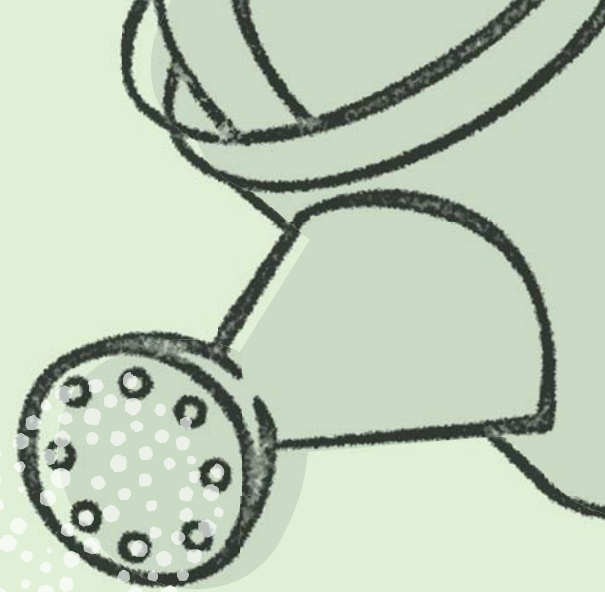


Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse :

*Bâtir un système de santé
publique pour répondre
aux besoins des gens de la
Nouvelle-Écosse*



NOVA SCOTIA
NOUVELLE-ÉCOSSE

Promotion et Protection
de la santé

Le présent rapport a été préparé par :
Brent W. Moloughney, MD, MSc, FRCPC
Consultant en santé publique

Graphisme : Karen Brown, MGDC
Illustration : Bonnie Ross


© Droits d'auteur de la Couronne, province de la Nouvelle-Écosse, 2006

ISBN : 1-55457-061-1

Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse :


*Bâtir un système de santé
publique pour répondre
aux besoins des gens de la
Nouvelle-Écosse*





Le présent rapport est dédié à la mémoire du D^r David M. Rippey.

Membre très respecté de l'équipe de la haute direction du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, il a reconnu et fait valoir le besoin d'une étude exhaustive du système de santé publique de la province. Même si sa maladie l'a empêché de participer activement à la présente étude, son intérêt n'a jamais faibli. Sa vision à long terme et sa contribution au renouvellement du système trouvent leur expression dans le présent rapport.



Message du ministre

L'expérience du SRAS a indiqué au Canada que le système était défaillant et le rapport Naylor a révélé qu'il n'avait pas fallu grand chose pour l'ébranler. Il faut voir cette étude de la santé publique comme une réaction proactive de la part des experts. Une analyse exhaustive de la base de notre système de santé publique recommande un système renouvelé.

Comme première province à entreprendre une telle étude indépendante, nous n'avons pas tardé à trouver la bonne direction et à nous y engager.

Le ministère de la Santé a commandé le présent rapport. Nous avons écouté les intervenants, les utilisateurs et le personnel du système de l'ensemble de la province, pour comprendre les forces durables du système de santé publique et les plus grandes craintes à son égard. Les dirigeants de la santé et le gouvernement ont appuyé cet effort.

Au nom du gouvernement et de tous les gens de la Nouvelle-Écosse, je remercie les membres du comité consultatif, notre personnel, le personnel des régies régionales de la santé, les intervenants et les utilisateurs des services pour leur clairvoyance, leur expertise, leur passion et leur engagement envers la santé et la sécurité de tous les Néo-Écossais et Néo-Écossaises. J'aimerais aussi souligner le rôle de leadership exercé par le regretté David Rippey qui a contribué à faire évoluer cette analyse à partir du concept jusqu'à la réalisation.

Je suis fier que nous ayons agi rapidement en donnant suite à une des 21 recommandations en créant le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé. Ce nouveau ministère réunit le personnel de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse (PSNE), le personnel de la santé publique qui a travaillé pour Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse et la Santé, et le personnel du Bureau du médecin-hygiéniste en chef.

Nous voulons tirer profit du succès et de la réaction positive concernant la création de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse et tout ce qui a été accompli en trois années seulement. Nous sommes fermement résolus à renouveler le système de santé publique. Le nouveau ministère ouvre la voie à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un système de santé publique intégré axé sur le mieux-être et sur la promotion et la protection de la santé des gens de la Nouvelle-Écosse.

Il faut continuer sur notre lancée en promotion de la santé et assurer un système de santé publique qui évolue au sein d'un nouveau ministère. Les points de repère du présent rapport nous permettront de nous orienter vers l'objectif que nous voulons tous atteindre : une province en meilleure santé maintenant et à l'avenir. Je m'engage avec beaucoup d'enthousiasme dans l'aventure qui se présente, soit la création de partenariats valables et créatifs avec les régies régionales de la santé, les ministères du gouvernement, nos intervenants et ultimement la population néo-écossaise.

Nous nous réjouissons de votre engagement dans cette aventure.



Barry Barnet
Ministre de la Promotion et de la Protection de la santé

Remerciements

L'étude du système de la santé publique de la Nouvelle-Écosse n'aurait pas été possible sans la contribution de nombreux particuliers et organismes. Même s'il est impossible de nommer tous ceux qui ont participé à ce processus au cours de plusieurs mois, certains contributeurs clés sont nommés ci-dessous. Nous présentons nos excuses à tous ceux et celles dont le nom aurait pu être omis par inadvertance.

