



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

LA SANTÉ PUBLIQUE

DANS LE CONTEXTE DU RENOUVELLEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CANADA

DOCUMENT D'INFORMATION | MAI 2019

LA VOIX DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Porte-parole national indépendant et défenseur fidèle de la santé publique, **l'Association canadienne de santé publique** parle au nom des individus et des populations avec tous les ordres de gouvernement.

Nous préconisons l'équité en santé, la justice sociale et la prise de décisions éclairées par les données probantes. Nous misons sur le savoir, repérons et abordons les problèmes de santé publique, et relient diverses communautés de pratique. Nous faisons valoir la perspective et les données probantes de la santé publique auprès des chefs de gouvernement et des responsables des politiques. Nous sommes un catalyseur de changements qui améliorent la santé et le bien-être de tous.

Nous appuyons la passion, le savoir et les perspectives de nos membres dans

toute leur diversité par la collaboration, par de vastes débats et par le partage d'informations. Nous motivons les organisations et les gouvernements à appliquer un éventail de politiques et de programmes de santé publique qui améliorent les résultats sanitaires des populations dans le besoin.

NOTRE VISION

Un monde de santé et de justice

NOTRE MISSION

L'ACSP a pour mission de rehausser la santé des gens au Canada et de contribuer à un monde plus sain et plus équitable.

Pour citer cette publication :

Association canadienne de santé publique (ACSP). Document d'information : La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada. Mai 2019. Sur Internet : <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/phhsr-backgrounddocument-f.pdf>.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | info@cpha.ca

www.cpha.ca



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

LA SANTÉ PUBLIQUE

DANS LE CONTEXTE DU RENOUVELLEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CANADA

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) contribue depuis longtemps au débat sur l'évolution et le renouvellement des systèmes de santé publique* au Canada. Sa contribution la plus récente arrive au moment où les systèmes de santé publique de certaines provinces et de certains territoires se font réorganiser et parfois comprimer. Les changements qui en résultent suscitent des craintes : ces systèmes pourront-ils remplir leur mandat actuel et répondre aux besoins futurs à l'échelle provinciale, territoriale et municipale? Les commentaires de l'association à l'égard de ces changements sont présentés en deux parties. La première est le présent document d'information, qui fait la synthèse des facteurs ayant contribué à l'état actuel des systèmes de santé publique du Canada. Il a été préparé avec l'aide d'un comité consultatif de professionnels de la santé publique canadiens reconnus, ainsi que du Comité des affaires publiques et du conseil d'administration de l'ACSP. La deuxième partie est l'[l'énoncé de position](#) de l'ACSP en réaction à ces changements. Il est recommandé de lire le document d'information en premier et l'[l'énoncé de position](#) ensuite.

* Pour les besoins du présent document, l'expression systèmes de santé publique désigne le réseau adaptatif complexe de ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, de service municipaux et régionaux, d'organismes, d'unités, d'équipes et de programmes qui offrent des services de santé publique à la population canadienne. Elle ne désigne pas les régimes publics de soins de santé du Canada.

GLOSSAIRE

Équité en santé : Principe selon lequel tous les gens devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devraient pas être limités à cet égard en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale, de leur situation socioéconomique ou de tout autre attribut social. (M. Whitehead et G. Dahlgren, [Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part 1](#), Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006. Description trouvée dans : Centre de collaboration national des déterminants de la santé, [L'équité en santé : Parlons-en](#), Antigonish [Nouvelle-Écosse], CCNDS, Université St. Francis Xavier, 2013.)

Interventions en santé des populations : Les politiques ou les programmes qui modifient la répartition des risques pour la santé en abordant les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes. (P. Hawe et L. Potvin, « What is population health intervention research? » *Rev can santé publique*, vol. 100, n° 1 [2009], p. I8-I14.)

La santé dans toutes les politiques : Une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. (OMS)

Pratique en santé publique : Démarche de maintien et d'amélioration de la santé des populations fondée sur les principes de la justice sociale, des droits de la personne et de l'équité, sur des politiques et des pratiques éclairées par des données probantes et sur la prise en compte des déterminants de la santé sous-jacents. ([Cadre conceptuel de l'ACSP](#))

Promotion de la santé : Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Il voit au-delà des comportements individuels pour englober un vaste éventail d'interventions sociales et environnementales. (OMS)

Résultats de santé de la population : Indicateurs qui reflètent la dynamique du bien-être physique, mental et social d'une population. Les résultats sanitaires positifs sont le fait d'être en vie, le bon fonctionnement mental, physique et social, et le sentiment de bien-être. Les résultats négatifs sont la mort, les pertes fonctionnelles et l'absence de bien-être. (R.G. Parrish, « Measuring population health outcomes », *Prev Chronic Dis*, vol. 7, n° 4 [2010], p. A71.)

Santé : Un état de bien-être physique, mental et social qui n'est pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. (OMS)

Santé des populations : Approche sanitaire qui vise à améliorer la santé de la population entière et à réduire les inégalités de santé entre les sous-groupes de la population. (ASPC)

Santé publique : Efforts organisés de la société pour maintenir les personnes en santé et éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés. Il s'agit d'un mélange de programmes, de services et de politiques qui protègent et favorisent la santé des Canadiens. (ASPC, 2008)

Services de santé publique : Services qui abordent la promotion de la santé, la protection de la santé, la surveillance de la santé des populations et la prévention des décès, des maladies, des traumatismes et des invalidités. ([Cadre conceptuel de l'ACSP](#))

Soins à domicile et soins communautaires : Programmes qui aident les personnes à recevoir des soins chez elles plutôt que dans un hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, et à vivre de façon aussi autonome que possible dans la collectivité. Les soins à domicile et les soins communautaires sont dispensés par des professionnels agréés (p. ex. des infirmières), des intervenants non agréés, des bénévoles et des aidants naturels. ([Santé Canada](#), 2016.)

Soins actifs : Toutes les mesures de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation ou de soins palliatifs, qu'elles s'adressent à des particuliers ou à des populations, dont le but premier est d'améliorer la santé et dont l'efficacité dépend en grande partie

d'une intervention opportune et, souvent, rapide. (J.M. Hirshon, N. Risko, E.J.B. Calvello, S. Stewart de Ramire, M. Narayan, C. Theodosios et J. O'Neill, « [Health systems and services: the role of acute care](#) », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 91 [2013], p. 386-388.)

Soins de santé primaires : Se distinguent par une approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de soins de santé traditionnel, ce qui comprend tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement. Les soins primaires constituent un élément au sein des soins de santé primaires. Ils se concentrent sur les services de soins de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies. ([ASPC](#), 2012.)

REMERCIEMENTS

Le présent document a été préparé avec l'aide d'un comité consultatif de professionnels de la santé publique canadiens reconnus :

- Suzanne Jackson, présidente sortante, conseil d'administration de l'ACSP (jusqu'en décembre 2018)
- Richard Musto, président, conseil d'administration de l'ACSP (depuis janvier 2019)
- Benita Cohen, présidente désignée, conseil d'administration de l'ACSP
- Marjorie MacDonald, École des sciences infirmières, Université de Victoria
- Cory Neudorf, président, Réseau canadien pour la santé urbaine
- Ardene Robinson Vollman, professeure agrégée adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, École de médecine Cumming, Université de Calgary
- Patrick Fafard, professeur agrégé, École supérieure d'affaires publiques et internationales, Université d'Ottawa
- Angela Andrews, Promotion de la santé Canada
- Ray Copes, professeur agrégé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- Ann Thomas, présidente, Institut canadien des inspecteurs en santé publique

PRÉFACE

En mai 2000, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) publiait un document, intitulé *Une once de prévention : renforcer l'équilibre dans le cadre de la réforme des soins de santé*¹, qui braquait les projecteurs sur les problèmes et les défis du système de santé canadien et soulignait l'importance critique que la réforme de ce système comporte une stratégie pour la santé publique. Le document dressait aussi la liste des « composantes » nécessaires du système de santé canadien au 21^e siècle :

- un leadership fédéral assorti d'une coopération intergouvernementale;
- un continuum de services;
- des mesures pour renforcer la prestation des services de santé publique dans le cadre d'un continuum de services de santé.

Un document ultérieur² présentait les résultats de tables rondes régionales ayant déterminé certaines des forces et des limites du système, cerné les problèmes à résoudre pour préserver la solidité du volet des services de santé publique et esquissé une vision pour la santé publique dans un système de soins de santé durable. On y décrivait 10 principes directeurs : le bien public; les déterminants de la santé; l'équité, la diversité et la justice sociale; les partenariats; la participation publique; les approches interdisciplinaires; les fondements scientifiques; l'efficacité et la rentabilité; les améliorations constantes; et la durabilité. Ces 10 principes ont jeté les bases d'un mémoire présenté par l'ACSP à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada³. Les remarques de l'ACSP comportaient un scénario d'accroissement des investissements publics et de réorganisation de la prestation des services incluant la santé publique⁴.

L'avenir de la santé publique a suscité des inquiétudes récemment à la suite de compressions et de réorganisations d'organismes de santé publique

provinciaux, locaux et régionaux⁵⁻⁷. Certains de ces changements ciblent des organismes de santé publique, et d'autres, le système de soins de santé en général, mais ils ont pour effet de modifier les rôles, les responsabilités et la structure des organismes de santé publique à l'échelle provinciale, territoriale et municipale. Les gouvernements provinciaux qui ont entrepris ces changements expliquent que ce sont des moyens de mieux arrimer les services de santé publique à la prestation des soins de santé et de mieux gérer les coûts du système de santé. Les opposants à ces changements considèrent qu'ils minent l'intégrité du système et des programmes de santé publique en réduisant leur autonomie, en éliminant des capacités et en sapant l'autorité de la santé publique. Il y a lieu aussi de douter des économies réelles qui résultent de ces changements et de déplorer les effets des compressions sur les programmes existants. Il est à craindre que des programmes de longue date qui ont prouvé leur efficacité et qui abordent les problèmes de santé publique en amont^{*} ont été perdus dans toutes ces réorganisations et compressions. Le problème, toutefois, est qu'il existe très peu de données probantes ou d'analyses au Canada pour réfuter ou corroborer les effets allégués des modifications structurelles et des réaffectations financières récentes.

De telles réorganisations sont délicates, et trop souvent, ne tiennent pas compte de la diversité des disciplines qui utilisent le même jeu de compétences en santé publique et des populations pour aborder un programme commun de mesures de promotion de la santé, de prévention des maladies et de protection de la santé et qui travaillent avec des populations et des groupes distincts. Dans l'intérêt d'améliorer l'intégration et l'établissement de réseaux locaux de soins primaires, on dissocie les effectifs et les programmes de santé publique, en

* Dans une perspective de santé, agir *en amont* signifie agir sur les aspects qui ont le plus d'influence sur la santé (comme le revenu, l'emploi, l'instruction, l'éducation et le développement des jeunes enfants, le logement, la nutrition et l'environnement au sens large) pour réduire la probabilité de créer des problèmes de santé.

les affectant à d'autres organismes et en les confiant à des gestionnaires peu au fait des principes et des pratiques en santé publique. Ces réorganisations peuvent donc causer la perte de l'orientation de santé publique originale au profit d'une orientation plus individuelle. Sans preuve du contraire, il est à prévoir que les gouvernements continueront d'entreprendre les réorganisations qu'ils jugent appropriées. Le problème est donc de concevoir et de mettre en œuvre des systèmes de santé et des organismes de santé publique en conservant les principes, les objectifs, les rôles, les responsabilités et les allocations de ressources antérieurs, dans des structures étatiques en évolution, pour répondre aux besoins présents et futurs.

BUT

Examiner l'organisation des services de santé publique au Canada du point de vue de leur gouvernance et de leur fonctionnement.

INTRODUCTION

Dans la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé⁸ est considérée comme une ressource plutôt qu'un état⁹. Elle correspond à la notion de la capacité de la personne de poursuivre ses objectifs, d'acquérir des compétences et de l'instruction et de se développer plutôt que d'être simplement en bonne santé physique. Ainsi, la prévention, la protection, la préparation et la promotion—toutes des fonctions de la santé publique—s'inscrivent dans des éléments interdépendants qui vont de la prestation des soins primaires et des soins actifs à l'intervention face aux déterminants sociaux et écologiques de la santé en vue d'obtenir des résultats sanitaires positifs. À ce point de vue correspond une série de rapports mutuels et de fonctions complexes fondés sur les principes de l'équité en santé, de la justice sociale, de l'attention aux droits

de la personne et à l'équité et des politiques et des pratiques éclairées par les données probantes¹⁰.

Au Canada, les rôles et les responsabilités associés à ce système adaptatif complexe[†] sont encadrés par les orientations constitutionnelles et législatives qui existent dans les lois et règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé publique. Ces orientations s'appuient sur des documents qui décrivent plus avant et qui situent les rôles, les responsabilités et les services des organismes de santé publique à tous les ordres de gouvernement. Citons également les responsabilités qui appuient la santé (p. ex. en lien avec les déterminants sociaux et écologiques de la santé), mais qui nécessitent l'intervention de ministères qui n'ont pas un mandat de santé. Il importe aussi d'établir de nouvelles relations avec les peuples autochtones, comme en témoigne l'imbrication complexe des lois, des règlements et des accords qui régissent la prestation des soins de santé et des services de santé publique à leur intention. (Voir [l'énoncé de position de l'ACSP sur le principe de Jordan](#), qui donne un exemple des effets de ces relations complexes[‡].) Pour fonctionner à l'intérieur de ce système adaptatif complexe, les organismes qui le composent ont la responsabilité permanente de tenir compte des processus et des mécanismes nécessaires pour gérer la distribution des commandes du système; de montrer la voie; de tenir compte de l'emboîtement des systèmes (p. ex. des soins de santé primaires et de la santé publique) sur la prestation des programmes; et de reconnaître l'influence des multiples leviers d'activités au sein des systèmes.

[†] Les systèmes adaptatifs complexes sont des systèmes composés de nombreux éléments en interaction qui évoluent et s'adaptent avec le temps. Des comportements organisés émergent de l'interaction simultanée des éléments, sans plan global. Cette démarche est appliquée à de nombreuses questions complexes, dont la pensée économique et scientifique et la conception organisationnelle.

[‡] L'ACSP reconnaît le lien de nation à nation avec les peuples autochtones qui fait partie intrinsèque de la réponse du gouvernement du Canada aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation publiées en 2015. Ces relations sont toutefois abordées dans une section ultérieure du présent document.

