciale, on pourrait se fixer comme objectifs la réduction de 75 p. 100 de la tuberculose d'ici 2025, la vaccination de tous les enfants au Canada contre l'ensemble des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, l'harmonisation complète des registres provinciaux et fédéraux, une diminution de 60 p. 100 du nombre de jeunes fumeurs de 12 à 19 ans, la réduction des inégalités en matière de santé en réduisant à 10 p. 100 l'écart entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones au chapitre de la morbidité juvénile d'ici 2025.

- Créer une stratégie pancanadienne multisectorielle en matière de ressources humaines en santé publique, à laquelle sera incorporé un secrétariat national chargé d'élaborer des données sur la main-d'œuvre d'une plus grande exactitude et d'améliorer les compétences, et qui inclura un groupe de travail conjoint chargé de donner des conseils sur les ressources humaines en santé publique;
- Investir afin d'accroître le bassin de praticiens de la santé publique; au Canada, le vieillissement des travailleurs de la santé publique est un problème qui mérite qu'on s'y attarde rapidement¹;
- Traiter les questions relatives à la capacité du système de santé public à gérer de multiples événements simultanément;
- Créer un fonds national pour l'infrastructure de la santé publique. Cet investissement ciblé aiderait les unités de santé publique de tout le pays à engager du personnel supplémentaire, à acheter du matériel et des fournitures et à mettre en œuvre les programmes qui permettraient de répondre aux besoins actuels de leurs populations cibles et de faire face aux urgences éventuelles. On pourrait aussi envisager un système de paiements de transfert réservés à la santé publique en vertu duquel un certain pourcentage de fonds de contrepartie serait demandé aux provinces et territoires pour garantir un niveau de financement stable au système de santé public à l'échelle nationale.

La santé publique en bref

Le système de santé public au Canada est très estimé par les Canadiens et est considéré comme un modèle dans d'autres pays. Un système de santé comprend tous les acteurs, les organismes, les institutions et les ressources dont le but premier est l'amélioration de la santé². Compte tenu du caractère aigu et de la nature épisodique de la maladie et du besoin de traitement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux concentrent en général leur attention et leur investissement à l'élément du système associé aux « soins de santé ».

Une approche axée sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures, sur la protection de la santé et sur la surveillance de la santé de la population (qui sont toutes des caractéristiques de la santé publique) entraîne de meilleurs résultats pour la santé des Canadiens, est rentable et constitue le fondement d'un système de santé viable. Les aspects de la santé publique qui sont liés à la promotion, à la prévention et à la protection de la santé sont particulièrement importants, étant donné que jusqu'à 80 p. 100 du fardeau actuel de la maladie au Canada est le fait de maladies chroniques, dont la majorité sont évitables³. Il est plus rentable d'investir « en amont » dans les éléments de la santé publique tournés vers la population que d'accroître régulièrement le financement des éléments⁴ « en aval » (services d'urgence et soins intensifs de courte durée) et cela sert à réduire le fardeau prévu imposé à ces services.

Notre santé et notre bien-être reposent sur une infrastructure de la santé publique dotée de toutes les ressources nécessaires, qui fonctionne bien et qui est efficace. Comme l'a récemment fait remarquer l'administrateur en chef de la santé publique, il est possible d'établir et de maintenir la promotion de la santé, la prévention des maladies et la capacité de protection de la santé grâce à la volonté et au leadership de la collectivité, ainsi qu'en adoptant une perspective qui inclut la société dans son ensemble⁵. La santé publique permet non seulement de réagir efficacement et de façon opportune face aux facteurs qui touchent notre santé, elle permet aussi de garder la population en bonne santé, de manière à réduire l'effet des conditions qui touchent la santé humaine. Si notre but est d'être la nation la plus en santé et possédant les écarts les moins importants en santé, la santé publique constitue un élément essentiel vers l'atteinte de ce but.