La haute direction du ministère de la Santé (MS) et de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse, y compris Cheryl Doiron, sous-ministre de la Santé et directrice générale de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse; le D^r Jim Miller, chef de la prestation des programmes, ministère de la Santé; Scott Logan, sous-ministre adjoint, Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse; le D^r Jeff Scott, médecin-hygiéniste en chef; et Janet Braunstein Moody, directrice principale, Santé publique. Ces personnes ont su créer un environnement transparent et propice à la tenue de la présente étude.

Les cadres supérieurs de la santé publique des trois autres provinces et territoires ont grandement contribué à cette étude, par leur temps et leurs conseils judicieux : le D^r André Corriveau, médecin-hygiéniste en chef et directeur, Santé de la population, Territoires du Nord-Ouest, le D^r Richard Massé, président-directeur général, Institut national de santé publique (Québec); et Lynn Vivian-Book, sous-ministre adjointe, Terre-Neuve et Labrador.

Des réunions et des discussions ont eu lieu avec plusieurs groupes et organismes dont : les sous-ministres de l'Environnement et du Travail (MET) et de l'Agriculture et des Pêches (MAP), Bill Lahey et Rosalind Penfound; les directeurs généraux et vice-présidents de la santé communautaire des régies régionales de la santé; le Groupe de travail de la santé publique; le Comité général de la santé publique; les dirigeants de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse; les directeurs du Programme du ministère de la Santé; le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada; le bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; les organismes de bienfaisance en santé et l'Association de la santé publique de la Nouvelle-Écosse. Des visites sur les lieux ont été effectuées dans toutes les régions de services partagés, ce qui a permis d'interagir avec le personnel de l'ensemble de la province. Dans bien des endroits, les inspecteurs de la santé publique du ministère de l'Environnement et du Travail et du ministère de l'Agriculture et des Pêches ont aussi participé.

Le Comité consultatif provincial de l'étude a contribué activement à l'étude en discutant des principaux thèmes et de leurs incidences et en présentant des recommandations concernant la tenue de l'étude. Le comité se composait des personnes suivantes :

- Peter MacKinnon (coprésident); directeur général, Régie régionale de la santé de Colchester East Hants
- D^r Jim Millar (coprésident); chef de la prestation des programmes, ministère de la Santé
- D^r Maureen Baikie; médecin-hygiéniste provinciale associée de la santé
- Janet Braunstein Moody; directrice principale, Santé publique, ministère de la Santé
- Paula English; directrice adjointe, Soins de santé primaires, ministère de la Santé
- D^r Steve Kisely; chef, Santé communautaire et épidémiologie, université Dalhousie
- Doris Landry; membre du personnel itinérant de la santé publique
- Scott Logan; sous-ministre adjoint, Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse
- Madonna MacDonald; vice-présidente à la santé communautaire, Régie régionale de la santé de Guysborough Antigonish Strait
- Carol MacKinnon; directrice, services de santé publique, Régie de la santé de la côte sud, Régie régionale de la santé de South West Nova, Régie régionale de la vallée d'Annapolis
- Karen MacKinnon; membre du personnel itinérant de la santé publique
- Susan McBroom; présidente sortante, Association de la santé publique de la Nouvelle-Écosse
- Jim McCorry; inspecteur de la santé publique, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, ministère de la Santé
- Joan Mikkelsen; membre du personnel itinérant de la santé publique
- D^r Robert Strang; médecin-hygiéniste, district de la capitale

Table des matières

Résumé	ix
1. Introduction	1
2. Contexte de l'étude	3
2.1. Enjeux de la santé publique en Nouvelle-Écosse	3
2.2. Accent mis récemment sur les systèmes de santé publique au Canada et à l'échelon international	6
3. Fonctions et infrastructure d'un système de santé publique	8
3.1. Fonctions de base de la santé publique	8
3.2. Approches en matière de santé publique	10
3.3. Collaboration, partenariat et liens stratégiques	11
3.4. Programmes et services de santé publique	12
3.5. Structures de la santé publique	14
3.6. Infrastructure du système de santé publique	16
4. Système de santé publique de la Nouvelle-Écosse	17
4.1. Niveau provincial du système	18
4.2. Niveau local du système	19
4.3. Législation, fonctions, rôles et responsabilités	21
4.4. Main-d'œuvre de la santé publique	22
4.5. Systèmes d'information et de connaissance	23
4.6. Financement du système	24
5. Système de santé publique renouvelé	25
5.1. Mesure n° 1 pour le renouvellement du système	25
6. Structures du système de santé publique – échelon provincial et des régies régionales de la santé	26
6.1. Échelon provincial du système – Ministère de la Santé et Promotion de la santé Nouvelle-Écosse	26
6.1.1. Mesures n° 2 à 4 pour le renouvellement du système	31
6.2. Niveau sous-provincial du système – Régies régionales de la santé et régions de services partagés	32
6.2.1. Solutions envisagées	34
6.3. Système de santé publique intégré verticalement	37
6.3.1. Intégration horizontale	44
6.4. Rôle des médecins-hygiénistes régionaux	45
6.5. Mesure n° 5 pour le renouvellement du système	46
7. Inspecteurs de la santé publique	47
7.1. Mesure n° 6 pour le renouvellement du système	48