Pour répondre à ces attentes, les organismes de santé publique ont des services intégrés qui confèrent à la santé publique une position particulière au sein du système de santé. Les rôles du système de santé publique peuvent être perturbés par la réorganisation directe des organismes de santé publique ou, indirectement, par les réorganisations de l'ensemble du système de santé ou les compressions budgétaires générales qui ne tiennent pas compte de la valeur des programmes ni de la masse critique nécessaire à leur efficacité. Par ailleurs, seule la portion congrue du financement du système de santé va aux services de santé publique. Avec l'arrimage de plus en plus serré entre les systèmes de prestation de la santé publique et les soins de santé, il pourrait être difficile de préserver à la fois le rôle populationnel et la masse critique nécessaires à la prestation des services de santé publique auxquels s'attendent les Canadiens. Cette inquiétude est particulièrement justifiée dans les petites administrations, dont les ressources sont proportionnellement limitées.

UN PEU D'HISTOIRE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

La prestation de services de santé publique au Canada tire ses origines de la création des conseils de santé du Bas-Canada en 1832 et du Haut-Canada en 1833. Depuis ces premières initiatives, les rôles et les responsabilités des organismes de santé publique se sont transformés et élargis lorsqu'une démarche de santé des populations a été jugée bénéfique pour prévenir les dangers pour la santé. L'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement (vers 1805), la santé mère-enfant et la vaccination contre les maladies courantes de l'enfance (100 ans plus tard), la promotion de la santé dans les années 1980 et les récentes démarches axées sur les déterminants sociaux de la santé ont porté sur des problèmes particuliers qui touchent la qualité

de vie des Canadiens et ont été décrites ailleurs¹¹. L'un des thèmes que nous voulons examiner plus avant est l'ajout de la promotion de la santé aux éléments de la santé publique.

L'idée d'élaborer des programmes pour promouvoir la santé de la population canadienne tire ses origines du rapport Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*¹² (1974)[§], qui prévoyait que les changements dans les habitudes de vie ou dans l'environnement social et physique entraîneraient probablement plus d'améliorations de la santé que le fait d'accroître le financement des systèmes existants de prestation des soins actifs et primaires. Ce rapport a jeté les bases de programmes de sensibilisation aux risques pour la santé associés aux comportements et aux habitudes de vie individuels, comme le tabagisme, l'abus d'alcool, la malnutrition et la mauvaise condition physique¹³. Les bienfaits des activités de promotion de la santé ont été décrits plus avant dans un rapport publié en 1986 portant sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux influant sur la santé (publique)¹⁴, ainsi que dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*¹⁵. La Charte d'Ottawa définissait aussi cinq domaines d'action prioritaires : l'élaboration de politiques pour la santé; la création d'environnements favorables; le renforcement de l'action communautaire; l'acquisition d'aptitudes individuelles; et la réorientation des services de santé. Le ministre fédéral et les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont avalisé une démarche de santé de la population en 1994¹⁶, et les stratégies à la base de cette démarche ont été décrites plus en détail dans un document de travail ultérieur¹⁷. En 2010, les ministres de la Santé ont publié une déclaration sur la nécessité de faire de

§ On pourrait soutenir que l'avènement du régime public d'assurance-maladie, d'abord mis en œuvre en Saskatchewan puis dans le reste du Canada, représentait une intervention de santé des populations. Ce régime, décrit en partie dans la *Loi canadienne sur la santé* et dans les *Accords sur le renouvellement des soins de santé*, assure le financement fédéral de la prestation des soins primaires par les provinces; il ne faut donc pas y voir une mesure de santé publique. La santé publique ne bénéficie pas actuellement d'un financement ciblé dans les *Accords sur le renouvellement des soins de santé*.

la prévention une priorité¹⁸. Cet engagement envers la promotion de la santé demeure¹⁹.

Deux événements successifs ont toutefois renforcé la nécessité de maintenir de bonnes capacités de prévention des maladies infectieuses et de préparation aux urgences sanitaires publiques. Les attentats du 11 septembre 2001 contre le World Trade Center, suivis à l'automne 2001 par des attaques au bacille du charbon aux États-Unis, ont souligné le besoin d'avoir de bonnes capacités d'intervention d'urgence, notamment des capacités de coopération internationales, intergouvernementales et interministérielles. Ces événements ont directement entraîné des changements dans les structures et les programmes pour améliorer la préparation aux urgences. Un autre incident, l'écllosion de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003, a encore mis en évidence ces besoins, et le rapport qui en est résulté, *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada – Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique* (rapport Naylor), a mené à la création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC); on y trouve des recommandations sur les fonctions de base de la santé publique²⁰:

- Protection de la santé;
- Surveillance de la santé;
- Prévention des maladies et des blessures;
- Évaluation de la santé de la population;
- Promotion de la santé;
- Préparation aux urgences.

Ces constatations ont été réitérées dans le rapport Kirby²¹. Les deux rapports ont mené à une étude sur la main-d'œuvre en santé publique et à la création de programmes de maîtrise en santé publique au Canada.

En 2008, l'ASPC a défini les compétences essentielles nécessaires à l'efficacité de la pratique en santé publique et les a groupées en sept catégories²²:

- Sciences de la santé publique;

- Évaluation et analyse;
- Planification, mise en œuvre et évaluation de politiques et de programmes;
- Partenariats, collaboration et promotion;
- Diversité et inclusion;
- Communication;
- Leadership.

Ces compétences essentielles n'ont été ni pleinement mises en œuvre, ni évaluées au sein des systèmes gouvernementaux au Canada.

Depuis la crise du SRAS en 2003, chaque riposte successive à un épisode de maladie infectieuse a donné lieu à des recommandations pour améliorer le système d'intervention, et à des modifications aux fonctions de préparation aux urgences et autres aux paliers fédéral, provincial et territorial, recommandations qui trouvent aussi un écho au palier local. Il a été dit que l'accent sur la riposte aux urgences entrave les démarches de promotion de la santé, et que les discussions sur la réorganisation du système de santé devraient être l'occasion de revoir les infrastructures en santé publique et de renouveler les activités de promotion de la santé²³. Les inquiétudes actuelles face aux niveaux croissants de maladies chroniques associées, par exemple, à l'obésité, au tabagisme et à la mauvaise alimentation amènent toutefois les gouvernements à maintenir ou à améliorer le financement et la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé. Ces influences sur la pratique en santé publique continueront de se faire sentir et seront renforcées par la difficulté persistante d'incorporer une perspective d'équité en santé pour répondre à ces besoins et à ceux qui résultent de l'évolution démographique de la population canadienne. Le défi est de savoir si les activités et les programmes existants remplissent leurs promesses.

MESURER LA SANTÉ PUBLIQUE

Souvent, l'efficacité des interventions en santé publique ne peut être évaluée qu'à long terme (au-delà des cycles de financement habituels de l'État), mais il continue d'y avoir des pressions qui incitent à démontrer leur succès et leur bon rapport coût-efficacité à court terme. Le défi est particulièrement lourd pour les programmes qui abordent les problèmes de santé publique en amont et pour ceux qui ont été mis en œuvre dans le cadre de processus administratifs découlant d'exigences législatives. De plus, les activités de promotion de la santé et d'équité en santé impliquent souvent des interventions en partenariat avec d'autres secteurs et avec des organismes de proximité; il est donc souvent difficile d'établir une relation de cause à effet entre l'intervention planifiée et sa résultante, puis de déterminer correctement les facteurs qui ont contribué à sa réussite. Pareillement, le rôle de la santé publique se limite parfois à faire face aux conséquences d'un problème; les fonctionnaires de la santé publique n'ont pas nécessairement accès aux leviers politiques nécessaires pour s'attaquer aux causes fondamentales, comme on le voit dans les interventions axées sur les effets des changements climatiques. Un défi semblable est d'élaborer des indicateurs de résultats appropriés pour quantifier les réussites et de faire en sorte qu'ils « parlent » aux décideurs et au grand public. Souvent, les avantages des programmes sont exprimés en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité ou d'amélioration de la qualité de vie, ce qui est parfois en décalage avec les intérêts des décideurs (p. ex. réduire les coûts des programmes ou améliorer la durabilité économique). Les avantages des interventions en santé publique sont bien réels, mais ils se font généralement sentir à long terme et n'entraînent pas de réductions immédiates des coûts du système de santé.

L'American Public Health Association²⁴, la Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle

(CCSP21)²⁵ et une revue systématique récente²⁶ ont mis au point des analyses du rendement des investissements (RDI) de plusieurs interventions en santé publique, qui ont toutes donné des rendements positifs. On peut toutefois se demander où sont allés ces rendements. Selon une étude de 2009 sur le rapport coût-efficacité des soins cliniques préventifs aux États-Unis, la vaccination des enfants et le counseling des adultes sur la prise d'acide acétylsalicylique (AAS, aspirine) à faible dose étaient les deux seules interventions à avoir mené à des *économies de coûts*; deux autres (les interventions contre l'alcool et le tabac) étaient susceptibles d'engendrer des économies, et 13 autres étaient *d'un bon rapport coût-efficacité* (ils ont réduit les coûts de prise en charge des maladies)²⁷. Dans tous ces cas, les économies et les améliorations de la qualité de vie résultant de l'intervention ont été comparées aux coûts des soins résultant de l'allongement de la vie des particuliers. Cette étude n'est peut-être pas directement applicable à la santé publique au Canada à l'échelle de la population, mais elle devrait nous faire réfléchir à l'efficacité des interventions actuelles.

La prestation des services de santé publique joue un rôle particulier et changeant au sein du système de soins de santé. Ces services sont axés sur la santé de la population et les moyens de prévenir les maladies et de promouvoir la santé, tandis que les soins primaires sont axés sur la prise en charge des maladies et les soins individuels. En outre, le rôle de la santé publique s'est élargi avec le temps et continuera sans doute de s'élargir maintenant que les gouvernements s'efforcent d'aborder les déterminants sociaux et écologiques de la santé et l'équité en santé. Dans le cadre de ces rôles actuels et futurs, il est indispensable d'arrimer l'éventail d'attentes à l'égard de la main-d'œuvre en santé publique, en constante évolution, aux compétences essentielles de cette main-d'œuvre, et de faire en sorte que les attentes soient clairement exprimées dans les lois et règlements actuels et futurs sur la santé publique et dans les documents connexes. Il est donc nécessaire

de comprendre le système de gouvernance actuel pour gérer les relations dont nous aurons besoin pour réussir.

UNE QUESTION DE GOUVERNANCE

La gouvernance du système de santé publique est assurée par une série complexe de lois, de règlements et de documents connexes à tous les ordres de gouvernement. Cette complexité découle en partie du fait que le Canada est une fédération de 14 gouvernements, et que les provinces et les territoires sont chargés de la prestation des services de santé, tandis que le gouvernement fédéral conserve un rôle de direction et d'organisation. Dans ces lois, règlements et documents connexes, les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux décrivent leur démarche de prestation des services de santé, y compris la santé publique à l'échelle locale, car les administrations municipales sont du ressort des provinces. La difficulté est de bien comprendre ces rôles, responsabilités et relations et les risques auxquels s'exposent les gouvernements quand ils les réorganisent de temps à autre.

Responsabilités fédérales

De par la Constitution, le gouvernement fédéral exerce une autorité sur certains aspects de la santé (p. ex. les quarantaines aux frontières nationales) et, avec l'accord des provinces et des territoires, a assumé certaines responsabilités à l'égard de la santé définies dans diverses lois du Parlement. Pour la santé publique, ces rôles figurent dans :

- la *Loi sur le ministère de la Santé*;
- la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*;
- la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*;
- la *Loi sur la quarantaine*.

Dans ce cadre juridique, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) s'est donné pour mandat de²⁸ :

- Promouvoir la santé;
- Prévenir et contrôler les maladies chroniques et les blessures;
- Prévenir et contrôler les maladies infectieuses;
- Se préparer et intervenir en cas d'urgence en santé publique;
- Être une plaque tournante favorisant la diffusion du savoir-faire canadien dans le reste du monde;
- Appliquer aux programmes de santé publique du Canada les résultats des travaux internationaux de recherche et de développement;
- Renforcer la collaboration intergouvernementale dans le domaine de la santé publique et faciliter l'adoption d'approches nationales en matière d'élaboration de plans et de politiques en santé publique.

Ce dernier objectif est respecté par le Conseil du réseau de santé publique, le Conseil des médecins hygiénistes en chef pour le Canada et la Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, qui réunissent des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, et par le Forum des professionnels de la santé, nouvellement créé par l'administratrice en chef de la santé publique, qui inclut des organisations non gouvernementales (ONG).

Dans le cadre de son mandat, l'ASPC a la responsabilité supplémentaire de recueillir des données sur plusieurs maladies à déclaration obligatoire et d'autres données de santé publique pertinentes, en collaboration avec les provinces et les territoires.

Dans l'immédiat, la lettre de mandat²⁹ de l'actuelle ministre fédérale de la Santé (2019) définit ainsi ses principales responsabilités en matière de santé publique : faire augmenter le taux de vaccination; réglementer la publicité sur les aliments et boissons

Tableau 1. Sommaire des normes et des programmes de santé publique centraux de quatre provinces canadiennes

| | |
|--|--|
| <p>COLOMBIE-BRITANNIQUE³¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modes de vie sains (alimentation saine, activité physique, arrêt du tabac, etc.) et communautés en santé (sécurité alimentaire, promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux, prévention des maladies chroniques) 2. Santé de la mère, de l'enfant (développement sain) et de la famille 3. Santé mentale et prévention des méfaits de la consommation de substances 4. Prévention des maladies transmissibles 5. Prévention des blessures (blessures non intentionnelles, violence, négligence) 6. Santé environnementale (qualité de l'air, qualité de l'eau, salubrité des aliments, santé des milieux communautaires, établissements de soins de santé) 7. Gestion des urgences sanitaires publiques (préparation, intervention, rétablissement, atténuation) | <p>ONTARIO^{32*}</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention des maladies chroniques et bien-être 2. Salubrité des aliments 3. Milieux sains 4. Croissance et développement en santé 5. Immunisation 6. Prévention et contrôle des maladies infectieuses et transmissibles 7. Salubrité de l'eau 8. Santé en milieu scolaire 9. Consommation de substances et prévention des blessures 10. Norme fondamentale incluant la gestion des situations d'urgence, la surveillance et l'équité en santé |
| <p>QUÉBEC³³</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2. Développement global des enfants et des jeunes 3. Adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires 4. Prévention des maladies infectieuses 5. Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires | <p>NOUVELLE-ÉCOSSE³⁴</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Norme fondamentale incluant la compréhension, l'égalité en matière de santé et la justice sociale, le développement de la main-d'œuvre de la santé publique, la gestion des urgences de santé publique et le développement de l'infrastructure du système de santé 2. Développement sain des nourrissons, des enfants, des jeunes et des familles 3. Communautés en santé dans divers contextes (milieu de travail, école, maison, etc.) et divers environnements (social, économique, physique) 4. Prévention et contrôle des maladies transmissibles 5. Santé environnementale |

* Le 26 février 2019, le gouvernement de l'Ontario a annoncé une restructuration des services de santé de la province, dont la réduction du nombre de bureaux de santé publique, pour réaliser des économies de coûts. Ces changements pourraient toucher les programmes et services de santé publique actuellement offerts par la province.

destinée aux enfants; réglementer les gras trans et le sel dans l'alimentation; et améliorer l'étiquetage des sucres et des colorants ajoutés aux aliments. La ministre assume également la gestion de la crise des opioïdes et a soutenu l'élaboration de la loi et du règlement sur le cannabis. Les mesures législatives liées aux déterminants sociaux de la santé (comme le logement et la réduction de la pauvreté) et aux changements climatiques incombent à d'autres ministères, mais la ministre de la Santé peut y jouer un rôle de soutien.