L'expression « il vaut mieux prévenir que guérir » s'applique bien à la santé des Canadiens; les multiples études concernant la rentabilité des stratégies de prévention et de promotion de la santé témoignent de la justesse de cet adage³. On peut alors se demander pourquoi la santé publique ne

³ L'Association canadienne de santé publique effectue actuellement une analyse documentaire complète des études et des documents relatifs à la rentabilité des stratégies/interventions de prévention et de promotion de la santé, dans le cadre de l'exercice visant à « établir la preuve » de la nécessité d'investir dans la santé publique.

bénéficie pas d'une plus grande attention dans la discussion sur la santé au Canada et dans le cadre des mécanismes et ententes de financement sur la santé fédéraux-provinciaux et territoriaux.

Progrès réalisés dans la mise en œuvre des éléments de la santé publique du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004

L'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003 a centré son attention sur l'amélioration de la qualité et de la viabilité d'un système de soins de santé public et sur l'accès à celui-ci. Il visait à améliorer l'accès des Canadiens aux soins de santé primaires et à d'autres services de diagnostic et thérapeutiques, aux soins à domicile et communautaires et aux médicaments sur ordonnance. Cet accord ne fait toutefois pas mention de la santé publique (prévention des maladies, promotion de la santé, protection de la santé) en soi, bien qu'il mentionne brièvement la nécessité d'améliorer la surveillance de la santé de la population.

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 a pour objectif d'améliorer l'accès à des services de santé publics et de réduire les temps d'attente. L'atteinte de ce but nécessite la collaboration entre les gouvernements, la participation des fournisseurs de soins de santé et des patients, ainsi que des investissements stratégiques dans certains domaines, notamment l'augmentation de l'offre de professionnels de la santé (p. ex. des médecins, des infirmières et des pharmaciens); des services communautaires efficaces, comprenant les soins à domicile; une stratégie relative aux produits pharmaceutiques; l'efficacité de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, ainsi que des ressources financières suffisantes.

La section portant sur la prévention, la promotion et la santé publique est très courte. On y mentionne quatre secteurs auxquels les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient prêter attention dans le futur :

- Poursuivre la collaboration et la coopération pour élaborer, par l'entremise du nouveau Réseau de santé publique, des réponses coordonnées aux éclosions de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique;
- Accroître l'immunisation en investissant en permanence dans les vaccins nécessaires, par l'entremise de la Stratégie nationale d'immunisation, apportant ainsi une « nouvelle protection » aux enfants canadiens;
- Accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique, qui établira des buts et des cibles pour améliorer l'état de santé des Canadiens et qui prévoit des efforts visant à traiter les facteurs de risque communs, comme l'inactivité physique, ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies;
- Travailler dans divers secteurs au soutien et à la promotion de milieux sains, au moyen d'initiatives comme « Écoles en santé ».

Il faut se rappeler que l'accord de 2004 avait été formulé à la suite de l'épidémie du SRAS au Canada. L'année précédente, le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique⁶ avait publié un rapport établissant plusieurs recommandations visant à renforcer la capacité des multiples systèmes de santé publics du pays et à accroître la coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le gouvernement fédéral en place était allé de l'avant et avait mis en place des mesures répondant à plusieurs des recommandations de la Commission Naylor⁴, notamment :

- La création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC);
- La création du poste d'administrateur en chef de la santé publique du Canada;
- L'amélioration de la surveillance nationale des éclosions de maladies infectieuses et l'intervention relative à celles-ci;
- La mise en place de nouveaux programmes et d'écoles de santé publique dans les universités du pays comme moyen d'accroître le bassin de professionnels et de chercheurs qualifiés en santé publique;
- La mise sur pied de Centres nationaux de collaboration en santé publique, dont l'objectif est d'agir en tant que points de convergence nationaux dans des domaines prioritaires de la

⁴ L'ACSP et d'autres organismes du secteur de la santé ont publié et présenté devant diverses tribunes, notamment lors d'audiences parlementaires, leurs préoccupations concernant le fait de ne pas mettre en œuvre la totalité des recommandations de la Commission Naylor et les conséquences que cela pourrait entraîner.

santé publique et de contribuer à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne en santé publique.