8.	Bâtir l'infrastructure du système	49
8.1.	Main-d'œuvre en santé publique compétente et suffisante	49
8.2.	Systèmes d'information et de connaissances	52
8.3.	Normes relatives à la santé publique et rendement du système	55
8.4.	Laboratoire de santé publique	57
8.5.	Législation	58
8.6.	Préparation aux situations d'urgence	59
8.7.	Dépenses du système	60
8.8.	Mesures n° 7 à 16 pour le renouvellement du système	63
9.	Possibilités	65
9.1.	Liens avec le secteur universitaire	65
9.2.	Solutions pour la région de l'Atlantique	65
9.3.	Financement fédéral du système de santé publique	66
9.4.	Secteurs non gouvernementaux	67
9.5.	Mesures n° 17 à 20 pour le renouvellement du système	67
10.	Mise en oeuvre	68
10.1.	Mesure n° 21 pour le renouvellement du système	69
11.	Conclusions	70
12.	Sommaire des 21 mesures pour le renouvellement du système	71
	Annexe A – Autres détails concernant les sources de données pour les figures 1 à 3	75
	Annexe B – Rôles complémentaires de la santé publique et des soins de santé primaires	78
	Annexe C – Structures des organismes de santé publique	80
	Annexe D – Abréviations utilisées dans le présent rapport	81

Résumé

Le SRAS, LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL, WALKERTON, L'OBÉSITÉ, LA PANDÉMIE D'INFLUENZA, le terrorisme, les changements climatiques. Les défis en santé publique se manifestent à nouveau sans contredit au tournant du XXI^e siècle. En même temps, plusieurs rapports ont fait ressortir, parfois avec des détails plutôt angoissants, le déclin de la capacité de la santé publique partout au pays et le besoin de mesures globales. À la suite de cette reconnaissance, les premiers ministres du pays ont indiqué que les activités du domaine de la santé publique « sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie ». À l'échelle nationale, au cours de la dernière année, on a vu l'établissement d'une Agence de santé publique du Canada (ASPC) dirigée par le premier administrateur en chef de la santé publique du pays (ASPC), et des investissements fédéraux ciblés pour bâtir l'infrastructure provinciale des systèmes de santé publique.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse¹ (PSNB) ont commandé une étude externe pour évaluer la capacité, les forces, les limites et les possibilités actuelles et pour positionner la Nouvelle-Écosse afin qu'elle puisse bâtir un système de santé publique viable et plus solide. Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- Évaluer le système de santé publique actuel en Nouvelle-Écosse en tenant compte des rapports et des recommandations reconnus à l'échelle nationale.
- Évaluer les forces, les limites et les possibilités du système pour s'assurer que celui-ci est adapté, intégré, coordonné, efficace et prêt à faire face aux menaces nouvelles et actuelles pour la santé publique – les menaces de nature aiguë et chronique.
- Formuler des recommandations afin de s'assurer que la Nouvelle-Écosse est dans une situation optimale pour tirer profit des investissements provinciaux et fédéraux.

Les résultats et les recommandations des récents rapports provinciaux, nationaux et internationaux ont servi de guide pour évaluer les mesures qui doivent être prises afin de renouveler le système de santé publique gouvernemental formel de la Nouvelle-Écosse. Divers intervenants du système, y compris le personnel de première ligne, la direction des régies régionales de la santé, les organismes non gouvernementaux, le personnel du ministère provincial et les représentants élus ont participé à l'étude. Les hauts dirigeants de la santé publique des autres provinces et territoires ont grandement contribué à l'étude par leur temps et leurs judicieux conseils. Ce résumé présente un survol de haut niveau des conclusions de l'étude. Le rapport principal fournit d'autres détails et explications, y compris les mesures stratégiques à prendre pour renouveler le système.

¹ Le nom Bureau de Promotion de la santé a été remplacé par Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse en 2005. L'appellation actuelle est utilisée dans le présent rapport.

Contexte de l'étude

Divers facteurs ou déterminants ont une influence sur la santé de la population. Ces déterminants comprennent la génétique, les facteurs socio-économiques, l'environnement biologique et physique, les pratiques d'hygiène personnelle et le système de services de santé personnel. À la fois en ce qui a trait aux déterminants de la santé et à l'état de santé, la santé des gens de la Nouvelle-Écosse accuse un retard par rapport à celle de la population d'autres provinces.