Responsabilités des provinces et des territoires

Les lois provinciales et territoriales sur la santé publique définissent les fonctions de base de la santé publique dans chaque sphère de compétence, et plusieurs décrivent les rôles et les responsabilités d'une fonction exécutive chapeautant le secteur de la santé publique (administrateur/administratrice en chef de la santé publique, médecin hygiéniste en chef, directeur/directrice de la Santé ou directeur national/directrice nationale de santé publique, selon la province ou le territoire). Chaque loi précise différentes responsabilités à exercer; nous présentons un sommaire de ces exigences législatives

à l'annexe 1. D'autres exigences peuvent être ajoutées à la demande du ministre ou de la ministre de la Santé de la province ou du territoire. Un examen des documents législatifs montre que chaque province ou territoire définit à sa façon les activités de base de ses programmes de santé publique. En général, les administrations qui ont des lois récentes tiennent compte de tout l'éventail des fonctions essentielles de la santé publique, mais les lois plus anciennes sont moins précises en ce qui a trait à ces fonctions.

Les fonctions de la santé publique dépassent souvent ces exigences minimales en raison des mécanismes administratifs qui appuient les lois. Ces exigences varient d'une administration à l'autre et sont appliquées à l'échelle municipale ou régionale dans chaque province ou territoire en ce qui concerne la prestation des programmes. Nous présentons au tableau 1 les programmes centraux exigés dans quatre provinces, et à l'annexe 2, une liste de documents d'accompagnement qui décrivent les fonctions des organismes de santé publique provinciaux et territoriaux. Une liste des organismes qui appuient ces fonctions à l'échelle provinciale-territoriale a été organisée et préparée; elle est publiée sur un site Web financé par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé³⁰. Signalons que les lois et les documents connexes décrivent les services requis, mais que les structures organisationnelles nécessaires à la prestation des services sont du ressort de l'appareil gouvernemental[¶].

En outre, le tableau 2 présente un sommaire des responsabilités de chaque haut fonctionnaire fédéral, provincial et territorial responsable de la santé publique, d'après les lois respectives, et les compare aux fonctions décrites dans le rapport Naylor. La diversité des responsabilités de ces hauts fonctionnaires donne une idée des écarts considérables entre les systèmes de santé publique du

¶ « L'appareil gouvernemental » désigne les structures et les processus interreliés du gouvernement, comme les fonctions et les responsabilités des ministères au sein du pouvoir exécutif.

Canada. Les exigences en question ont été décrites en plus de détails dans un récent article³⁵. Les fonctions requises varient selon l'administration, et les lois provinciales du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador⁸ ne décrivent pas explicitement les rôles de ce haut fonctionnaire^{**}. Cette disparité des pouvoirs et des responsabilités pourrait être une pierre d'achoppement. Les fonctions de la santé publique qui sous-tendent ces pouvoirs peuvent en effet être sujettes elles aussi à des réorganisations qui reflètent le mandat législatif de la santé publique, par opposition au mandat qu'elle a assumé par des voies non législatives. Les mêmes préoccupations ont été exprimées au sujet des rôles et des responsabilités des organismes de santé publique locaux et régionaux et de ceux des médecins hygiénistes locaux, mais on en sait très peu sur l'évolution de ces rôles. Une enquête systématique à ce sujet pourrait donner une idée de l'évolution des fonctions de la santé publique et constituer le fondement d'une reconsidération de l'orientation future et de l'organisation de ses mécanismes de prestation. De façon générale, il faudrait moderniser les lois et les documents d'orientation sur la santé publique existants en fonction des activités actuelles tout en leur donnant la souplesse voulue pour qu'il soit possible de relever les défis futurs aux paliers FPT et à l'échelle municipale et régionale.

De temps à autre, les gouvernements modifient les budgets ministériels ou les structures organisationnelles pour diverses raisons :

- Par esprit de parti, pour respecter des objectifs et des promesses à court terme;
- Pour ajouter de nouveaux programmes;
- Pour renforcer des programmes existants;
- Pour modifier des programmes établis;

** La loi sur la protection et la promotion de la santé publique de Terre-Neuve-et-Labrador (*Newfoundland and Labrador Public Health Protection and Promotion Act*) sera promulguée le 1^{er} juillet 2019. Elle prévoit des responsabilités révisées pour la santé publique, dont une démarche de « santé dans toutes les politiques », et élargit le rôle et les responsabilités du médecin hygiéniste en chef.

Tableau 2. Fonctions du haut fonctionnaire responsable de la santé publique dans les lois sur la santé publique

| Province/Territoire | Fonctions du médecin hygiéniste en chef* dans les lois FPT | | | | | Autres |
|--|--|----|-------|-----|-------|--|
| | ÉSP | SS | PromS | PMB | ProtS | |
| Canada <i>(Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada, L.C. 2006, ch. 5) (administratrice en chef de la santé publique)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Conseiller le ministre et la présidente de l'Agence de la santé publique du Canada au sujet des questions de santé publique Collaborer avec les gouvernements et les fonctionnaires et organismes de santé publique du Canada et de l'étranger dans les dossiers de santé publique |
| Alberta <i>(Public Health Act, RSA 2000, c. P-37)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Servir d'intermédiaire du gouvernement Surveiller les offices régionaux de la santé, les médecins hygiénistes et les cadres supérieurs et leur donner des directives |
| Colombie-Britannique <i>(Public Health Act, SBC 2008, c. 28)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Conseiller le ministre et les fonctionnaires de la Santé Établir des normes de pratique pour les directeurs de la Santé et leur donner des directives |
| Manitoba <i>(Loi sur la santé publique, c. P210 de la C.P.L.M.)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Conseiller le ministre en matière de santé publique, de sa propre initiative ou à la demande du ministre Consulter le ministre sur tout autre rapport que le médecin hygiéniste en chef juge bon de préparer et de diffuser Donner des directives aux fonctionnaires de la santé |
| Nouveau-Brunswick <i>(Loi sur la santé publique, LN-B 1998, ch. P-22.4)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef ne sont pas clairement énoncées dans la Loi sur la santé publique |
| Terre-Neuve-et-Labrador <i>(Health and Community Services Act, SNL 1995, c. P-37.1)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef ne sont pas clairement énoncées dans la Health and Community Services Act Ces responsabilités seront élargies quand la Public Health Protection and Promotion Act entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2019 |
| Territoires du Nord-Ouest <i>(Loi sur la santé publique, L.T.N.-O. 2007, ch. 17 TR-007-2009)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Surveiller le sous-administrateur en chef de la santé publique et les administrateurs de la santé publique et leur donner des directives Présenter des recommandations au ministre dans les situations d'urgence sanitaire publique |
| Nouvelle-Écosse <i>(Health Protection Act, SNS 2004, c. 4)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Surveiller le médecin hygiéniste en chef adjoint et les médecins hygiénistes et leur donner des directives sur l'exercice de leurs pouvoirs ou de leurs tâches en vertu de la Health Protection Act |
| Nunavut <i>(Loi sur la santé publique, L.Nun. 2016, ch. 13)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Présenter des recommandations au ministre dans les situations d'urgence sanitaire publique Nommer l'administrateur en chef de la santé publique et donner des directives ou des instructions aux fonctionnaires publics nommés sous le régime de la Loi sur la santé publique Conseiller le gouvernement et les autorités sanitaires du Nunavut au sujet des questions de santé publique |
| Ontario <i>(Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, ch. H.7)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Donner des directives aux conseils de santé locaux ou aux médecins hygiénistes sur les maladies infectieuses, les dangers pour la santé, la préparation aux situations d'urgence en santé publique ou sur toute autre question définie par le ministre dans la réglementation |
| Île-du-Prince-Édouard <i>(Public Health Act, RSPEI 1988, c. P-30.1)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Conseiller le lieutenant-gouverneur en conseil et le ministre lors des urgences sanitaires publiques |
| Québec <i>(Loi sur la santé publique, RLRQ 2001, c S-2.2)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Appuyer le ministre dans toutes les matières liées à la santé publique, dont les urgences sanitaires; peut donner des ordres quand un état d'urgence sanitaire est déclaré Coordonner, avec les directeurs de santé publique régionaux, le programme national de santé publique |
| Saskatchewan <i>(The Public Health Act, SS 1994, c. P-37.1)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Consulter les médecins hygiénistes et leur donner les approbations nécessaires à l'émission d'ordonnances pour réduire ou éliminer un risque sanitaire dans l'intérêt de la santé et du bien-être de la population |
| Yukon <i>(Loi sur la santé et la sécurité publiques, LRY 2002, ch. 176)</i> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> S'acquitter de toute autre responsabilité que lui confie un texte de loi ou le ministre |

* Le titre de médecin hygiéniste en chef (MHC) varie d'une province et d'un territoire à l'autre au Canada. C'est le terme le plus couramment employé (en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador), et nous l'utilisons ici pour désigner les rôles de ce haut fonctionnaire, par opposition à d'autres titres, comme ceux d'administrateur ou d'administratrice en chef de la santé publique (à Île-du-Prince-Édouard et au palier fédéral), de directeur ou de directrice de la Santé (en Colombie-Britannique) et de directeur national ou directrice nationale de santé publique (Québec).

ÉSP = Évaluation de la santé de la population; SS = Surveillance de la santé; PromS = Promotion de la santé; PMB = Prévention des maladies et des blessures; ProtS = Protection de la santé

- Pour accroître l'efficacité ou réduire le travail en double et les chevauchements;
- Pour éliminer les programmes jugés infructueux ou qui en sont à la fin de leur cycle de vie.

Des programmes peuvent aussi être modifiés de temps à autre par des bureaucrates parce qu'ils sont bien établis et qu'ils n'ont plus besoin des mêmes niveaux de ressources; parce qu'ils ont donné—ou qu'ils ne donnent pas—les résultats prévus; parce que les intérêts du gouvernement ne correspondent plus aux objectifs du programme; ou parce que des modifications sont nécessaires pour répondre à des besoins immédiats (p. ex. lutter contre une épidémie de maladie infectieuse).

Comme nous l'avons mentionné, la réorganisation des services de santé publique dans certaines provinces et certains territoires et l'effet possible de ces changements (souvent vus comme des compressions) sur l'autorité du médecin hygiéniste en chef ou du poste équivalent suscitent des craintes⁵⁻⁷. Celles-ci se reflètent au palier local ou régional et dans le rôle des médecins hygiénistes locaux. On craint aussi que les compressions budgétaires dans certaines sphères de compétence n'affaiblissent la capacité d'obtenir les résultats escomptés, et que le réalignement des services d'une perspective locale à une perspective régionale ne nuise à la prestation des services de proximité. Cette section porte sur les réorganisations des systèmes de santé publique, mais on sait que les démarches de renouvellement de l'ensemble du système de santé peuvent avoir des effets directs et indirects sur l'élaboration et la prestation des programmes de santé publique—et sur leurs budgets—à l'échelle provinciale et sur la prestation de ces programmes à l'échelle locale.

Un sommaire des réorganisations récentes des systèmes de santé provinciaux et territoriaux est présenté à l'annexe 3. Chaque réorganisation est propre à la province ou au territoire où elle a eu lieu,

mais chacune a entraîné un réalignement des services de santé publique, soit à l'intérieur des structures organisationnelles de la province ou du territoire, soit dans les organismes municipaux ou régionaux. Certaines ont été accompagnées de compressions budgétaires, d'autres non. Les raisons communément citées pour ces réorganisations sont le réalignement des responsabilités en vue de réaliser des économies d'échelle, d'améliorer les services au palier régional et local et de réduire les coûts. Il est reconnu que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont le pouvoir d'organiser et de soutenir les programmes comme ils le jugent bon. Reste à savoir si ces réorganisations donnent ou non les résultats escomptés ou si, au contraire, ces changements sapent les fonctions de base de la santé publique. Beaucoup sont récentes, et il n'y a pas encore suffisamment de données pour en évaluer les effets.

Une stratégie possible pour évaluer la réorganisation des services de santé publique dans des provinces et des territoires en particulier pourrait être d'examiner l'effet possible des changements sur les lacunes systémiques cernées dans le rapport de la Commission Naylor. Nous avons besoin de systèmes de santé publique dotés des capacités qu'il faut pour combler ces lacunes, et l'introduction de compressions budgétaires rend difficile d'apporter les améliorations nécessaires. Une première analyse des réorganisations provinciales et territoriales selon ces critères est présentée à l'annexe 4; une évaluation officielle fournirait cependant des informations plus complètes.

Il semble que c'est l'efficacité du système qui souffrira le plus des compressions dans les ressources humaines et financières. Les réorganisations pourraient toutefois contribuer à améliorer l'efficacité et les communications et à favoriser une démarche de « santé dans toutes les politiques ». L'analyse est compliquée par les effets des réorganisations structurelles, de la réduction des effectifs et des compressions budgétaires sur le moral des employés,

l'efficacité des programmes et la disponibilité d'une masse critique de ressources humaines et financières pour exécuter les fonctions nécessaires^{36,37}. Ces effets peuvent cependant être atténués en instaurant un climat centré sur l'avenir (c.-à-d. propice aux changements avant leur concrétisation)³⁸ ou en réduisant les activités de programme en fonction des niveaux de ressources humaines et financières. Une évaluation plus poussée serait nécessaire pour tirer des conclusions sur l'effet des réorganisations récentes sur l'efficacité du système de santé publique et sur la santé du public.