Donc, quels sont les progrès réalisés relativement aux éléments liés à la santé publique contenus dans le Plan décennal de 2004?

- Poursuivre la collaboration et la coopération pour élaborer, par l'entremise du nouveau Réseau de santé publique, des réponses coordonnées aux éclosions de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique.

Beaucoup d'efforts, de temps et de ressources ont été consacrés à l'amélioration de la capacité pancanadienne d'intervention lors d'éclosions de maladies infectieuses et d'autres urgences de santé publique. Un Réseau de santé publique a été créé et l'Agence de la santé publique du Canada a assumé un rôle de leadership plus que nécessaire en travaillant de concert avec les provinces et les territoires à la conception et à la mise en œuvre d'un système national plus robuste de surveillance des éclosions de maladies infectieuses et d'intervention en rapport à celles-ci. L'éclosion de la grippe H1N1 en 2009 a établi la preuve de l'efficacité du système amélioré, tout en offrant des leçons précieuses quant aux améliorations qui sont encore nécessaires.

- Accroître l'immunisation en investissant en permanence dans les vaccins nécessaires, par l'entremise de la Stratégie nationale d'immunisation, apportant ainsi une « nouvelle protection » aux enfants canadiens.

La Stratégie nationale d'immunisation a été lancée en 2003. Elle avait pour but d'offrir un niveau optimal d'immunisation à tous les Canadiens, comprenant une couverture complète pour tous les enfants pour les vaccins systématiquement recommandés au cours de l'enfance. Grâce à la Stratégie nationale d'immunisation, l'accès a été amélioré dans toutes les provinces et territoires pour quatre vaccins récemment mis au point (vaccin antioquelucheux acellulaire, vaccin conjugué contre le méningocoque de sérotype C, vaccin conjugué contre le pneumocoque et vaccin contre la varicelle).

Malgré ces réussites, la Stratégie nationale d'immunisation accuse du retard relativement à la mise sur pied d'un réseau national de registres d'immunisation, à l'élaboration d'un plan de recherche national sur l'immunisation, à la conception de programmes de formation pour les professionnels de la santé et de programmes éducatifs destinés au public et à la conception d'un calendrier d'immunisation des enfants harmonisé à l'échelle nationale⁷.

Bien que des consultations publiques aient eu lieu récemment concernant le renouvellement de la Stratégie nationale d'immunisation, aucune annonce publique n'a été faite pour indiquer le moment de l'annonce d'une nouvelle Stratégie nationale d'immunisation, les buts, objectifs et cibles de celle-ci, la façon de les atteindre et le financement prévu.

- Accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique, qui établira des buts et des cibles pour améliorer l'état de santé des Canadiens et qui prévoit des efforts visant à traiter les facteurs de risque communs, comme l'inactivité physique, ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies.

Une Stratégie pancanadienne pour la santé publique n'a jamais été formulée, malgré les recommandations émises dans un rapport établi en 2009 par le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations (sous-comité du présent comité sénatorial), intitulé *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*⁸, qui proposait la formulation d'une stratégie pancanadienne de santé de la population comme moyen permettant de réduire les iniquités et les disparités en santé, en particulier celles observées dans les collectivités des Premières nations et inuites. Cette stratégie comporte la mise en place de buts et de cibles visant l'amélioration de l'état de santé des Canadiens et prévoit des efforts visant à traiter les facteurs de risque communs. Plusieurs autres pays, notamment les États-Unis (p. ex. la stratégie US Healthy People 2020⁹, qui comprend des buts, indicateurs et mesures de soutien pour les atteindre) sont passés à l'action à cet égard.