À la suite de la reconnaissance de l'apport de la santé publique à l'amélioration de la santé de la population, ainsi qu'à la prévention et à l'atténuation des urgences en santé publique, le système de santé publique dans ce pays et d'autres pays, ont fait l'objet d'un examen de plus en plus minutieux. Même si les rapports avant le SRAS avaient indiqué de nombreux secteurs préoccupants, l'épidémie de SRAS a fourni une preuve confirmative des lacunes suivantes :

- Manque de clarté dans le leadership, la gouvernance, les rôles et les responsabilités
- Capacité et coordination inégales
- Pénurie de ressources humaines en santé publique, y compris capacité de réaction
- Écarts dans la capacité de laboratoire et les interventions d'urgence
- Manque de capacité en recherche
- Communication des risques manquant de clarté

L'attention a été accordée en bonne partie jusqu'à maintenant au système fédéral et au système de santé publique en Ontario. Même si ce dernier a été qualifié de système défaillant qui a besoin d'être réparé, il a également été noté que l'Ontario « n'est assurément pas le chaînon le plus faible de la chaîne de la santé publique provinciale et territoriale ». À la suite de ce constat, les ministres de la Santé du pays ont déterminé qu'il fallait « faire de la santé publique une de leurs priorités absolues, en améliorant l'infrastructure de la santé publique et en augmentant la capacité à l'échelle institutionnelle, provinciale, territoriale et fédérale dans l'ensemble du pays. »

Le système de santé publique

Le système de santé publique est moins visible et a tendance à être moins bien compris que le système de services de santé personnel. Axé sur la prévention de la maladie, la promotion et la protection de la santé, le prolongement de la vie et l'amélioration de la qualité de vie par les efforts organisés de la société, ce système est complémentaire au système de services de santé personnel tout en étant différent. Le fait que les questions de santé publique touchent l'ensemble de la population exige des solutions exhaustives qui normalement regroupent l'éducation et le développement de compétences, la politique sociale, le partenariat et la collaboration intersectoriels, la réglementation, le développement communautaire et le soutien des interventions de prévention clinique efficaces. Le système de santé publique formel est nécessaire mais insuffisant pour améliorer la santé de la population. En plus du système de services de santé personnel, il faut une politique gouvernementale, des organismes non gouvernementaux, des associations locales, des groupes d'affaires, une main-d'œuvre organisée et bien d'autres éléments pour améliorer la santé.

Les fonctions de base du système de santé publique comprennent 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. La création d'agences de santé publique dédiées est un phénomène de plus en plus fréquent et celles-ci englobent toutes les fonctions pour répondre aux nombreuses questions de santé publique. Il y a différents exemples au Canada : l'Agence de santé publique du Canada, l'Institut national de la santé publique du Québec, le centre pour la lutte contre les maladies de la Colombie-Britannique (British Columbia Centre for Disease Control), et une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario dont la création a été annoncée. Qu'ils soient structurés comme agence ou qu'ils soient situés au sein des ministères de la santé du gouvernement, les organismes de santé publique englobent normalement une série de centres de responsabilité qui s'occupent des secteurs de programme de santé publique essentiels (p. ex. maladies transmissibles, maladies chroniques, blessures, santé environnementale, santé infantile, etc.) et des responsabilités de la santé publique (p. ex. mesures d'urgence en matière de santé).

Les organismes de santé publique nationaux et provinciaux ont besoin d'une masse critique d'expertise pour assurer un soutien, des services de consultation et une direction au personnel local. La présence de centres de responsabilité programmatiques facilite l'application des fonctions de base à chaque secteur de contenu. Les stratégies de chacun de ces centres de responsabilité sont coordonnées et intégrées par la planification, l'établissement des priorités et la gestion de l'organisation globale. Le directeur de l'organisation doit être un professionnel de la santé publique chevronné qui relève d'un palier supérieur du gouvernement – habituellement le sous-ministre ou le ministre, ou l'équivalent.

L'organisation de la santé publique au Canada aux niveaux sous-provinciaux normalement tient compte des caractéristiques organisationnelles des autres parties du système de services de santé personnel. Dans la plupart des provinces, il s'agit en quelque sorte d'une structure de régie régionale de la santé. C'est le Québec qui possède le plus d'expérience en structures régionalisées et il est grandement reconnu comme ayant le système de santé publique le plus développé, qui comprend une division de santé publique distincte dans chacune des régions. Un programme de santé publique provincial relie les niveaux pour appuyer une planification et une action coordonnées verticalement et horizontalement au sein du système.

La capacité d'exercer les fonctions de base du système de santé publique dépend de la présence d'une infrastructure de soutien qui comprend une main-d'œuvre compétente et suffisante; une capacité organisationnelle; et des systèmes d'information et de connaissances. Chacune de ces composantes principales de l'infrastructure englobe un certain nombre d'éléments interreliés qui doivent être en place pour assurer le bon fonctionnement d'un système. L'étude du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse évalue essentiellement si ce système a été conçu pour réaliser de façon optimale la mission et les fonctions de base de la santé publique.

Système de santé publique de la Nouvelle-Écosse

Le système de la santé publique actuel de la province est structurellement complexe. Entre le ministère de la Santé et Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse, il y a trois divisions de santé publique. Dans une grande mesure, ces divisions sont axées sur différentes fonctions de base. Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse se concentre principalement sur la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures. Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef du ministère de la Santé pour sa part est axé sur la protection de la santé. Ayant transféré une partie substantielle de son personnel à Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse, la Division de la santé de la population et de la santé publique s'occupe principalement de l'élaboration et de la coordination efficaces des secteurs de programme. La Santé et de la Promotion de la santé sont dirigées par deux ministres distincts dont relève un même sous-ministre. Les fonctions de laboratoire de la santé publique provinciale sont exercées par deux laboratoires d'hôpitaux de soins actifs au niveau tertiaire qui font partie de deux régions de la santé distinctes.