REGARD VERS L'AVENIR

Il importe de rester vigilants pour répondre aux problèmes de santé publique existants, mais il faut aussi étudier les changements scientifiques et sociétaux pouvant influencer la pratique en santé publique. En 2014, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada considérait que les risques pour la santé dus aux changements climatiques, aux innovations techniques et au vieillissement de la population constituaient les principaux problèmes dans le contexte émergent de la santé publique³⁹. Le rapport indiquait aussi qu'il fallait insister sur le maintien des principes de la santé publique et renforcer nos rôles de collaborateurs et de coordonnateurs quand des mesures intersectorielles sont entreprises. Planifier la réussite impliquerait le maintien de l'appui aux activités traditionnelles de promotion des politiques à tous les ordres de gouvernement, combiné à un investissement dans de vigoureux programmes de recherche et de surveillance. De tels facteurs influenceront sur l'organisation des services de santé publique et sur l'exécution de leurs fonctions. Dans les paragraphes suivants, nous faisons ressortir des thèmes et des problèmes choisis qui influencent ou pourraient influencer les activités futures des systèmes de santé publique.

Un environnement en mutation

Les déterminants écologiques de la santé sont expliqués dans un récent document de travail de l'Association canadienne de santé publique⁴⁰. Il est clair que la santé et la durabilité de l'environnement sont liées à la santé mentale et physique des humains. Ce lien est encore plus évident quand les changements climatiques, qui sont peut-être notre problème le plus criant, sont examinés dans une optique de santé publique. On les a qualifiés de « plus grave menace à la santé du monde au XXI^e siècle⁴¹ » : « les effets des changements climatiques se font déjà sentir, et selon les extrapolations futures, ils présentent un risque intolérablement élevé et potentiellement catastrophique pour la santé humaine⁴² ». Entre autres exemples, les effets des événements météorologiques exceptionnels résultant des changements climatiques sont : la chaleur extrême, qui touche directement les aînés, les jeunes enfants, les personnes mal logées et d'autres populations vulnérables; la fréquence accrue d'événements météorologiques exceptionnels nécessitant des mesures et interventions d'urgence; et les changements dans les tendances historiques des maladies infectieuses (virus du Nil occidental, maladie de Lyme, paludisme, virus Zika) et leurs effets sur la surveillance des maladies et la protection de la santé. De même, les changements dans les conditions atmosphériques pourraient nuire à la production alimentaire et, par extension, à la sécurité alimentaire. L'énormité du problème et la nécessité d'agir immédiatement ont été décrites dans un rapport récent⁴³. Ces effets influenceront aussi sur le bien-être psychologique et la santé mentale : comme les gens se sentent de plus en plus submergés par la complexité du problème, on assiste à une hausse des syndromes de « psychoterratie^{††} »⁴⁴. Les services de santé publique doivent se préparer aux résultats de

^{††} La « psychoterratie » est une maladie qui découle d'une relation négative avec le milieu de vie à l'échelle locale, régionale ou mondiale. Cette relation négative implique une perte d'identité, une perte du sens endémique du lieu et une réduction du bien-être. Consultez le [site Web](#) pour en savoir plus.

ces changements pour pouvoir y réagir, mais leur influence stratégique sur les causes fondamentales des changements climatiques est limitée. De tels leviers appartiennent plutôt aux organismes chargés des politiques environnementales, de la croissance économique et des politiques fiscales. Des problèmes semblables sont à prévoir dans l'élaboration d'interventions face à d'autres menaces pour notre environnement et pour la santé de la population.

Une économie en mutation

Les économies occidentales, autrefois basées sur l'industrie, le sont maintenant sur la gestion de l'information et sur d'autres technologies avancées qui transformeront la nature du travail. L'intégration de l'automatisation dans les centres de fabrication, par exemple, a modifié les habiletés et les compétences nécessaires à l'exploitation de ces centres tout en réduisant le nombre d'emplois traditionnellement occupés par la classe moyenne. Elle déstabilise aussi l'accès au travail dans certains segments de la société canadienne, ce qui peut toucher la qualité de vie, le bien-être mental et la disponibilité de revenus, de logements et d'aliments adéquats. Dans l'ensemble, la nature du travail change, et certains de nos concitoyens en subiront les contrecoups. L'accès à des revenus, des logements et des aliments adéquats influence directement la santé et le bien-être; les gens à l'extrémité supérieure du gradient social (dont les revenus, les logements et les aliments sont adéquats) sont généralement en meilleure santé que les gens à l'autre extrémité. La sécurité du revenu⁴⁵ et du logement⁴⁶ ont fait l'objet de déclarations de principes par la Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle, et la sécurité alimentaire⁴⁷ a été abordée par les Diététistes du Canada. Les leviers stratégiques pour résoudre ces questions relèvent d'autres ministères que ceux de la Santé. Au palier fédéral, ce sont les Finances, les Infrastructures et l'Agriculture et l'Agroalimentaire, respectivement. Or, les réussites des programmes de sécurité du

logement, de l'alimentation et du revenu influencent directement la santé des citoyens qui y font appel. Le rôle du secteur de la santé publique devrait donc être double : d'abord, montrer la voie en préconisant des démarches novatrices pour aborder ces problèmes, et ensuite, fournir des informations sur l'allègement du fardeau des maladies résultant de ces innovations (et d'autres).

Des technologies en mutation

La mise au point et l'introduction de matériaux de pointe et de nouvelles technologies et l'élargissement des systèmes de gestion de l'information sont en train de modifier notre économie, ce qui aura des incidences sur les soins de santé et les services de santé publique. Les avancées de la génomique et l'introduction de la technique du « groupement d'éléments palindromiques et d'espaceurs » (CRISPR), par exemple, permettront de mieux comprendre les bases génétiques des maladies et, potentiellement, de mettre au point des traitements individualisés. Il est possible que cette démarche médicale personnalisée réduise la mortalité et la morbidité tout en améliorant la durée et la qualité de la vie, et par conséquent la demande de services de santé publique. La technologie pourrait aussi donner des indices sur les causes fondamentales des problèmes de santé publique de longue date, comme les cardiopathies et l'obésité, bien que leurs conséquences pour la santé publique ne soient pas encore définies. Les progrès techniques ne combleront probablement pas les écarts de santé cependant, car les membres de la société n'y auront pas un accès égal. Ce sont d'autres signes de l'évolution de la relation entre la prestation des soins de santé et la santé publique et de la mise au point de stratégies qui pourraient mener à des méthodes de santé publique clinique.

La technologie de pointe pourrait aussi influencer la pratique en santé publique. L'application de l'intelligence artificielle et la manipulation de données

massives influent sur les méthodes de surveillance et d'épidémiologie, car notre capacité d'explorer les fils d'informations, dont les médias sociaux, pourrait permettre de déceler rapidement les éclosions de maladies et d'intervenir de façon ciblée. La difficulté, pour les systèmes de santé publique, sera de repérer les technologies qui fonctionnent ou qui promettent de fonctionner, de les mettre en œuvre et de les incorporer dans la pratique, puis d'en évaluer l'efficacité.

Une population en mutation

Pour la première fois de l'histoire du pays, le nombre de Canadiens de 65 ans et plus dépasse celui des jeunes (18 ans et moins), ce qui a des répercussions sur la combinaison de programmes nécessaire pour répondre aux besoins des aînés tout en continuant de répondre à ceux des enfants et des jeunes.

Ce choc démographique s'accompagne d'une hausse de l'incidence des maladies mentales au Canada⁴⁸. De même, les enfants et les jeunes affichent une moindre résilience que les générations précédentes. La responsabilité de réagir à ces difficultés appartient dans une large mesure aux professionnels de la santé mentale, mais un corpus croissant d'études⁴⁹ appuie l'instauration de stratégies populationnelles de bien-être mental en amont. De telles stratégies jetteraient des bases psychologiques et affectives susceptibles de faire diminuer l'incidence et la prévalence des maladies mentales d'influence sociétale et d'améliorer la résilience personnelle des jeunes, leur donnant ainsi les meilleures chances de réussir leur vie adulte.

Il importe en particulier de trouver des stratégies pour répondre aux besoins des peuples autochtones là où le racisme, la colonisation, le génocide et la violence structurale ont séparé les Premières Nations, les Inuits et les Métis de leurs terres, de leur culture, de leur spiritualité, de leurs langues et de leurs systèmes économiques et gouvernementaux traditionnels et

érodé les structures familiales et sociales. Les effets de ces actions sont décrits, en partie, dans le rapport de la Commission de vérité et réconciliation⁵⁰ et les Appels à l'action associés⁵¹. Le défi pour les praticiens de la santé publique sera de tisser les liens nécessaires avec ces peuples pour devenir des partenaires de confiance sur la voie de la réconciliation.

La diversité croissante de la population canadienne et l'influence du statut socioéconomique sur la santé présentent un autre défi. On sait que les personnes au bas du gradient social sont plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats sanitaires que celles à l'autre extrémité, et que les personnes de couleur et les peuples autochtones sont surreprésentés au bas du gradient social. Selon une étude, 76 % des enfants de moins de 5 ans vivant dans des ménages à faible revenu à Toronto sont membres de minorités visibles⁵². Des mesures sont nécessaires pour aborder ces disparités, comme l'établissement de programmes pour contrer l'insécurité alimentaire et financière et la précarité du logement.

Ces chocs démographiques sont accentués par la masse d'informations disponibles, par le manque de culture scientifique de la population et par la façon dont les Canadiens obtiennent et interprètent les données. L'habitude croissante de faire des recherches sur Internet pour trouver des informations sur la santé avant de consulter un médecin soulève des questions quant à la qualité des informations disponibles et à leur influence sur les décisions. De même, les assertions trompeuses ou la dissémination d'informations incorrectes donnent lieu à de moins bonnes décisions en matière de santé. Ces difficultés sont accentuées par l'influence des médias sociaux, où les inquiétudes exprimées par des commentateurs influents (p. ex. les militants antivaccins) peuvent entraîner des décisions qui limitent certaines activités favorables à la santé⁵³. La difficulté ici est de comprendre l'influence des médias sociaux sur les

décisions personnelles et d'élaborer des stratégies de promotion de la santé pour y faire contrepoids.

Un défi sous-jacent posé par ces facteurs d'influence sur la pratique future en santé publique est qu'ils alimentent eux aussi le passage d'une pratique fondée sur la réaction aux problèmes de santé publique concrets, à l'aide de leviers stratégiques s'inscrivant dans le mandat de la santé (assainissement, vaccination, amélioration des habitudes de vie), à une pratique où les systèmes de santé publique doivent réagir aux problèmes sans disposer des leviers nécessaires (finances, justice et services sociaux). Les praticiens de la santé publique devront donc développer leurs rôles de coordonnateurs et de collaborateurs tout en continuant à montrer la voie dans les domaines de leur ressort. À ces rôles s'ajoute la nécessité de renforcer notre capacité de travailler avec et de gérer des systèmes adaptatifs complexes qui exigent l'intégration de personnes ayant les responsabilités, les habiletés, les compétences, les pouvoirs de décision et l'intérêt nécessaires pour réussir.

UNE DÉMARCHE ÉVOLUTIVE

Depuis ses débuts, le système de santé publique fonde ses interventions sur des pratiques éclairées par les données probantes, ce qui permet aux organismes qui emploient les professionnels de la santé publique de revendiquer leur place dans la réponse aux besoins de la population canadienne. Cela donne aussi des organismes robustes qui ont évolué pour s'acquitter de nouvelles responsabilités. Cette capacité d'évoluer doit être maintenue pour que les systèmes de santé publique puissent répondre aux problèmes actuels et futurs. La difficulté est de déterminer si les structures existantes sont conçues et financées pour combler les attentes présentes et à venir des Canadiens et pour exercer les fonctions de base de la santé publique. Le *Comité consultatif national sur le*

SRAS et la santé publique a présenté une liste de six fonctions de base que doivent exercer les organismes de santé publique pour répondre aux besoins du gouvernement pour lequel ils travaillent, fournir les services nécessaires à la protection et à la promotion de la santé, et maintenir et améliorer la qualité de vie de la population. Ces fonctions ont été réitérées dans le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada en 2008⁵⁴. Les programmes et les politiques doivent être soutenus par des capacités de recherche en santé publique pour qu'il soit possible de repérer les problèmes de santé publique, d'appuyer l'élaboration de politiques et de programmes, et d'en évaluer les résultats. Les infrastructures et les démarches employées pour mettre ces principes en pratique doivent évoluer avec les besoins du gouvernement. Il faut donc respecter l'intégrité des programmes toujours efficaces, modifier ceux qui ont besoin de l'être et ajouter de nouvelles fonctions s'il y a lieu.

En plus de ces exigences, plusieurs mesures législatives décrivent les rôles et les responsabilités d'un haut fonctionnaire de la santé publique. Dans notre milieu, beaucoup de gens considèrent que cette personne devrait avoir à la fois la capacité de commenter les mesures prises par le gouvernement pour influencer la santé publique et indiquer où investir pour résoudre les problèmes de santé publique, et les pouvoirs nécessaires à l'administration et à la gestion d'un grand organisme gouvernemental. Cette position repose sur la notion d'*indépendance*, qui veut que le rôle d'un haut fonctionnaire de la santé publique soit précisé dans la loi fédérale et dans certaines lois provinciales et territoriales. Son indépendance procure à ce fonctionnaire la capacité d'agir au besoin en tant que médecin exerçant la fonction d'administrateur en chef de la santé publique au sein du gouvernement et de se prononcer sur la santé de la population. Une telle indépendance est inhabituelle dans l'appareil étatique; elle se démarque des exigences et des contraintes auxquelles sont

astreints les autres hauts fonctionnaires. Tous les cadres supérieurs de l'État (y compris ceux de la santé publique) ont toutefois la responsabilité de donner les meilleurs conseils possibles, puis d'appliquer les décisions du gouvernement.

Il existe donc ainsi une tension spécifique au rôle d'un haut fonctionnaire de la santé publique, qui doit concilier sa capacité de commenter les activités du gouvernement tout en s'acquittant de ses responsabilités de cadre supérieur de l'État. Le défi d'un administrateur en chef de la santé publique, là où ce poste existe, est de préserver son indépendance tout en tissant des relations appropriées avec les autres hauts fonctionnaires. Cette dichotomie pourrait être prise en compte par divers mécanismes gouvernementaux : la séparation du rôle de conseiller indépendant de celui de cadre supérieur; l'élaboration d'une démarche de « santé dans toutes les politiques »; l'expérimentation de politiques d'administration publique; et le réexamen de la prestation des services de santé publique et de son intégration dans les structures étatiques. Il existe une tension similaire dans les rôles d'un médecin hygiéniste local, qui doit concilier sa responsabilité de répondre aux attentes de l'administration locale tout en préservant son indépendance comme défenseur de la santé publique.

La supervision d'une main-d'œuvre de santé publique à forte mixité devrait être assurée par un responsable de la santé publique (p. ex. un médecin hygiéniste local) chargé de faire respecter la loi provinciale ou territoriale sur la santé publique, habilité à diriger les activités du personnel et capable de gérer ce personnel durant les interventions de santé publique. Sans ce pouvoir de gestion intégré, il est possible que le personnel perde de vue la perspective de santé publique et des populations qui devrait guider son travail, ou que les pressions systémiques mènent à des

compressions dans les programmes sans égard aux conséquences.