Bien que les excellents rapports annuels publiés par l'administrateur en chef de la santé publique de notre pays fournissent une analyse de l'état de la santé publique (y compris le sujet de l'équité en santé) au Canada¹⁰, le plan décennal de 2004 ne comprend aucun but ou indicateur lié à la santé publique ni ne les définit. Ainsi, cette entente nationale n'offre aucun moyen permettant de surveiller le « succès » relatif à l'atteinte d'un bon état de santé pour tous les Canadiens et d'établir des rapports sur celui-ci. Il est fondamentalement impossible de déterminer l'impact du Transfert canadien en matière de santé sur les résultats en matière de santé publique – en a-t-on eu pour notre argent?

- Travailler dans divers secteurs au soutien et à la promotion de milieux sains, au moyen d'initiatives comme « Écoles en santé ».

Des programmes et mécanismes à objectif unique, notamment des crédits d'impôt, ont été lancés afin de traiter des enjeux comme l'inactivité physique et l'obésité. Toutefois, aucune approche nationale complète n'a été mise en œuvre. Une stratégie nationale de prévention des blessures, annoncée par le gouvernement du Canada lors du discours du Trône en mars 2010, n'a jamais vu le jour. En outre, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), probablement l'un des moyens les plus efficaces de ce pays de traiter l'une des principales causes des maladies au Canada, prendra fin le 30 mars 2012. Bien que les données indiquent des réductions du tabagisme dans la population générale, la SFLT n'a pas atteint sa cible de 12 p. 100 de taux de tabagisme et il y a encore près de six millions de fumeurs au Canada. Tout comme pour la Stratégie nationale d'immunisation, le gouvernement du Canada a récemment lancé une consultation publique afin d'obtenir des commentaires relativement à une nouvelle SFLT. Cependant, tout comme pour la Stratégie nationale d'immunisation, l'orientation, le contenu et le financement d'une nouvelle SFLT n'a pas encore fait l'objet d'une discussion publique.

Occasions, défis et menaces pour notre système de santé public

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (2003) avait fait ressortir plusieurs enjeux cruciaux auxquels notre système de santé public est confronté :

- Le pays ne peut se permettre aucun maillon faible dans la chaîne pancanadienne de protection de la santé et de lutte contre les maladies;
- Les investissements dans la santé publique sont modestes. À l'époque de la Commission Naylor, un pourcentage de 2 à 3 p. 100 des dépenses en santé, selon la façon dont on définit les numérateurs et les dénominateurs, était réservé à la santé publique. L'Institut canadien d'information sur la santé a depuis estimé les dépenses en santé publique à environ 5 à 6 p. 100 des dépenses totales en santé¹¹;
- Aucun transfert fédéral n'est réservé aux activités de santé publique provinciales et territoriales. La santé publique se trouve en situation de concurrence par rapport aux services de soins de santé personnels pour l'obtention des sommes affectées à la santé dans les crédits budgétaires provinciaux et territoriaux.

Les investissements réalisés en santé publique au cours des dernières années à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale ont fait une différence – ils en valent le coût. Par exemple, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC)¹², les investissements consacrés à la prévention et à la gestion du diabète, de l'hépatite C et du VIH/sida¹³, le Programme sur la qualité de l'eau potable pour les communautés des Premières nations, la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations¹⁴, l'Initiative des bourses d'études et de renforcement des capacités dans le domaine de la santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada, le groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique et la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques¹⁵ représentent quelques-unes des initiatives lancées au cours des dernières années qui témoignent de l'importance de l'investissement « en amont » dans la santé publique comme moyen permettant de réduire la charge imposée au système de soins de courte durée et de réduire l'ensemble des coûts des soins de santé.