Les inspecteurs de la santé publique (ISP) qui participent aux services d'inspection communautaire et d'inspection de la salubrité de l'eau potable et des aliments, ont été transférés du ministère de la Santé, au début des années 1990, au ministère de l'Environnement (maintenant Environnement et Travail – MET). Un sous-groupe d'inspecteurs de la santé publique s'occupant principalement de la salubrité des aliments a été transféré par la suite au ministère de l'Agriculture et de la commercialisation (maintenant Agriculture et Pêches – MAP). Une série complexe de protocoles d'entente vise à préciser les rôles et les responsabilités entre les trois ministères.

Le personnel local de la santé publique travaille dans neuf régions régionales de la santé (RRS). Les deux plus grandes régions régionales de la santé comptent une population de 391 000 et 135 000 habitants. Les sept autres régions régionales de la santé servent des populations de 34 000 à 84 000. Pour répondre aux préoccupations concernant la masse critique, toutes les régions régionales de la santé, sauf une, sont regroupées dans des régions de services partagés. Il y a un seul directeur de la santé publique pour chaque région de services partagés. Il gère le personnel de la santé publique de deux ou trois régions régionales de la santé qui composent la région de services partagés. Le directeur est embauché par une région régionale de la santé, mais doit rendre compte à chacune des régions régionales de la santé dans la région de services partagés.

Les médecins-hygiénistes régionaux sont des employés provinciaux qui sont situés dans la Région régionale de la santé de la capitale et dans trois régions de services partagés. Ils ont, en vertu de la loi, l'autorité de diriger le personnel au sein des régions régionales de la santé, et au sein du ministère de l'Environnement et du Travail et du ministère de l'Agriculture et des Pêches pour protéger la santé. Ils doivent aussi fournir des conseils spécialisés à ces groupes.

Une nouvelle loi sur la protection de la santé (Health Protection Act) a été adoptée. Elle sera promulguée dès que les règlements auront été mis au point. Les autres fonctions de la santé publique, soit l'évaluation, la surveillance, la promotion de la santé et la prévention des autres maladies en plus des maladies transmissibles et la santé environnementale ne sont pas définies dans la loi. Une série de normes de programmes de santé publique de haut niveau ont été élaborées en 1997, même si leur mise en oeuvre n'est pas suivie de façon explicite.

La capacité du système est limitée. Les effectifs en santé publique regroupés de neuf régions régionales de la santé sont composés de 244 équivalents à temps plein. Peu de personnes possèdent une formation au niveau deuxième cycle universitaire en santé publique.

Dans la province, le nombre de systèmes d'information et leur fonctionnalité sont actuellement limités. Par exemple, les déclarations de maladies transmissibles sont transmises sur papier et tous les mois entre les régions régionales de la santé et les niveaux du système provincial. Il n'y a pas de système de surveillance et de capacité d'analyse pour les autres programmes de santé publique actuellement.

Le financement du système de santé publique est d'environ 31 millions de dollars par année ou de 1,2 % du financement total du système de santé. Ces chiffres ne comprennent pas les coûts des programmes de vaccination ou du volet inspection de la santé publique dans les deux autres ministères du gouvernement (MAP ou MET).

Renouvellement du système envisagé

Pour bâtir un système de santé publique plus efficace et plus solide, il faut une perspective de ce système puisque « les logiques axées sur les systèmes et la coordination des activités dans le cadre d'une infrastructure bien planifiée ne sont pas uniquement utiles en temps de crise – elles constituent des éléments clés du bon fonctionnement d'un régime de santé publique, compte tenu de son application universelle et de l'importance de la prévention. » Il faut raffermir les structures et la capacité au niveau provincial et des régions régionales de la santé et améliorer leur intégration entre elles ainsi qu'avec le système de santé plus général aux niveaux respectifs.

Niveau du système provincial

Même si les conceptions des systèmes des organismes de santé publique nationaux, provinciaux et des États appuient l'intégration et l'application des fonctions de base dans divers dossiers de santé publique, ce n'est pas le cas en Nouvelle-Écosse. La configuration actuelle des trois « divisions » de la santé publique qui est fondée principalement sur les fonctions de base crée des limites artificielles qui nuisent à la capacité d'appliquer toutes les fonctions aux enjeux de la santé publique. La répartition des responsabilités entre deux ou trois organismes distincts créent des inefficacités et des obstacles inutiles qui nuisent à l'analyse exhaustive et à la prise de décisions.

Grâce à la création de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse, il a été possible de concentrer les efforts sur cette fonction importante de la santé publique et de la renforcer. Après le SRAS et l'analyse intensive des systèmes de santé publique qui en a résulté, il est devenu évident que toutes les fonctions de santé publique exigent une attention et doivent être renforcées. Il faut manifestement une organisation de santé publique plus efficace et plus rationnelle dans la province pour maintenir l'engagement du gouvernement envers la promotion de la santé, et pour assurer en même temps que toutes les responsabilités en matière de santé publique seront exercées de façon exhaustive. À l'instar d'autres organismes de santé publique qui se sont démarqués au pays et ailleurs, il faut une organisation de santé publique provinciale unique, forte et dirigée par un directeur de la santé publique très compétent pour guider le renouvellement du système de santé publique de la province.