L'un des thèmes récurrents des efforts déployés par les gouvernements provinciaux pour refondre leurs systèmes de santé a été de reconnaître l'intérêt de situer les services dans leur milieu local. Les services de proximité sont vus comme des moyens d'améliorer la qualité de vie et d'éviter les soins hospitaliers. Une telle démarche a souvent pour résultat de jumeler la santé publique et les soins primaires/ de proximité. Ce sont deux aspects importants, car les soins primaires peuvent conseiller aux gens de changer leurs comportements, mais il doit y avoir un milieu favorable, à l'extérieur du cabinet du médecin, pour que ces changements comportementaux puissent se produire. Par ailleurs, des activités de recherche populationnelle et d'élaboration des programmes nécessaires à la détection et à la résolution des problèmes doivent être menées. Ce dernier rôle est du ressort de la santé publique. La limitation du périmètre de la pratique en santé publique par le recours à une combinaison de soins primaires et de soins de proximité a été signalée⁵, et l'expérience du personnel infirmier de santé publique de la Colombie-Britannique a été citée comme exemple de ce problème⁵⁵. La cause en a été imputée à l'aménagement mal conçu des services de santé publique traditionnels au sein des structures organisationnelles remaniées.

Des avantages au renforcement des relations entre la santé publique et les soins primaires ont toutefois aussi été notés. Il est prouvé que de telles collaborations élargissent l'accès aux programmes et aux services de promotion de la santé et de prévention des maladies et font baisser les coûts des programmes de vaccination en réduisant le gaspillage⁵⁶. De même, on trouve des exemples de réaligement des fonctions de santé publique avec des fonctions non liées à

la santé, comme la migration récente des agents d'hygiène du milieu des organismes de santé publique du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse vers d'autres organismes. Le succès de ces réalignements tient à l'établissement de liens, d'accords et d'indicateurs d'efficacité pour préserver les volets de santé publique des programmes. De même, le personnel touché doit être consulté et pris en charge comme il se doit durant la transition.

La santé publique est une responsabilité de l'État, assujettie aux restrictions imposées aux organismes gouvernementaux. Elle doit respecter les mandats prévus dans les lois, les règlements et les documents d'orientation au palier fédéral, provincial-territorial et municipal ou régional. Les mécanismes pour s'acquitter de ces mandats sont cependant du ressort des gouvernements élus et des fonctionnaires dont ils orientent les actions. La situation est d'autant plus compliquée que la santé publique offre à l'ensemble de la population une fonction unique, souvent étroitement alignée à la prestation des soins actifs et des services de soins de santé primaires aux particuliers. Dans l'appareil gouvernemental, la difficulté consiste à déterminer si les systèmes de santé publique ont la structure et la souplesse nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs; à distinguer la prestation des services de santé publique de celle des soins actifs et des soins de santé primaires; et à déterminer où les principaux services de santé publique devraient être hébergés. Devraient-ils demeurer au sein d'un organisme unique ou être répartis dans une base de structures gouvernementales? S'il est décidé de les répartir, quels contrôles existe-t-il dans le système pour préserver la cohérence, l'efficacité et l'efficacité des programmes tout en répondant au besoin de limiter la taille du gouvernement et de démontrer aux Canadiens que les ressources sont utilisées de façon optimale? Les réponses à ces questions dépendent de la définition du but de la réorganisation et de l'évaluation réfléchie des résultantes possibles, assorties d'une bonne

compréhension du rôle des fonctionnaires de la santé qui travaillent au sein de l'État à offrir les meilleurs conseils possibles, puis à mettre en œuvre les décisions du gouvernement ou de l'autorité sanitaire.

L'évolution du contexte social, environnemental et économique exerce aussi une influence sur les problèmes à résoudre et la façon de les résoudre. Ces contextes en pleine évolution ont donné lieu à une série de problèmes « pernicieux^{††} » exigeant des solutions complexes qui font appel aux habiletés et aux compétences de plusieurs ministères ou services, à tous les ordres de gouvernement, pour élaborer et appliquer des interventions et suivre les progrès accomplis. La santé publique joue un rôle unique dans ce système complexe, basé sur ses domaines fonctionnels, sur les compétences essentielles de ses professionnels et sur son rôle de coordination et de collaboration. De par ses activités de surveillance et de recherche et sa perspective intersectorielle à long terme en matière de santé, elle est bien placée pour comprendre les forces sociales et écologiques qui s'exercent sur la santé des populations. Parfois, les services de santé publique jouent un rôle directeur; dans d'autres situations, ils appuient des initiatives plus vastes. Des efforts ont été déployés en Europe pour revoir l'organisation et le financement des services de santé publique⁵⁷. L'approche choisie pourrait servir de point de départ à l'examen de la prestation de ces services au Canada, bien que les différences juridiques, politiques et culturelles entre le Canada et l'Europe en limitent les possibilités d'application directes.

Pour s'acquitter de leur rôle unique au Canada, les organismes de santé publique doivent revoir leurs méthodes et leurs démarches de travail au sein de

†† Un problème pernicieux est défini comme étant un problème complexe auquel il n'existe pas de solution simple, ou un problème social ou culturel difficile ou impossible à résoudre en raison du caractère incomplet ou contradictoire des connaissances, du nombre de gens ou d'opinions en cause, de la lourdeur du fardeau économique et/ou de l'interdépendance du problème avec d'autres.

systèmes gouvernementaux complexes en adoptant une démarche fondée sur la collaboration et, le cas échéant, en jouant un rôle directeur auprès des divers partenaires et acteurs; en faisant appel à leurs fonctions de base³⁰; et en renouvelant les démarches décrites plus haut^{15,58}. Dans le cadre des travaux passés, il reste plusieurs mesures fondamentales à prendre :

- Définir les rôles et les responsabilités à chaque palier du système (municipal, régional, provincial-territorial et fédéral);
- Moderniser et uniformiser les lois à l'échelle des provinces et des territoires;
- Créer les « courroies de transmission » appropriées;
- Analyser les données des systèmes d'information et de surveillance pertinents pour déceler les tendances à long terme et les problèmes immédiats;
- Coordonner l'accès aux spécialistes nécessaires et les encadrer afin d'exercer nos responsabilités de façon habile et efficiente dans les secteurs concernés;
- Soutenir adéquatement les capacités de recherche, de surveillance et d'épidémiologie;
- Élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de responsabilisation à tous les paliers du système.

Pour développer de telles relations, il faut veiller à :

- Clarifier l'interface entre les systèmes de soins primaires et de santé publique;
- Renforcer les capacités en lien avec les politiques de santé publique;
- Renforcer les fondements scientifiques des mesures de santé publique.

Ces rôles, responsabilité et relations soulignent la nécessité d'une démarche de « santé dans toutes les politiques » : la santé ne doit pas être exclusivement du ressort des ministères FPT de la Santé, mais s'inscrire dans les politiques de tous les autres

ministères⁵⁹. Dans un tel cadre, il faut créer des occasions d'aider les organismes de santé publique à atteindre leurs objectifs spécifiques⁴⁴ :

- Appliquer des démarches holistiques, interdisciplinaires, multisectorielles, d'amont et de renforcement des capacités au travail des organismes de santé publique;
- Offrir aux secteurs hors du système de santé des occasions de mener des programmes de santé publique et/ou d'y collaborer;
- Maintenir des actions concertées à l'égard de l'équité en santé et des déterminants sociaux et écologiques de la santé, de sorte que les services de santé publique soient intégrés dans le système gouvernemental complexe qui s'occupe de ces questions;
- Renforcer les capacités de réagir aux éclosions et aux problèmes qui touchent la santé publique;
- Continuer d'investir dans les fonctions de santé publique et des populations là où elles existent au sein des organismes gouvernementaux;
- Fournir des ressources suffisantes à la recherche et à l'évaluation de l'efficacité des interventions de santé publique menées à l'intérieur des structures de santé publique existantes et par des entités externes;
- Appuyer l'intégration continue des consultations locales dans la pratique en santé publique.

CONCLUSION

La santé commence là où les gens apprennent, travaillent, jouent et font l'amour, et les services de santé publique sont censés protéger, promouvoir et améliorer la santé de la population canadienne au moyen d'une approche populationnelle qui complète les services de soins actifs et primaires. Elle s'obtient en élaborant et en mettant en œuvre des programmes qui protègent et favorisent la santé, qui préviennent les maladies et qui réagissent aux situations difficiles.

Ces programmes sont éclairés par des données probantes, reposent sur des bases scientifiques solides, sont suffisamment évalués et abordent les aspects de santé publique des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé. Des gouvernements ont tenté dernièrement de maîtriser les coûts de leurs systèmes de santé en revoyant les méthodes de prestation et, dans certains cas, en réduisant les budgets. Ces changements pourraient éroder la santé publique si les fonctions qui lui appartiennent sont déplacées par les systèmes de soins actifs et primaires. Les gouvernements ont néanmoins le pouvoir de s'organiser comme ils le jugent bon pour respecter leur mandat constitutionnel et leurs lois respectives. Comme ils font partie de l'appareil gouvernemental, les organismes de santé publique doivent respecter leurs mandats, et il incombe aux professionnels qui y travaillent d'offrir les meilleurs conseils possibles, puis d'appliquer les décisions des gouvernements et des autorités sanitaires. Le défi consiste à réaffirmer le rôle particulier et important des services de santé publique au sein du système de santé, autrement dit de présenter des points de vue indépendants, éclairés par des données probantes, sur la santé des populations, de mener les interventions de santé publique actuelles et futures conformément à l'évolution des rôles et des responsabilités de la santé publique, et de conserver la capacité de faire face aux urgences sanitaires publiques.

REFERENCES

1. Association canadienne de santé publique (ACSP). [Une once de prévention : renforcer l'équilibre dans le cadre de la réforme des soins de santé](#), document de discussion du conseil d'administration de l'Association, Ottawa, mai 2000.
2. ACSP. [L'avenir de la santé publique au Canada](#), document de discussion du conseil d'administration de l'Association, Ottawa, octobre 2001.
3. Romanow, R.J. [Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada](#), rapport final, novembre 2002.
4. ACSP. [A Fine Balance: A Public Health Perspective on Health System Reform](#), présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, avril 2002.
5. Guyon, A., et R. Perreault. « [Public health systems under attack in Canada: evidence on public health system performance challenges arbitrary reform](#) », *Rev can santé publique*, vol. 107, n° 3 (2016), p. e326-e329.
6. Guyon, A., et coll. « [The weakening of public health: a threat to population health and health care system sustainability](#) », *Rev can santé publique*, vol. 108, n° 1 (2017), p. e1-e5.
7. ACSP et coll. [Lettre ouverte au ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick](#), Ottawa, l'Association, 12 octobre 2017.
8. Organisation mondiale de la santé (OMS). [Constitution de l'OMS : principes](#), s.d.
9. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). [Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?](#), l'Agence, 2013.
10. ACSP. [La santé publique : un cadre conceptuel](#), l'Association, 2017.
11. ACSP. [L'histoire de la santé publique au Canada](#), l'Association, 2010.
12. Lalonde, M. [Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail](#), 1974.
13. Santé Canada. [La promotion de la santé au Canada : étude de cas](#), 1997.
14. Santé et Bien-être social Canada. [La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé](#), 1986.
15. OMS. [Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa \(Canada\), 21 novembre 1986](#), 1986.
16. Ministres de la Santé. [Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens](#), 1994.
17. Santé Canada. [Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population— Document de travail](#), le Ministère, 1996.
18. Ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. [Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité. Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain](#), 2010.
19. Rootman, I., A. Pederson, K.L. Frohlich et S. Dupre. [Health Promotion in Canada, 4th edition: New Perspectives on Theory, Practice, Policy and Research](#), Canadian Scholars, Toronto et Vancouver, 2017.
20. Naylor, D. [Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada - rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique](#), 2003.
21. Kirby, M.J.L. [Réforme de la protection et de la promotion de la santé du Canada : Le temps d'agir](#), rapport au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, novembre 2003.
22. ASPC. [Compétences essentielles en santé publique au Canada](#), s.d.