La *Déclaration sur la prévention et la promotion* publiée en novembre 2010 par les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé fait avancer l'élaboration d'une stratégie pancanadienne en matière de santé publique¹⁶. Il s'agit d'un instrument important, capable de rassembler le soutien politique, public et multisectoriel afin de prendre des mesures pour régler les problèmes prioritaires

auxquels sont confrontés nos citoyens. La déclaration rendue publique en juillet 2011 par le Conseil de la fédération met en évidence les préoccupations des premiers ministres des provinces et des territoires en ce qui a trait à l'augmentation du coût des soins de santé et l'urgence de développer et d'améliorer les services de prévention des maladies, de promotion de la santé et de protection de la santé¹⁷.

L'éclosion de la grippe H1N1 en 2009 a, encore une fois, mis à l'épreuve les systèmes de santé publique du pays, à tous les échelons de gouvernement. Les systèmes ont bien répondu aux deux vagues de la pandémie de grippe H1N1 et le pays était, dans l'ensemble, mieux préparé à y répondre. On a vu une meilleure coordination entre les organismes du gouvernement fédéral (ASPC) et les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi que d'autres organismes.

Toutefois, le redéploiement du personnel et des ressources a eu son prix du côté des autres activités habituelles de santé publique. Les ressources humaines en santé publique ont été utilisées au maximum. Non seulement il a fallu organiser un programme de vaccination nationale d'urgence d'une envergure jamais vue et déployer les travailleurs de la santé publique dans tout le pays pour s'occuper de la campagne de lutte contre la H1N1, mais il a été nécessaire de reporter ou d'annuler certaines de leurs activités habituelles¹⁸. Lorsque la situation a été maîtrisée, ces travailleurs ont dû résorber l'arriéré de travail et réorganiser les services et rendez-vous manqués. En fait, certains de ces services ne seront jamais rattrapés. Nous attendons une évaluation de l'impact de la pandémie de H1N1 sur la cohorte de gens touchés par le report ou l'annulation d'interventions en santé publique (dépistage manqué ou reporté, moindre protection, campagnes de prévention abandonnées ou retardées). Si d'autres demandes avaient pesé sur le système de santé public, celui-ci aurait pu s'effondrer¹⁹. Le système de santé public a été étiré jusqu'à la limite de sa capacité, sans capacité d'appoint.

Nous avons un système de santé déjà surchargé, et le système de santé public n'y fait pas exception. Bien des organismes locaux de santé publique subissent des tensions considérables pour répondre aux demandes « normales » de services de santé publique. Nous savons depuis plusieurs années que l'infrastructure de santé publique manque de ressources et est sous-financée. La crise économique qui continue de toucher notre pays, la pandémie de grippe et la rareté des ressources de santé publique ajoutent un fardeau supplémentaire au système et sont les signes avant-coureurs d'une crise en gestation. Le Canada doit renoncer à son approche de « juste à temps » au profit d'une approche de bonne préparation et de durabilité. Un investissement soutenu à long terme dans la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé et la préparation aux crises est nécessaire pour éviter l'effondrement du système et assurer la pérennité de notre système de santé pour les générations futures.

La réactivité future du système de santé est fortement tributaire de l'aptitude du système de santé public à fonctionner avec efficacité et efficience. Nous avons tiré beaucoup de leçons de la crise du SRAS, de la contamination de l'eau à Walkerton et à North Battleford, de la crise de la listériose et de la pandémie de H1N1. Pourtant, malgré de nombreuses recommandations et malgré les mesures prises pour faire face à ces situations, la capacité de réaction de notre « système » de santé publique pour protéger la santé des Canadiens reste une question qui appelle une attention renouvelée de la part de tous les ordres de gouvernement.

Soins de santé, santé ou équité en matière de santé pour tous les Canadiens?

L'entente fédérale-provinciale-territoriale de transfert en matière de santé devrait se concentrer sur des investissements stratégiques au moyen de transferts fédéraux aux provinces afin d'améliorer, promouvoir et protéger la santé de tous les Canadiens, peu importe où ils vivent et sans égard aux circonstances et au contexte qui leur sont propres.