Également comme les organismes de santé publique qui se sont démarqués ailleurs dans le monde, l'organisation devrait englober une série de centres de responsabilité axés sur les secteurs programmatiques et de contenu clés de santé publique, dont la préparation aux situations d'urgence en matière de santé publique.

Les centres de responsabilité devraient regrouper une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé publique qui participeraient activement à la surveillance, aux normes des programmes, à la prestation d'un soutien spécialisé aux régies régionales de la santé et à la programmation à l'échelle provinciale. Un ou plusieurs médecins-hygiénistes régionaux faisant partie de chaque équipe feraient bénéficier la collectivité de leurs connaissances spécialisées en médecine et en épidémiologie pour le secteur de programme.

Les équipes devront travailler ensemble pour coordonner la planification, l'établissement des priorités et l'élaboration du système. Cette collaboration sera facilitée par la présence d'équipes qui feront partie de la même organisation et qui auront un intérêt commun pour la prévention, la promotion et la protection. L'organisation unique appuiera également l'établissement efficace de l'infrastructure d'un système (p. ex. systèmes d'information communs, mise au point d'un système de surveillance, développement de la main-d'œuvre, évaluation des besoins de la communauté et normes de programmes et obligation de rendre compte).

Un des paramètres conceptuels clés qui devra être analysé davantage est celui de déterminer s'il faut rattacher l'organisme de santé publique regroupé au ministère de la Santé ou le situer à l'extérieur. Une des sections du rapport principal explique certains enjeux dont cette décision devra tenir compte.

Niveau de la régie régionale de la santé

La transition de quatre conseils de santé régionaux vers neuf régies régionales de la santé a posé un énorme défi pour la conception du système de santé publique. Diverses solutions ont été étudiées, et on a fini par mettre en oeuvre le modèle de la région de services partagés. Le but était de maintenir une planification et une coordination régionales parce qu'on craignait que plusieurs régies régionales de la santé n'aient pas autrement une masse critique d'expertise suffisante pour offrir toute la gamme des programmes et des services de santé publique et exercer toutes les responsabilités qui y sont rattachées.

Le modèle de région de services partagés est unique à la Nouvelle-Écosse et vise à créer une fonctionnalité régionale en dehors des structures locales alors que la législation, le financement et les structures de gouvernance sont toutes appliqués au niveau de la régie régionale de la santé. Les efforts pour atteindre, avec ce modèle, une masse critique d'expertise ont été quelque peu retardés par les populations relativement peu nombreuses des régions, les niveaux de financement et les capacités de recruter du personnel spécialisé dans les petits centres.

La population de la Nouvelle-Écosse qui se chiffre à un peu moins d'un million d'habitants équivaut à celle de bon nombre de régies régionales de la santé situées ailleurs au pays. La province a deux niveaux pour l'ensemble de son système de santé, un selon lequel les régies régionales de la santé doivent utiliser une perspective axée sur la santé de la population dans leur planification et la prestation des services, et ce de façon intégrée pour tout le continuum

des services qui comprend les programmes et les services de santé publique. Par conséquent, il n'est pas souhaitable de confier les responsabilités de la santé publique locale en dehors des régies régionales de la santé. Toutefois, vu les bassins de population des régies régionales de la santé, on ne peut pas s'attendre à ce que celles-ci aient la même capacité que les régies régionales de la santé beaucoup plus grandes que l'on trouve ailleurs. Du point de vue de la santé publique, il faut percevoir la Nouvelle-Écosse comme une région unique comprenant une série d'autorités locales qui ont la responsabilité dévolue de faciliter à l'échelon local l'évaluation, l'établissement des priorités et la prestation des services. Cette approche a des répercussions sur le mode de fonctionnement que le système doit adopter.

Les interrelations nécessaires entre le niveau provincial et les régies régionales de la santé pour la santé publique sont très différentes de celles qui doivent exister pour les soins cliniques de chaque patient. Dans le système de service de santé personnel, les fournisseurs de soins primaires communiquent avec le niveau du système tertiaire ou secondaire pour obtenir des conseils ou transférer les soins d'un patient. Ces interventions ont lieu tous les jours et sans la participation du gouvernement provincial. Même si les fournisseurs de services de santé publique de première ligne ont aussi besoin de conseils et de soutien, les paliers suivants du système se trouvent à l'intérieur du gouvernement, à l'échelon provincial et ensuite à l'échelon fédéral. C'est-à-dire que le niveau provincial du système de santé publique doit posséder l'expertise et la capacité voulues pour donner les conseils et le soutien dont les régies régionales de la santé ont besoin. Contrairement aux soins aux patients individuels, il n'est pas possible de transférer la responsabilité à une communauté, tout en espérant que l'expertise en santé publique sera disponible pour aider en cas d'épidémie grave ou inhabituelle, pour fournir des conseils basés sur l'expérience afin de déterminer la façon la plus efficace de modifier les politiques sur le tabagisme dans une communauté, les politiques scolaires pour limiter l'obésité et les contaminants environnementaux, etc.