23. Kirk, M., L. Tomm-Bonde et R. Schreiber. « [Public health reform and health promotion in Canada](#) », *Global Health Promotion*, vol. 21, n° 2 (2014), p. 15-22.
24. American Public Health Association (APHA). [Public Health is ROI](#), vidéo sur YouTube, 2013.
25. Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle (CCSP21). [La santé publique, c'est un excellent rendement de l'investissement](#), 2015.
26. Masters, R., E. Anwar, B. Collins, R. Cookson et S. Capewell. « [Return on investment of public health interventions: a systematic review](#) », *J Epidemiol Community Health*, vol. 71, n° 8 (2017), p. 827-834.
27. Goodell, S., J. Cohen et P. Neumann. [Cost Savings and Cost Effectiveness of Clinical Preventive Care](#), Robert Wood Johnson Foundation Policy Brief, 18 septembre 2009.
28. ASPC. [À propos de l'Agence—Mandat](#), 2016.
29. Canada. [Lettre de mandat de la ministre de la Santé](#), 2017.
30. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). [Profil structurel de la santé publique au Canada](#), s.d.
31. Colombie-Britannique. [BC's Guiding Framework for Public Health](#), 2017.
32. Ontario. [Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation](#), 2018.
33. Québec. [Programme national de santé publique 2015-2025](#), 2015.
34. Nouvelle-Écosse. [Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse 2011-2016](#), s.d.
35. Fafard, P., B. McNena, A. Suszek et S.J. Hoffman. « [Contested roles of Canada's chief medical officers of health](#) », *Rev can santé publique*, vol. 109, n° 4 (2018), p. 585-589.
36. Andrews, R., et G. Boyne. « [Structural change and public service performance: the impact of the reorganization process on English local government](#) », *Public Administration*, vol. 90, n° 2 (2012), p. 297-312.
37. Burke, R., et E.R. Greenglass. « [Effect of hospital restructuring on full time and part time nursing staff in Ontario](#) », *Int J Nurs Stud*, vol. 37, n° 2 (2000), p. 163-171.
38. Fay, D., H. Luhrmann et C. Kohl. « [Proactive climate in a post-reorganization setting: when staff compensate managers' weakness](#) », *Eur. J. of Work and Organizational Psychology*, vol. 13, n° 2 (2004), p. 241-267.
39. Administrateur en chef de la santé publique du Canada. [Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2014—La santé publique et l'avenir](#), 2014.
40. ACSP. [Les changements globaux et la santé publique : qu'en est-il des déterminants écologiques de la santé?](#), Ottawa, 2015.
41. Costello, A., M. Abbas, A. Allen et coll. « [Managing the health effects of climate change](#) », *The Lancet*, vol. 373, n° 9676 (2009), p. 1693-1733.
42. Whitmee, S., A. Haines, C. Beyrer et coll. « [Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of the Rockefeller Foundation - Lancet Commission on planetary health](#) », *The Lancet*, vol. 386, n° 10007 (2015), p. 1973-2028.
43. Canada. [Rapport sur le climat changeant du Canada](#), fruit d'une collaboration entre Environnement et Changement climatique Canada, Pêches et Océans Canada, Ressources naturelles Canada et des spécialistes universitaires canadiens, 2 avril 2019.
44. Weissbecker, I. (éd.). [Climate Change and Human Well-Being: Global Challenges and Opportunities](#), Springer, 2011.
45. CCSP21. [Le revenu de base](#), énoncé de position, 2017.
46. CCSP21. [Besoins impérieux de logement](#), énoncé de position, 2017.
47. Les Diététistes du Canada. [L'insécurité alimentaire des ménages](#), 2016.
48. Joubert, N., et J. Raeburn. « [Mental health promotion: What is it? What can it become?](#) », *Promoting Mental Health—Proceedings/Symposium of the Ayrshire Mental Health Promotion Conference*, M.K. Ross et C. Stark (éd.), 1998, p. 303-331.
49. Masters, R., E. Anwar, B. Collins, R. Cookson et S. Capewell. « [Return on investment of public health interventions: a systematic review](#) », *J Epidemiol Community Health*, vol. 71, n° 8 (2017), p. 827-834. DOI : 10.1136/jech-2016-208141.
50. Commission de vérité et réconciliation. [Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada](#), 2015.
51. Commission de vérité et réconciliation. [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#), 2015.
52. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [Examen des données probantes : L'influence des statuts socioéconomique et ethnoracial sur la santé des jeunes enfants et de leur famille](#), 2008.
53. Tankard, M.E., et E.L. Paluck. « [Norm perception as a vehicle for social change](#) », *Soc Issues Policy Rev*, vol. 10, n° 1 (2016), p. 181-211.
54. Butler-Jones, D. [L'administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé](#). Agence de la santé publique du Canada, 2008.
55. Kirk, M. « [Exploring the changing nature of public health nursing practice](#) », 2015. Présenté lors de la 22^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Curitiba (Brésil), 22-26 mai 2016.
56. Valaitis, R. [Le renforcement des soins primaires par la collaboration entre les services de première ligne et les services de santé publique](#), Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012.
57. Rechel, B., E. Jakubowski, M. McKee et E. Nolte. [Organization and Financing of Public Health Services in Europe](#), Health Policy Series No. 50, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague (Danemark), 2018, 161 pages.
58. Frank, J., E. Di Ruggiero et B. Moloughney. « [Proceedings of the Think Tank on the Future of Public Health in Canada](#) », *Rev can santé publique*, vol. 95, n° 1 (2004), p. 6-11.
59. Kershaw, P. « [The need for health in all policies in Canada](#) », *JAMC*, vol. 190 (22 janvier 2018), p. E64-E65.

Annexe 1 Synthèse des lois fédérales, provinciales et territoriales sur la santé publique

| Loi fédérale | | | |
|---------------------------------|---|--|--|
| État-nation | Loi | Description | |
| Canada | Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada, L.C. 2006, ch. 5 <i>Agence de la santé publique du Canada</i> <i>Administratrice en chef de la santé publique</i> | <p>La <i>Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada</i> établit le cadre d'action du gouvernement du Canada en matière de santé publique, ce qui comprend la protection et la promotion de la santé, l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de la santé, la prévention des maladies et des blessures, la préparation aux situations d'urgence en santé publique et les interventions d'urgence. Elle facilite la collaboration dans le secteur de la santé publique, coordonne les politiques et les programmes de santé publique fédéraux et appuie la coopération des gouvernements provinciaux et territoriaux, des gouvernements étrangers et des organisations internationales qui évoluent dans la sphère de la santé publique. L'administratrice en chef de la santé publique a les responsabilités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conseiller la ministre et la présidente de l'Agence de la santé publique du Canada au sujet des questions de santé publique ● Collaborer avec les gouvernements et avec les autorités et les organismes de santé publique du Canada et de l'étranger dans les dossiers de santé publique ● Parler au public, aux professionnels de la santé et aux acteurs privilégiés des questions ayant des répercussions sur la santé de la population ● Produire un rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada à présenter à la ministre pour être déposé au Parlement ● Préparer et publier tout rapport concernant la santé publique qu'elle estime approprié | |
| Lois provinciales/territoriales | | | |
| Province/Territoire | Ministère provincial/territorial | Loi | Description |
| Alberta | Ministère de la Santé <i>Direction des soins actifs et de la santé de la population</i> <i>Direction des soins de santé primaires</i> <i>Médecin hygiéniste en chef</i> | Public Health Act, RSA 2000, c P-37 | <p>La loi sur la santé publique (<i>Public Health Act</i>) aborde les maladies transmissibles, les épidémies et les urgences sanitaires. Elle décrit les responsabilités du médecin hygiéniste en chef, des médecins hygiénistes et de leurs adjoints et des offices régionaux de la santé, en insistant sur la protection et la surveillance de la santé. Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveiller la santé de la population de l'Alberta et formuler des recommandations au ministre et aux offices régionaux de la santé sur la protection et la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures ● Servir d'intermédiaire entre le gouvernement et les offices régionaux de la santé, les médecins hygiénistes et les cadres supérieurs quant à l'exercice des responsabilités définies dans la loi sur la santé publique ● Surveiller et encadrer les offices régionaux de la santé, les médecins hygiénistes et les cadres supérieurs conformément aux responsabilités définies dans la loi sur la santé publique |
| Colombie-Britannique | Ministère de la Santé <i>Direction de la santé publique et des populations</i> <i>Directeur de la Santé</i> | Public Health Act, SBC 2008, c 28 | <p>La loi sur la santé publique (<i>Public Health Act</i>) définit les fonctions du ministre, des fonctionnaires de la santé publique, des offices régionaux de la santé, des administrations locales et d'autres afin d'accroître l'efficacité et l'efficience des services de santé publique. Les rôles et les responsabilités du ministre et des fonctionnaires de la santé sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Planification, contrôle et surveillance de la santé publique ● Prévention et contrôle des maladies transmissibles ● Interventions en cas de menaces environnementales ● Prévention des maladies chroniques et des blessures ● Interventions en cas d'urgences sanitaires publiques <p>Le cadre des fonctions de base de la santé publique (<i>Framework for Core Functions in Public Health</i>) préparé par le ministère des Services de santé définit quatre grandes stratégies pour la santé publique : la promotion de la santé; la protection de la santé; les interventions préventives; et l'évaluation de santé et la surveillance des maladies. C'est par l'entremise de ces stratégies que les programmes de santé publique de base sont mis en œuvre. Ces programmes peuvent cibler l'amélioration de la santé, la prévention des maladies, des blessures et des invalidités, la santé environnementale et la gestion des urgences sanitaires. Les responsabilités du directeur de la Santé sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveiller la santé de la population de la Colombie-Britannique ● Offrir en toute indépendance des conseils au ministre et aux fonctionnaires sur les problèmes de santé publique, les questions de promotion et de protection de la santé, et la nécessité de lois, de politiques et de pratiques correspondantes ● Produire des rapports publics sur les questions de santé publique susmentionnées s'il l'estime approprié ● Au moins une fois par année, remettre au ministre un rapport sur la santé de la population de la Colombie-Britannique et sur l'atteinte ou non des objectifs de santé, accompagné, s'il y a lieu, de recommandations sur la promotion et la protection de la santé ● Jouer le rôle de médecin hygiéniste et donner des directives aux autorités sanitaires s'il estime qu'il est dans l'intérêt du pays de le faire ● Établir des normes de pratique pour les médecins hygiénistes concordant avec leurs fonctions prévues dans la loi, et surveiller et évaluer la conformité de leur travail à ces normes |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Manitoba</p> | <p>Santé, Vie saine et Aînés Manitoba <i>Santé publique et Soins primaires du Manitoba</i> <i>Médecin hygiéniste en chef</i></p> | <p>Loi sur la santé publique, c. P210 de la C.P.L.M.</p> | <p>« La présente loi a pour objet de permettre la fourniture de services de santé publique visant la protection et la promotion de la santé et du bien-être de la population du Manitoba. » (<i>Loi sur la santé publique</i>, c. P210 de la C.P.L.M., article 2). La loi définit un cadre pour aider la province à prévoir les urgences sanitaires publiques et à y répondre en offrant des services de santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance de la santé ● Évaluation de l'état de santé de la population ● Promotion de la santé ● Protection de la santé ● Prévention et contrôle des maladies ● Prévention des blessures <p>Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conseiller le ministre en matière de santé publique, de sa propre initiative ou à la demande du ministre ● Exercer les pouvoirs d'un médecin hygiéniste s'il y a lieu ● Donner des directives aux fonctionnaires de la santé sur l'exercice des pouvoirs ou des fonctions prévus dans la <i>Loi sur la santé publique</i> ● Annuler ou modifier, par ordonnance, l'ordonnance prise, en vertu de la <i>Loi sur la santé publique</i>, par un fonctionnaire de la santé ● Au moins tous les cinq ans, remettre au ministre un rapport sur l'état de la santé des Manitobains ● Consulter le ministre au sujet de tout autre rapport qu'il (le médecin hygiéniste en chef) juge bon de préparer et de diffuser |
| <p>Nouveau-Brunswick</p> | <p>Ministère de la Santé <i>Médecin hygiéniste en chef</i></p> | <p>Loi sur la santé publique, LN-B 1998, ch. P-22.4</p> | <p>La <i>Loi sur la santé publique</i> régit la protection de la santé publique et les maladies transmissibles. Des modifications apportées en 2009 visaient à renforcer les capacités des fonctionnaires de la santé de prévenir les risques pour la santé publique et d'y réagir. Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef ne sont pas clairement énoncées dans la <i>Loi sur la santé publique</i>.</p> |
| <p>Terre-Neuve-et-Labrador</p> | <p>Ministère de la Santé et des Services communautaires <i>Direction générale de la santé de la population</i> <i>Médecin hygiéniste en chef</i></p> | <p>Health and Community Services Act, SNL 1995, c. P-37.1</p> | <p>La loi sur la santé communautaire (<i>Community Health Act</i>) et la loi sur la santé et les services communautaires (<i>Health and Community Services Act</i>) définissent les responsabilités des fonctionnaires de la santé en matière de santé publique, axées sur la surveillance et la protection de la santé et sur la prévention. Les responsabilités de santé publique propres aux autorités régionales sont précisées dans l'ordonnance intitulée <i>Regional Integrated Health Authorities Order</i>; elles incluent la promotion de la santé, la prévention et la protection. Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef ne sont pas clairement énoncées dans la loi sur la santé et les services communautaires.</p> <p>Le 1^{er} juillet 2019, la loi sur la santé communautaire et certaines parties de la loi sur la santé et les services communautaire seront remplacées par la « loi sur la protection et la promotion de la santé publique » (<i>Public Health Protection and Promotion Act</i>), qui appliquera une démarche de « santé dans toutes les politiques » en matière de santé publique, élargira les fonctions de base de la santé publique, et définira et élargira les fonctions du médecin hygiéniste en chef. Voir sur Internet [en anglais seulement].</p> |
| <p>Territoires du Nord-Ouest</p> | <p>Ministère de la Santé et des Services sociaux <i>Administrateur en chef de la santé publique</i></p> | <p>Loi sur la santé publique, L.T.N.O. 2007, ch. 17 TR-007-2009</p> | <p>La <i>Loi sur la santé publique</i> est axée sur la protection de la santé et définit comment, par qui et dans quelle mesure les fonctions de la santé publique doivent être exercées. Les responsabilités de l'administrateur en chef de la santé publique sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveiller le sous-administrateur en chef et les autorités de la santé publique et leur donner des directives ● Prendre toute mesure jugée appropriée pour protéger la santé publique, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Produire et diffuser des avis et des bulletins de santé publique ▪ Ordonner des mesures en cas de danger pour la santé ▪ Présenter des recommandations au ministre dans les situations d'urgence sanitaire publique ▪ Aider à coordonner les interventions en cas d'urgences sanitaires publiques ▪ Aider à coordonner les inspections et les enquêtes de santé publique ▪ Assurer la surveillance de la santé de la population ▪ Établir et tenir des registres (maladies et affections à signalement obligatoire, tests à signalement obligatoire, immunisations à signalement obligatoire, maladies à déclaration obligatoire, tests à déclaration obligatoire) ▪ Ordonner qu'une personne prenne ou s'abstienne de prendre des mesures pour protéger la santé publique contre les risques des maladies à déclaration obligatoire |