L'important rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS²⁰, les rapports annuels sur la situation de la santé publique remis par l'administrateur en chef de la santé publique²¹ au Parlement du Canada et le rapport du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations (appelés aussi « rapport Keon »)²² réclament tous une approche de la santé de la population capable d'assurer la santé de tous les Canadiens et de leur garantir un accès équitable aux soins de santé. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS demande de « Comblent le fossé en une génération ». Le Canada a les ressources et la capacité requises pour réaliser cet objectif. Tout ce qu'il nous faut, maintenant, c'est la volonté politique nécessaire pour y arriver.

Une multitude d'études ont montré les liens entre statut socio-économique et état de santé. On observe la présence des déterminants sociaux de la santé, comme le niveau d'instruction, les conditions de logement et le chômage, dans plusieurs problèmes de santé répandus. Une étude publiée récemment au Canada a fait ressortir une forte corrélation entre l'incidence sur la santé de la précarité d'emploi et de la sécurité du revenu sur les personnes racialisées²³. Il s'agit, notamment, de problèmes de santé mentale (par ex. dépression, assuétude), de troubles digestifs (p. ex. ulcères, constipation), de troubles physiologiques (p. ex. épuisement chronique, gain ou perte de poids, douleurs chroniques), de troubles cardiovasculaires (p. ex. hypertension, tension artérielle) et de blessures directes au travail. Un pourcentage élevé de participants à l'étude (40 %) a qualifié son état de santé actuel comme étant « passable » ou « mauvais », ce qui est quatre à cinq fois plus que la moyenne des Canadiens.

Comme le révèlent plusieurs études et rapports récents, il existe une relation étroite entre le revenu, le statut socio-économique et la santé^{24,25}. Ces liens sont notamment :

- le revenu et les taux de suicide (en particulier chez les jeunes Autochtones);
- le revenu, le niveau d'instruction, le logement, le chômage et la santé;
- le revenu et le développement de la petite enfance²⁶.

En outre, le Conseil canadien de la santé a fait remarquer que les gouvernements devraient adopter une nouvelle approche pour répondre aux besoins des Canadiens pauvres et démunis sur le plan social comme moyen de freiner les coûts des soins de santé²⁷. Le Conference Board du Canada est du même avis et recommande des investissements stratégiques à l'égard des déterminants socio-économiques de la santé, qui apporteront des améliorations de l'état de santé, ainsi que des économies et des avantages économiques²⁸. Le 21 octobre 2011, à la Conférence mondiale de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, plus de 110 États membres de l'OMS, parmi lesquels le Canada, ont reconnu, par le truchement de la Déclaration de Rio, le besoin urgent de s'attaquer véritablement aux « déterminants de la santé » fondamentaux et structurels qui, pour la plupart, dépassent la portée des systèmes de soins de santé habituels²⁹. Bien que la Déclaration de Rio ne soit pas de nature contraignante, le gouvernement du Canada a reconnu que les inégalités sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, en plus d'être injustes et en grande partie évitables, et que la promotion de l'équité en matière de santé est essentielle au développement durable et à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être de tous ». [traduction] Le gouvernement a également réaffirmé sa détermination à prendre des mesures à l'égard des déterminants sociaux de la santé afin de créer une société vibrante, inclusive, juste, productive sur le plan économique et en santé ». [traduction]

L'établissement d'une nouvelle entente fédérale-provinciale-territoriale de transfert en matière de santé représente une transformation fondamentale de notre façon de voir le système de santé. Le système ne doit pas simplement traiter les malades; il doit d'abord chercher à prévenir le développement de maladies chez les Canadiens. Si l'on prend en compte l'équité en matière de santé et que l'on porte une attention plus grande sur la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé et la protection de la santé, cet objectif est réalisable. Dans son *Rapport sur*

l'état de la santé publique au Canada 2010, l'administrateur en chef de la santé publique est du même avis. On peut y lire que : « [I]es efforts déployés pour promouvoir la santé, pour prévenir les risques de blessures et pour encourager et accroître la participation et l'inclusion sociales doivent être perçus comme un investissement essentiel qui permet de réaliser des économies, de maintenir et d'améliorer la qualité de vie et de favoriser une économie saine³⁰ ».