Contrairement à plusieurs autres parties du système de santé, le niveau de santé publique provincial doit participer activement au soutien de la prestation des programmes par l'autorité locale et dans certains cas, c'est le niveau le plus approprié pour offrir certains aspects des programmes choisis (p. ex. vastes campagnes de marketing social, surveillance, etc.). Il est donc plus approprié d'envisager un ensemble unique de programmes de santé publique et de reconnaître les contributions et les rôles relatifs des niveaux du système dans leur prestation. Au Québec, le programme de santé publique est un point de référence commun pour tous les niveaux du système, ce qui assure l'utilisation de programmes fondés sur l'expérience et qui appuient l'adaptation des programmes aux besoins locaux.

L'intégration des activités de santé publique entre la régie régionale de la santé et les niveaux provinciaux est également complétée par l'intégration de leurs activités à chaque niveau respectif. Par exemple, au niveau de la régie régionale de la santé, le personnel de la santé publique doit collaborer avec le personnel de l'établissement pour la lutte contre les infections et contribuer aux mesures d'urgence dans l'ensemble de la régie régionale de la santé. Le personnel de la santé publique collaborerait également à l'application des données sur la santé de la population pour aider la RRS à établir les priorités et à planifier les mesures de santé. À l'échelon provincial, la santé publique doit collaborer avec d'autres secteurs de programme pour diverses questions de politique, y compris mesures de soins de santé primaires, planification des mesures d'urgence, santé mentale, dépendances, etc.

Le but de cette approche est de s'assurer que le système de santé publique fonctionne comme un système vertical intégré tout en étant intégré simultanément au niveau de la région régionale de la santé et au niveau provincial. Pour réaliser cette vision, il faut une action stratégique afin de mettre sur pied bon nombre d'éléments de soutien et un effort continu pour assurer que le système fonctionne comme il est prévu. Un programme provincial de santé publique (c.-à-d. normes) devra être mis au point, appuyé et mis en oeuvre et devenir un élément clé d'un cadre de responsabilisation global pour le système de santé publique.

Le renouvellement du système officialisera le rôle des médecins-hygiénistes régionaux dont les fonctions de soutien régional auprès des régions régionales de la santé seront rattachées à une des équipes multidisciplinaires provinciales. Ainsi les médecins-hygiénistes pourront s'occuper d'un domaine d'intérêt ou d'expertise particulier pour faire bénéficier l'équipe provinciale de leurs connaissances spécialisées en médecine communautaire, tout en fournissant un soutien médical communautaire généralisé aux régions régionales de la santé identifiées.

Inspection de la santé publique

Pendant les consultations effectuées dans le cadre de l'étude, diverses préoccupations ont été exprimées au sujet de la répartition actuelle des responsabilités et des ressources pour les questions de santé environnementale. Même si l'évaluation et la résolution des problèmes durables liés au statu quo ne relèvent pas du mandat de la présente étude, un processus multi-ministériel doit être mis en place pour cerner les principaux enjeux et préoccupations du point de vue des trois ministères. Ce processus permettra d'analyser les solutions et de discuter de ces solutions pour savoir comment mieux restructurer les responsabilités, les ressources et les liens nécessaires.

Bâtir l'infrastructure du système

Il faut améliorer les structures du système de santé publique, mais cela ne suffira pas à assurer le fonctionnement du système global. L'infrastructure de soutien est la base sous-jacente qui permet au système de remplir ses fonctions. La main-d'œuvre en santé publique est l'élément d'infrastructure le plus important. Sur une base par habitant, le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse n'a qu'une fraction des capacités des autres provinces, pour ce qui est du nombre et des personnes possédant un ensemble de compétences très spécialisées. En général, il faut faire un effort global pour renforcer les composantes de la main-d'œuvre de la santé publique des régions régionales de la santé et de la province. Comme principal employeur des professionnels de la santé publique, le système de santé publique du gouvernement a intrinsèquement intérêt à s'assurer que le nombre de programmes de formation en santé publique est suffisant et que ces programmes répondent aux besoins du système. L'absence actuelle de programmes de formation pour certains professionnels de la santé publique (p. ex. programmes de maîtrise en santé publique, programmes spécialisés en médecine communautaire) devra être comblée en partenariat avec le secteur universitaire, pendant qu'on étudie les possibilités de collaboration avec d'autres provinces de l'Atlantique et l'Agence de santé publique du Canada. Au fur et à mesure que le système sera reconstruit, il faudra adapter et créer des postes qui présenteront un ensemble intéressant de défis et de responsabilités et une bonne rémunération.

La santé publique est un domaine très axé sur l'information. Tout comme les fournisseurs de soins de santé personnels établissent les antécédents, effectuent un examen et font des tests, la santé publique dépend de diverses sources d'information pour évaluer la santé des communautés, fixer l'ordre de priorité des enjeux et planifier, mettre en oeuvre et évaluer les interventions. Même si le SRAS a démontré que le système d'information est très important pour la gestion des épidémies, le besoin de tels systèmes ne se limite pas aux situations de crise. L'analyse des systèmes d'information de la santé publique en Nouvelle-Écosse révèle que peu d'investissements ont été effectués dans les solutions de technologie d'information depuis un bon nombre d'années. La disponibilité et l'utilisation des ordinateurs varient grandement d'une partie à l'autre de la province. Les applications actuelles sont limitées et sont axées principalement sur la surveillance des maladies transmissibles, et offrent peu de soutiens pour les mandats plus vastes de la promotion de la santé et de la prévention des maladies et des blessures globales. La capacité d'évaluer la santé, de dépister les menaces de nature chronique et aiguë et d'y répondre, exige de l'information et des données à jour pour appuyer une prise de décisions efficace. Les conseils communautaires de santé locaux et les régies régionales de la santé ont besoin de soutien et d'outils pour faire des évaluations globales des besoins et établir les priorités. En général, il faut un renforcement global des systèmes d'information de santé publique.