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| Nouvelle-Écosse | Ministère de la Santé et du Bien-être <i>Médecin hygiéniste en chef</i> | Health Protection Act, SNS 2004, c. 4 | <p>La loi sur la protection de la santé (<i>Health Protection Act</i>) définit les responsabilités des autorités de santé publique et leur présente un cadre pour la protection de la santé publique et la prévention, la détection, la gestion et le confinement des menaces pour la santé publique. Y sont abordées les maladies à signalement obligatoire, les maladies transmissibles, les dangers pour la santé, les urgences sanitaires publiques et la salubrité des aliments. La loi a mené à l'élaboration, par l'organisme Santé publique en Nouvelle-Écosse, du document <i>La voie de l'avenir : un engagement pour le futur de la santé publique 2010</i>; les fonctions de base du système de santé publique y sont définies comme étant l'évaluation de la santé de la population; la surveillance de la santé; la promotion de la santé; la prévention des maladies et des blessures; et la protection de la santé. Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveiller le médecin hygiéniste en chef adjoint et les médecins hygiénistes et leur donner des directives sur l'exercice de leurs pouvoirs ou de leurs tâches en vertu de la loi sur la protection de la santé ● Élaborer un protocole de surveillance des maladies transmissibles, des maladies à signalement obligatoire et des maladies dangereuses ● Élaborer les protocoles et les plans de communication nécessaires pour réagir aux dangers pour la santé, aux maladies et aux affections à signalement obligatoire, aux maladies transmissibles et aux urgences sanitaires publiques ● Apporter des secours médicaux aux personnes qui en ont besoin dans la province, comme il convient pour assurer la protection de la santé publique ● Ordonner qu'une personne, un organisme, une société ou une municipalité prenne des mesures de contrôle des vecteurs de maladies comme la loi l'exige |
| Nunavut | Ministère de la Santé <i>Direction générale de la santé publique</i> <i>Administrateur en chef de la santé publique</i> | Loi sur la santé publique, L.Nun. 2016, ch. 13 | <p>La <i>Loi sur la santé publique</i> sert à protéger et à promouvoir la santé de la population du Nunavut au moyen de mesures de santé publique comme la promotion de la santé, la protection de la santé, l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de la santé publique, la prévention des maladies et des blessures, et la préparation et la riposte aux urgences sanitaires publiques. La loi fait la promotion de politiques, de processus, d'activités et de comportements qui favorisent un meilleur contrôle et une amélioration de la santé de la population. Les responsabilités de l'administrateur en chef de la santé publique sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Établir des programmes de surveillance, de promotion et de protection de la santé de la population ● Établir et tenir des registres de santé publique ● Repérer les dangers pour la santé (en particulier les changements climatiques), les maladies transmissibles et les éclosions, enquêter sur eux, les gérer ou les prendre en charge, et communiquer ces dangers au public s'il y a lieu ● Mettre en œuvre les services et les programmes définis dans la <i>Loi sur la santé publique</i> ● Présenter des recommandations au ministre dans les situations d'urgence sanitaire publique ● S'occuper des aspects touchant la santé publique en matière de planification et d'intervention du Nunavut dans les situations d'urgence ● Préparer tous les deux ans un rapport destiné au Conseil exécutif concernant la santé de la population au Nunavut ● Nommer les médecins hygiénistes et les agents en hygiène de l'environnement ● Donner des directives ou des instructions aux fonctionnaires publics nommés sous le régime de la <i>Loi sur la santé publique</i> ● Conseiller le gouvernement et les autorités sanitaires du Nunavut au sujet des questions de santé publique ● Formuler des recommandations et participer à la planification de la santé publique ● Agir au nom du gouvernement du Nunavut auprès des organismes nationaux comme l'Agence de la santé publique du Canada pour renforcer les fonctions administratives ou techniques aux termes de la <i>Loi sur la santé publique</i> ● À sa discrétion, élaborer un rapport sur tout sujet de préoccupation lié à la santé publique, s'il y a lieu, le porter à l'attention de l'Assemblée législative et le remettre directement au président de l'assemblée |

| | | | |
|------------------------------|--|---|--|
| <p>Ontario</p> | <p>Ministère de la Santé et des Soins de longue durée <i>Direction de la santé publique</i> <i>Médecin hygiéniste en chef</i></p> | <p>Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, ch. H.7</p> <p>Loi sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, L.O. 2007, chapitre 10, annexe K</p> | <p>La <i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i> constitue un cadre pour l'organisation et la prestation des programmes et des services de santé publique, la prévention des maladies, et la promotion et la protection de la santé de la population de l'Ontario. Aux termes de la loi, le ministre a la responsabilité de : « ... publier des normes de santé publique relativement à l'offre de programmes et de services de santé obligatoires. Les conseils de santé doivent respecter ces normes. » Les Normes de santé publique de l'Ontario et leurs protocoles en sont un exemple; elles incluent l'évaluation et la surveillance; la promotion de la santé et l'élaboration de politiques; la prévention des maladies et des blessures; et la protection de la santé. Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Étudier, prévenir et éliminer toute menace pour la santé publique en utilisant les moyens qu'il estime appropriés, y compris en consultant le ministre ● Donner des directives ou des instructions aux conseils de santé locaux ou aux médecins hygiénistes sur les maladies infectieuses, les dangers pour la santé, la préparation aux situations d'urgence en santé publique ou sur toute autre question définie par le ministre dans la réglementation ● Produire un rapport annuel sur l'état de la santé publique en Ontario à remettre au président de l'Assemblée législative ● Faire tout autre rapport qu'il estime approprié et le mettre à la disposition de toute autre personne qu'il estime appropriée <p>La <i>Loi sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé</i> prévoit la création d'un organisme chargé d'offrir des conseils et de l'aide scientifiques et techniques aux personnels de tous les secteurs pour protéger et améliorer la santé des Ontariens et pour exercer des activités de soutien, comme l'évaluation de la santé de la population, la surveillance, l'épidémiologie, la planification et l'évaluation et la recherche en santé publique.</p> |
| <p>Île-du-Prince-Édouard</p> | <p>Ministère de la Santé et du Bien-être <i>Administrateur en chef de la santé publique</i></p> | <p>Public Health Act, RSPEI 1988, c P-30.1</p> | <p>La loi sur la santé publique (<i>Public Health Act</i>) est axée sur la protection de la santé et définit comment, par qui et dans quelle mesure les fonctions de la santé publique doivent être exercées. Elle a donné lieu à l'élaboration du document <i>Promote, Prevent, Protect: PEI Chief Public Health Officer's Report</i> (produit tous les deux ans pour tenir le public au courant, ce rapport peut être utilisé par le gouvernement, mais n'est pas exigé par la loi); les fonctions de base de la santé publique y sont décrites comme étant la protection de la santé; la surveillance de la santé; la prévention des maladies et des blessures; l'évaluation de la santé de la population; la promotion de la santé; et les mesures et interventions d'urgence. Les responsabilités de l'administrateur en chef de la santé publique sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Émettre des ordonnances pour prévenir, réduire ou éliminer les dangers pour la santé par les moyens qu'il estime appropriés ● Produire un avis ou une ordonnance de santé publique au sujet d'un danger pour la santé, s'il l'estime approprié, pour joindre les personnes concernées ● Surveiller la santé de la population de l'Île-du-Prince-Édouard ● Ordonner qu'une personne prenne ou s'abstienne de prendre des mesures pour protéger la santé publique contre les risques des maladies transmissibles ● Conseiller le lieutenant-gouverneur en conseil et le ministre lors des urgences sanitaires ● Donner des directives aux personnes en situation d'urgence, lorsqu'il l'estime nécessaire, pour protéger la santé de la population |

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| Québec | Ministère de la Santé et des Services sociaux <i>Direction générale de la santé publique</i> <i>Directeur national de santé publique</i> | Loi sur la santé publique, 2001, c S-2.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux, c M-19.2 Loi sur la santé et la sécurité au travail Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec | <p>La <i>Loi sur la santé publique</i> vise à protéger la santé de la population en établissant et en maintenant des conditions qui favorisent le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise. Elle définit le cadre des activités et des programmes de santé publique du Québec. Ceux-ci sont caractérisés par les fonctions de base de la santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance de la santé de la population ● Prévention des maladies et des blessures ● Promotion de la santé ● Protection de la santé <p>Les responsabilités du directeur national de santé publique sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jouer le rôle de sous-ministre adjoint de la santé publique (<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>, 1985, 5.1) ● Surveiller l'état de santé de la population ● Préparer pour le ministre le rapport national sur l'état de santé de la population en collaboration avec les directeurs de santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec ● Appuyer le ministre dans toutes les matières liées à la santé publique, dont les urgences sanitaires; peut donner des ordres quand un état d'urgence sanitaire est déclaré ● Coordonner, avec les directeurs de santé publique régionaux, le programme national de santé publique ● Prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant des incidences sur la santé et influencer positivement les déterminants de la santé de la population par les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information sur la santé • Soutenir des initiatives de protection de la santé • Évaluer les risques pour la santé et en prendre acte • Promouvoir la santé ● Les instituts de santé publique sont juridiquement responsables des aspects de la santé au travail <p>La <i>Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec</i> prévoit la création d'un institut pour soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et le conseil régional institué en vertu de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris</i>, dans l'exercice de leur mission de santé publique.</p> |
| Saskatchewan | Ministère de la Santé <i>Direction de la santé de la population</i> <i>Médecin hygiéniste en chef</i> | Public Health Act, SS 1994, c P-37.1 | <p>La loi sur la santé publique (<i>Public Health Act</i>) est en grande partie axée sur la protection de la santé et définit comment, par qui et dans quelle mesure les fonctions de la santé publique doivent être exercées. Elle vise surtout à protéger la population de la Saskatchewan contre les risques pour la santé publique pouvant découler de l'approvisionnement en eau et de l'évacuation des eaux usées, des aliments, de l'environnement, ainsi que des maladies transmissibles et non transmissibles. Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef ne sont pas clairement définies dans la loi, mais il est fait allusion à la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consulter les médecins hygiénistes et leur donner les approbations nécessaires à l'émission d'ordonnances pour réduire ou éliminer un risque sanitaire dans l'intérêt de la santé et du bien-être de la population <p>Ces responsabilités peuvent être modifiées à la demande du ministre de la Santé en vertu des pouvoirs conférés par la <i>Loi d'interprétation</i>.</p> |
| Yukon | Ministère de la Santé et des Services sociaux <i>Médecin hygiéniste en chef</i> | Loi sur la santé et la sécurité publiques, LRY 2002, ch. 176 | <p>La <i>Loi sur la santé et la sécurité publiques</i> reconnaît au gouvernement la responsabilité d'agir pour prévenir les menaces à la santé et à la sécurité publiques et pour en protéger la population. Elle définit comment, par qui et dans quelle mesure les fonctions de la santé publique relatives à l'assainissement, aux maladies transmissibles, aux dangers et aux états d'urgences sanitaires publiques et aux inspections doivent être exercées. En plus de son mandat aux termes de la <i>Loi sur la santé et la sécurité publiques</i>, le médecin hygiéniste en chef produit tous les trois ans le <i>Rapport sur la santé au Yukon</i>. Les responsabilités du médecin hygiéniste en chef sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prévenir les maladies transmissibles, les surveiller, enquêter sur elles et y réagir ● Promouvoir la santé ● Exercer une surveillance de la santé publique ● S'acquitter de toute autre responsabilité que lui confie un texte de loi ou le ministre |

ANNEXE 2 Documents administratifs à l'appui des lois provinciales et territoriales sur la santé publique

| Province ou territoire | Documents à l'appui |
|---------------------------|---|
| Alberta | <ul style="list-style-type: none"> ● Alberta Health Services ● A Healthier Future Together: The 2017-2020 Health Plan and Business Plan |
| Colombie-Britannique | <ul style="list-style-type: none"> ● Framework for Core Functions in Public Health ● <i>Health Authorities Act</i> ● Setting Priorities for the BC Health System (2014) ● Promote, Protect, Prevent: Our Health Begins Here: BC's Guiding Framework for Public Health |
| Manitoba | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Loi sur la santé publique et Loi sur les offices régionaux de la santé</i> ● Chaque office régional de la santé a un plan stratégique quinquennal (2016-2021) |
| Nouveau-Brunswick | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Loi sur les régies régionales de la santé</i> ● En route vers la modernisation et la transformation du système de santé : Plan stratégique 2017-2020 ● Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick 2014-2021 : Au cœur de notre avenir ● Rebâtir les soins de santé ensemble : Plan provincial de la santé 2013-2018 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | <ul style="list-style-type: none"> ● Regional Integrated Health Authorities Order (2005) ● Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador (2006) ● Department of Health and Community Services: Strategic Plan 2017-2020 |
| Territoires du Nord-Ouest | <ul style="list-style-type: none"> ● Caring for Our People: Strategic Plan for the NWT Health and Social Services System 2017 to 2020 |
| Nouvelle-Écosse | <ul style="list-style-type: none"> ● Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse ● La voie de l'avenir : un engagement pour le futur de la santé publique (2010) |
| Nunavut | <ul style="list-style-type: none"> ● Jeter les assises d'une collectivité en santé : une stratégie de santé publique pour le Nunavut 2008-2013 |
| Ontario | <ul style="list-style-type: none"> ● Normes et protocoles de santé publique de l'Ontario ● Plan stratégique 2014-2019 de Santé publique Ontario |
| Île-du-Prince-Édouard | <ul style="list-style-type: none"> ● Plan stratégique 2017-2020 de Santé Î.-P.-É. ● PEI Chief Public Health Office Strategic Plan 2016-2018 ● Healthy Islanders Healthy Communities 2015-2018 Strategic Plan |
| Québec | <ul style="list-style-type: none"> ● Programme national de santé publique 2015-2025 |
| Saskatchewan | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>The Regional Health Services Act</i> ● Healthier Places to Live Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan (2004) ● Healthy People, a Healthy Province: The Action Plan for Saskatchewan Health Care (2001) |
| Yukon | <ul style="list-style-type: none"> ● Health and Social Services Strategic Plan: 2014-2019 |

ANNEXE 3 Réorganisations récentes des systèmes de santé provinciaux et territoriaux

| Province/ territoire | Année | Description des changements | Justification du gouvernement | Incidences possibles sur la SP |
|-------------------------|-----------------|---|---|---|
| Alberta | 2015 | <ul style="list-style-type: none"> Retour proposé à la décentralisation des services de santé (après leur fusion en 2008) Création proposée de 8 à 10 districts de santé chargés de la prestation des services | <ul style="list-style-type: none"> La fusion a entraîné un chaos organisationnel et des dépenses inutiles | <ul style="list-style-type: none"> S/O – Le plan a été éliminé par le gouvernement néodémocrate élu après le gouvernement conservateur |
| | 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Création de zones de réseaux de soins primaires (RSP) pour mettre en œuvre des plans de services propres à chaque région | <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la coordination pour répondre aux besoins de santé de chaque région Mettre en commun les services pour réduire les charges administratives | <ul style="list-style-type: none"> Cadre d'intégration des soins reliant les RSP aux ressources d'Alberta Health Services Soutien accru aux programmes de proximité et aux soins complexes entre les fournisseurs de soins de santé |
| Colombie-Britannique | S/O | | | |
| Manitoba | 2015 | <ul style="list-style-type: none"> Réduction de 11 à 5 du nombre d'offices régionaux de la santé (ORS) | <ul style="list-style-type: none"> Simplifier l'administration Réaffecter les économies réalisées (10 M\$ sur 3 ans) aux soins de première ligne | |
| | 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Compressions budgétaires de plus de 10 % dans les programmes de surveillance et de promotion de la santé publique 3,1 M\$ de compressions dans la prévention Annulation de 6 projets d'investissements en santé | <ul style="list-style-type: none"> Assurer la durabilité à long terme du système de soins de santé Réaffecter des dépenses à l'entretien des hôpitaux Équilibrer le budget | <ul style="list-style-type: none"> Des communautés vulnérables sans ressources ni investissements pour répondre à leurs besoins futurs de soins de santé |
| Ontario* | 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Modification de la Loi sur la protection et la promotion de la santé pour supprimer les prescriptions en matière de qualifications du personnel des conseils de santé Ces qualifications ont ensuite été jugées exécutoires en vertu des Normes de santé publique de l'Ontario de 2017 Loi de 2016 donnant la priorité aux patients | <ul style="list-style-type: none"> Plus d'autonomie dans les pratiques d'embauche | <ul style="list-style-type: none"> L'absence de réglementation des qualifications pourrait réduire la qualité de la main-d'œuvre Embauche de professionnels non réglementés, par mesure d'économie Protéger l'universalité du système de santé publique ontarien en prenant des décisions factuelles sur la valeur et la qualité |
| | 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Restructuration recommandée des territoires de 36 bureaux de santé pour refléter ceux des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé | <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la capacité du secteur de la santé publique de travailler dans le système de santé intégré | <ul style="list-style-type: none"> Inquiétudes concernant les effectifs et les salaires (licenciements, mises à pied, etc.) Des entités de santé publique plus grandes pourraient signifier moins de dépenses locales pour les petites collectivités La séparation entre la santé publique et les administrations régionales pourrait limiter la capacité de travailler avec les services locaux connexes (transports collectifs, services sociaux, logement, etc.) Affectation disproportionnée des taxes locales aux programmes régionaux |
| | 2018 | <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre des Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, un cadre pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités en santé | <ul style="list-style-type: none"> Transformation des services en fonction des changements apportés dans les secteurs de la santé publique et des soins de santé | <ul style="list-style-type: none"> Plus grande insistance sur la santé publique « non traditionnelle » et sur les déterminants sociaux de la santé Il pourrait être irréaliste de s'attendre à des changements dans les programmes sans en avoir modifié les budgets |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Réduction de 93 emplois dans les offices régionaux de la santé (ORS) | <ul style="list-style-type: none"> Économiser 7,6 M\$ par année Réduire les dépenses de santé pour les soins de santé provinciaux, dont la réduction du nombre de bureaux de santé publique | <ul style="list-style-type: none"> Moins grande durabilité du système de santé |
| | 26 février 2019 | <p>L'Ontario a annoncé le 26 février 2019 une réorganisation du système de soins de santé provincial, dont la réduction de 21 % du personnel cadre de 120 à 35 en vue de réaliser des économies de 200 M\$. On attend des informations supplémentaires sur ces changements.</p> | | |