Qui va là? La place de la santé publique dans une nouvelle entente fédérale-provinciale-territoriale de transfert en matière de santé

Dans son document de discussion, publié en 2000, intitulé *Une once de prévention : renforcer l'équilibre dans le cadre de la réforme des soins de santé*³¹, le conseil d'administration de l'ACSP précise les différentes composantes dont a besoin le Canada pour bâtir un système de soins de santé fort. Pour réussir, ce système doit s'appuyer sur les éléments suivants :

- un leadership fédéral assorti de la coopération intergouvernementale pour trouver des solutions appropriées aux questions urgentes de même que pour moderniser le système et pour garantir sa survie dans la durée;
- une large vision des soins de santé au XXI^e siècle qui comprenne un continuum de services intégrés et qui mette l'accent sur la santé de la population et sur toute la gamme des facteurs qui l'influencent;
- plus de fonds consacrés à la santé et mise au point d'un mécanisme d'indexation pour garantir la stabilité ainsi qu'un financement suffisant et permanent du système de soins de santé;
- une participation financière du gouvernement fédéral pour les services non assurés, notamment la santé publique, les soins de santé primaires, ainsi que les soins communautaires et à domicile— autant de services essentiels pour avoir un système de soins de santé complet;
- des stratégies pour accentuer la transparence et la responsabilisation dans le financement public des soins de santé, y compris des mesures pour renforcer le partage de l'information et des pratiques exemplaires, le rendement des services et du système dans son ensemble, ainsi que l'information fournie au public concernant les résultats;
- des mesures pour renforcer la place de la santé publique et son champ d'application dans le cadre d'un continuum de services de santé, y compris le développement des connaissances et des compétences, des stratégies d'utilisation et de développement des ressources humaines; la mise sur pied d'alliances et la collaboration intersectorielle; la définition d'indicateurs du rendement et des résultats obtenus; et des systèmes de direction communautaires;
- des stratégies pour affecter les ressources publiques nécessaires à la santé publique et à la prévention des maladies et des blessures ainsi qu'aux activités de protection et de promotion de la santé, à partir du budget global des gouvernements;
- un moratoire sur toute autre privatisation du système de soins de santé du Canada tant que l'on n'aura pas fait une analyse publique de la répartition adéquate entre le public et le privé pour ce qui est du financement et des prestations de services, laquelle serait souhaitable et viable dans le cadre d'un système de soins de santé renouvelé.

Pour l'ACSP, ces éléments s'appliquent toujours aux défis actuels de la santé publique et il vaut la peine de les revoir, pendant que nous tentons de définir les composantes à inclure à une éventuelle entente fédérale-provinciale-territoriale sur les fonds pour la santé.

Bien que nous acceptions l'indexation annuelle garantie de 6 p. cent des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires en vue d'appuyer un éventail de services de soins de santé, l'ACSP demande que la future « entente sur la santé » soit constituée d'une composante de la santé publique

globale plus forte, qui soit axée sur la santé de la population, faute de quoi nous craignons que les investissements consentis par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux continuent de se concentrer sur les services médicaux assurables, et ignorent les facteurs « en amont » qui ont une incidence sur la santé des Canadiens.