| | | | | |
|---------------------------|------|--|--|---|
| Nouveau-Brunswick | 2017 | <ul style="list-style-type: none"> ● Transfert de la Direction de la pratique en santé publique et de la santé de la population au ministère du Développement social ● Transfert de la Direction des milieux sains au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux ● Mutation des inspecteurs en santé publique et agroalimentaire au ministère de la Justice et de la Sécurité publique | <ul style="list-style-type: none"> ● Regrouper les compétences semblables pour renforcer la collaboration ● Structurer les ressources comme dans les autres provinces de l'Atlantique | <ul style="list-style-type: none"> ● Diminution perçue de la capacité du médecin hygiéniste en chef de mener des activités de prévention et de promotion ● Accès réduit aux interventions de santé publique, surtout en cas d'éclotions ● Problèmes législatifs en lien avec l'échange d'informations et les communications entre les ministères |
| Territoires du Nord-Ouest | 2016 | <ul style="list-style-type: none"> ● Fusion de 8 autorités sanitaires en une seule : l'Administration des services de santé et des services sociaux ● Le ministère de la Santé et des Services sociaux continuera d'exercer ses fonctions ministérielles, mais l'Administration des services de santé et des services sociaux sera chargée de la prestation des services ● Les conseils régionaux du mieux-être fourniront un encadrement | <ul style="list-style-type: none"> ● Optimiser les ressources humaines et améliorer la qualité des soins ● Abolir les obstacles systémiques à l'efficience | |
| Nouvelle-Écosse | 2015 | <ul style="list-style-type: none"> ● Fusion de 9 offices régionaux de la santé au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être et de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse ● Transfert de la santé environnementale du ministère de la Santé et du Mieux-être au ministère de l'Environnement | <ul style="list-style-type: none"> ● Affecter plus de ressources aux soins de première ligne ● Réduire les charges administratives ● Mettre les ressources en commun ● Économiser 41,5 M\$ par année ● Simplifier les démarches d'inspection; renforcer la capacité d'appoint; réduire les visites d'inspection en double, accroître les capacités spécialisées d'application de la loi | <ul style="list-style-type: none"> ● Perte de l'agilité nécessaire pour répondre aux besoins des collectivités à forte mixité ● Qualité et rapidité de des services limitées par la bureaucratie ● La santé publique a perdu sa fonction de santé environnementale ● Les responsabilités aux termes de plusieurs lois (Health Protection Act, Tobacco Access Act, Snow Sport Helmet Act, Safe Body Art Act et Tanning Bed Act) sont régies par un protocole d'entente |
| | 2016 | <ul style="list-style-type: none"> ● Élimination de 100 postes au ministère de la Santé et du Mieux-être, dont 62 transférés à la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et au Centre de soins de santé IWK ● Création de 25 postes d'élaboration de politiques pour améliorer les résultats en matière de soins de santé | <ul style="list-style-type: none"> ● Changements dans les exigences après la fusion ● Axer les ressources sur les soins de première ligne | <ul style="list-style-type: none"> ● 1,5 M\$ d'indemnités de départ et d'autres frais pour le ministère ● Transfert des ressources vers les soins actifs au lieu de la prévention |
| Nunavut | 2013 | <ul style="list-style-type: none"> ● Division du ministère de la Santé et des Services sociaux en un ministère de la Santé et un ministère des Services à la famille ● Le ministère des Services à la famille assume la responsabilité du soutien du revenu, des revendications sociales et de l'itinérance | <ul style="list-style-type: none"> ● Réponse au rapport du vérificateur général dénotant l'incapacité de s'acquitter des responsabilités de protéger le bien-être des enfants, des jeunes et de leurs familles | |
| Île-du-Prince-Édouard | 2010 | <ul style="list-style-type: none"> ● Création de Santé Î.P.É., une société d'État non liée responsable de la prestation des services | <ul style="list-style-type: none"> ● Séparer la prestation des services (Santé Î.P.É.) de l'administration et des politiques (ministère de la Santé et du Mieux-être) | |

| | | | | |
|--------------|------|---|--|---|
| Québec | 2014 | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduction du nombre d'établissements sanitaires de 182 à 34, dont 22 sont territoriaux ● Création des centres intégrés de santé et de services sociaux, qui assurent la gestion et la prestation de tous les services sociaux et curatifs et des services de santé publique dans leur zone desservie. Décalage entre 3 des 18 régions administratives du Québec et les centres intégrés de santé et de services sociaux nouvellement créés ● Élimination de 2 000 postes de direction à l'échelle du système de santé | <ul style="list-style-type: none"> ● Mieux intégrer les services et les informations ● Réduire la bureaucratie ● Réaliser des économies de 220 M\$ | <ul style="list-style-type: none"> ● Perte de souplesse et d'innovation ● Perte d'identité avec l'élimination d'initiatives de proximité ● Suraffection de fonds vers les soins actifs pour soulager les pressions budgétaires |
| | 2015 | <ul style="list-style-type: none"> ● Compressions de 33 % dans les services de santé publique régionaux, occasionnant une perte de compétences spécialisées en santé publique ● Compressions budgétaires de 24 M\$ | <ul style="list-style-type: none"> ● Présenter un budget équilibré | <ul style="list-style-type: none"> ● Pression accrue sur le système de soins actifs ● Diminution de la capacité d'offrir rapidement des services de santé publique de haute qualité tout en préservant les réussites de la santé publique |
| Saskatchewan | 2017 | <ul style="list-style-type: none"> ● Fusion des 12 offices régionaux de la santé en une seule autorité sanitaire provinciale | <ul style="list-style-type: none"> ● Mieux coordonner les services de santé ● Réduire l'administration et le travail en double ● Réaliser des économies de 10 à 20 M\$ d'ici 2019 | <ul style="list-style-type: none"> ● Compressions potentielles dans les soins locaux et de proximité ● Incertitude dans les communautés rurales |
| Yukon | S/O | | | |

ANNEXE 4 Comparaison entre les recommandations du rapport Naylor et les changements apportés aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux

| Lacunes répertoriées dans les systèmes | Recommandations correspondantes | Changements connexes à l'échelle des provinces |
|---|--|--|
| Absence de capacité d'appoint dans les systèmes cliniques et de santé publique | <ul style="list-style-type: none"> Des équipes d'intervention en cas d'urgence sanitaire pour mobiliser le personnel durant les épidémies Une connaissance des procédures communes de fonctionnement, une formation et un équipement compatibles et des ententes préalables d'aide mutuelle dans les cas d'urgence Une capacité suffisante en temps normal pour permettre une réaffectation des ressources au moment voulu Créer et soutenir des postes et des programmes de formation dans plusieurs disciplines de santé publique où il existe une pénurie de main-d'œuvre | <ul style="list-style-type: none"> Terre-Neuve-et-Labrador, 2017 - Licenciations dans les ORS Nouvelle-Écosse, 2015 - Les inspecteurs en santé publique certifiés (ISPC) sont à l'emploi d'un seul ministère provincial, qui a pour mandat de développer et de maintenir leurs compétences. Cela se fait aux termes d'un protocole d'entente bilatéral entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et celui de l'Environnement. Nouvelle-Écosse, 2016 - Licenciations au ministère de la Santé et du Mieux-être Québec, 2015 - Compressions de 33 % dans les services de santé publique régionaux entraînant la perte de compétences en santé publique |
| Difficulté à faire faire rapidement des tests de laboratoire et à obtenir les résultats | <ul style="list-style-type: none"> Un système informatique de laboratoire (incluant des réseaux provinciaux) capable d'assurer la gestion de l'information lors d'une épidémie Un système informatique de laboratoire harmonisé par des ententes de partage de données dans toutes les administrations et institutions Une plateforme intégrée de systèmes nationaux de contrôle des maladies, à l'usage des laboratoires publics et privés L'intégration des laboratoires hospitaliers et communautaires pour clarifier les rôles dans la surveillance des maladies infectieuses | <ul style="list-style-type: none"> Île-du-Prince-Édouard, 2010 - Séparation des entités de la prestation de services et de l'administration/des politiques de santé Québec, 2014 - Fusion des entités de la prestation de services et de l'administration/des politiques de santé Ontario, 2017 - Harmonisation des bureaux de santé et des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) |
| Absence de protocoles sur le partage des données ou de l'information entre les différents paliers de gouvernement | <ul style="list-style-type: none"> Des règlements précis sur le partage des renseignements, la mise en œuvre de bases de données et l'utilisation des données biologiques pour la recherche Les interrelations des hôpitaux avec les autorités du Service de santé publique aux niveaux local et provincial sont établies dans le protocole de chaque hôpital Les statuts et règlements exigent que chaque hôpital ou région sanitaire ait un protocole de gestion des épidémies, avec des mécanismes permettant de transmettre l'information et les fournitures à l'extérieur du secteur hospitalier | <ul style="list-style-type: none"> Manitoba, 2015 - Fusion Nouveau-Brunswick, 2017 - Restructuration des ministères Territoires du Nord-Ouest, 2016 - Fusion Nouvelle-Écosse, 2015 - Fusion Nunavut, 2013 - Restructuration des ministères Ontario, 2017 - Fusion Saskatchewan, 2017 - Fusion |
| Incertitudes au sujet de la propriété des données | <ul style="list-style-type: none"> Des protocoles officiels pour régir l'échange et la propriété des données, la vie privée, la distribution autorisée des données et les conséquences de la non-conformité Une entente sur la propriété des données pour en faciliter l'échange | |
| Insuffisance de la capacité à mener des enquêtes épidémiologiques | <ul style="list-style-type: none"> Une capacité intégrée d'évaluation des risques pour les cas d'urgences sanitaires Des protocoles précis de direction et de coordination des futures interventions de recherche épidémiologique Des équipes de réaction aux épidémies qui assurent non seulement une capacité d'appoint, mais également une infrastructure d'enquête Un réseau de contrôle des maladies transmissibles qui accorde la priorité à l'interconnexion de la recherche dans les institutions gouvernementales et universitaires | <ul style="list-style-type: none"> Manitoba, 2017 - Compressions dans le budget de la santé publique Québec, 2014 - Élimination d'entités de santé entraînant des perturbations au sein des équipes et des réseaux Québec, 2015 - Compressions de 33 % dans les services de santé publique régionaux entraînant la perte de compétences en santé publique |
| Manque de coordination dans les processus administratifs entre les établissements et les administrations pour gérer les flambées épidémiques et répondre aux urgences | <ul style="list-style-type: none"> Des programmes et des outils de formation à l'appui des unités locales de santé publique pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies de communication en cas de crise ou de risque d'urgences Un processus de surveillance concertée des maladies infectieuses et des réactions aux flambées épidémiques Des fonds fédéraux liés aux ententes intergouvernementales pour harmoniser le cadre législatif de surveillance et de gestion Tous les plans établissent clairement les rapports hiérarchiques et comportent des liens transversaux appropriés | <ul style="list-style-type: none"> Nouveau-Brunswick, 2017 - Restructuration des ministères Ontario, 2017 - Harmonisation des bureaux de santé et des RLISS |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Lacunes dans les protocoles de gestion de l'épidémie, de prévention de l'infection et de la surveillance des maladies infectieuses dans les établissements</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Renforcer les normes en matière de prévention des infections, les lignes directrices et les outils, ainsi que l'expertise nécessaire pour assurer la prévention des infections en milieu hospitalier ● Un processus pour faire participer les travailleurs de la santé publique et les professionnels de la santé de première ligne à la planification | |
| <p>Faiblesse des liens entre le système des services de santé publique et les services individuels de santé</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Des investissements dans la capacité scientifique de santé publique dans les provinces, les territoires et les régions ● Une stratégie de renouvellement des ressources humaines en santé publique - élaborée avec un large éventail de partenaires non gouvernementaux et comprenant des mécanismes de financement ● Les interrelations des hôpitaux avec les autorités du Service de santé publique aux niveaux local et provincial sont établies dans le protocole de chaque hôpital | <ul style="list-style-type: none"> ● Manitoba, 2017 - Compressions dans le budget de la santé publique ● Terre-Neuve-et-Labrador, 2017 - Licenciements dans les ORS ● Nouvelle-Écosse, 2016 - Licenciements au ministère de la Santé et du Mieux-être ● Île-du-Prince-Édouard, 2010 - Séparation des entités de la prestation de services et de l'administration/des politiques de santé ● Québec, 2014 - Licenciements dans les centres intégrés de santé et de services sociaux ● Québec, 2014 - Fusion des entités de la prestation de services et de l'administration/des politiques de santé ● Québec, 2015 - Compressions dans le budget de la santé publique |



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

Porte-parole national indépendant et
défenseur fidèle de la santé publique,
l'Association canadienne de santé publique
parle au nom des individus et des populations
avec tous les ordres de gouvernement.

Pour plus des renseignements, veuillez contacter :

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | info@cpha.ca

www.cpha.ca