L'ACSP présente les recommandations suivantes en vue de l'établissement d'une future entente fédérale-provinciale-territoriale sur les fonds pour la santé :

- Avoir, pour principe directeur, l'« équité en matière de santé » et non plus les « soins de santé » ;
- Dans chaque nouvelle entente, consacrer une composante de santé publique complète et approfondie, qui comporte des investissements dans la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé, la protection de la santé, l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de la santé et les mesures et interventions en cas de pandémie⁵ ;
- Adopter des objectifs et des indicateurs liés à la santé publique afin de surveiller les progrès dans la réalisation de l'équité en matière de santé, subdivisés selon différents groupes de population, en fonction du niveau socio-économique, de l'origine ethnique et de la région géographique⁶ ;
- Mieux coordonner les résultats attendus et les domaines d'investissement entre le Transfert canadien en matière de santé et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux afin de prendre en compte les déterminants de la santé extérieurs au secteur de la santé et d'y consacrer des investissements ;
- Créer une stratégie pancanadienne multisectorielle en matière de ressources humaines en santé publique, à laquelle sera incorporé un secrétariat national chargé d'élaborer des données sur la main-d'œuvre d'une plus grande exactitude et d'améliorer les compétences, et qui inclura un groupe de travail conjoint chargé de donner des conseils sur les ressources humaines en santé publique ;
- Investir afin d'accroître le bassin de praticiens de la santé publique ; au Canada, le vieillissement des travailleurs de la santé publique est un problème qui mérite qu'on s'y attarde rapidement¹ ;
- Traiter les questions relatives à la capacité du système de santé public à gérer de multiples événements simultanément ;
- Créer un fonds national pour l'infrastructure de la santé publique. Cet investissement ciblé aiderait les unités de santé publique de tout le pays à engager du personnel supplémentaire, à acheter du matériel et des fournitures et à mettre en œuvre les programmes qui permettraient de répondre aux besoins actuels de leurs populations cibles et de faire face aux urgences éventuelles. On pourrait aussi envisager un système de paiements de transfert réservés à la santé publique en vertu duquel un certain pourcentage de fonds de contrepartie serait demandé aux provinces et territoires pour garantir un niveau de financement stable au système de santé public à l'échelle nationale.

Conclusion

Il est impératif que le Canada soit prêt à faire face, à temps et de manière efficace, à toute menace actuelle et éventuelle, qui compromettrait le bien-être, la santé et la prospérité de ses citoyens. Il est tout aussi essentiel de mettre en place des politiques et des stratégies en vue d'améliorer la santé de

⁵ Des pays, comme le Royaume-Uni et l'Australie, ont adopté des stratégies novatrices afin d'améliorer l'équité en matière de santé au moyen d'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Voir le livre blanc de la santé publique du Royaume-Uni intitulé *Fair Society Healthy Lives* (2011). <http://www.marmotreview.org/media-events/public-health-white-paper.aspx>

⁶ Par exemple, en supposant un horizon prévisionnel de 10 ans en vertu d'une entente fédérale-provinciale, on pourrait se fixer comme objectifs la réduction de 75 p. 100 de la tuberculose d'ici 2025, la vaccination de tous les enfants au Canada contre l'ensemble des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, l'harmonisation complète des registres provinciaux et fédéraux, une diminution de 60 p. 100 du nombre de jeunes fumeurs de 12 à 19 ans, la réduction des inégalités en matière de santé en réduisant à 10 p. 100 l'écart entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones au chapitre de la morbidité juvénile d'ici 2025.

Regard vers le passé, regard vers le futur : la santé publique
dans le cadre d'une entente fédérale-provinciale-territoriale de transfert en matière de santé
Présentation de l'Association canadienne de santé publique
devant le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie

tous les Canadiens et de réduire les inégalités en matière de santé pour les générations futures. L'efficacité du système de santé ne va pas sans la présence d'une composante de santé publique solide. En négligeant la nécessité de consacrer au système un volet de santé publique, nous compromettons la réactivité de notre réponse aux menaces pour la santé. Comme l'a déclaré un premier ministre provincial, rester là, sans être capable de réagir aux menaces pour la santé publique, c'est comme voir périr les soins de santé dans un accident³³.