Le laboratoire de santé publique est un élément clé du système de santé publique et est d'une importance cruciale pendant une épidémie. Il s'agit non seulement de la capacité du niveau provincial, mais aussi de celle des nombreux laboratoires dans la province qui effectuent des tests liés à la santé publique. L'information du laboratoire doit être intégrée activement aux programmes de contrôle et de surveillance de la santé publique sur une base continue, et pendant les urgences. Comme l'a démontré le SRAS, il faut se préoccuper de la capacité de réaction avant l'urgence.

Le facteur le plus important qui contribue à la capacité de réaction pendant une urgence est la capacité de base du système. Le présent rapport est axé sur le renforcement de cette capacité de base, non seulement pour les urgences, mais aussi pour l'exercice plus efficace des fonctions de base. Des mesures soutenues et continues précises doivent être adoptées pour planifier les mesures d'urgence, pour former les intervenants et pour exercer les scénarios des situations d'urgence.

La province a récemment mis à jour sa loi sur la protection de la santé. Cette révision est une étape clé pour améliorer son état de préparation. La protection de la santé n'est qu'un aspect du mandat de la santé publique, et à mesure que le renouvellement de la santé progressera au cours des années à venir, il faudra établir un cadre législatif de santé publique plus englobant.

Le renouvellement du système est axé sur les modifications à apporter pour améliorer l'efficacité du système de santé publique. Pour réaliser ces améliorations souhaitées, il faudra des investissements. La Nouvelle-Écosse investit actuellement environ 1,2 % de son budget de la santé en santé publique, les dépenses des vaccins n'étant pas comprises. Cet investissement est inférieur à celui de toutes les autres provinces pour lesquelles des données sont disponibles. Le but n'est pas cependant tout simplement de rattraper les autres provinces, mais de mettre en place le système exigé pour bien répondre aux besoins des Néo-Écossais et Néo-Écossaises. On ne sait pas réellement quel devrait être le niveau optimal d'investissement en santé publique. Certains rapports récents cependant révèlent que le budget de la santé publique, contributions fédérales comprises, doit atteindre de 5 à 6 % des dépenses totales de la santé du secteur public au niveau national. Compte tenu du financement du système actuel et de l'ampleur des mesures requises, il faudra doubler les investissements actuels et faire des investissements accrus et soutenus dans le système sur une période de plusieurs années (c.-à-d. 5 à 10 ans).

Conclusion

Les systèmes de santé publique dans le monde entier n'ont pas reçu suffisamment d'attention au cours des dernières années. La Nouvelle-Écosse ne fait pas exception. Cette province a l'occasion de tirer des leçons des expériences des autres pour bâtir un système de santé publique plus solide et plus efficace qui contribuera à la santé et au mieux-être de tous les Néo-Écossais et Néo-Écossaises.



Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse : *Bâtir un système de santé publique pour répondre aux besoins des gens de la Nouvelle-Écosse*

1. Introduction

Le SRAS, le virus du nil occidental, Walkerton, l'obésité, la pandémie d'influenza, le terrorisme, les changements climatiques. Les défis en santé publique se manifestent à nouveau sans contredit au tournant du XXI^e siècle. En même temps, plusieurs rapports ont fait ressortir, parfois avec des détails plutôt angoissants, le déclin de la capacité de la santé publique partout au Canada¹⁻⁷ et d'autres pays.^{8,9} Même la documentation normale présente des articles qui portent sur ce déclin.^{10,11}

Durant la période post-SRAS, une attention sans précédent a été accordée au système de santé publique. Les premiers ministres des provinces canadiennes ont reconnu que les activités du domaine de la « santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie en réduisant les pressions qu'ils exercent sur le système de santé. »¹²

Au cours de la dernière année, le gouvernement fédéral a créé l'Agence de santé publique du Canada¹ (ASPC) dirigée par le premier administrateur en chef de la santé publique du pays (ASPC). Pour la première fois, les investissements fédéraux ciblent le développement de l'infrastructure des systèmes de santé publique provinciaux. Les agences de santé publique provinciale qui existent en Colombie-Britannique et au Québec sont suivies d'une Agence de promotion et de protection de la santé de l'Ontario dont la création a été annoncée, et en Alberta, du Markin Institute for Public Health.

¹ Le nom Bureau de Promotion de la santé a été remplacé par Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse en 2005. L'appellation actuelle est utilisée dans le présent rapport.

C'est dans ce contexte dynamique que le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse (PSNE) ont commandé une étude externe pour évaluer la capacité, les forces, les limites et les possibilités actuelles et pour positionner la Nouvelle-Écosse afin de développer un système de santé publique viable et plus fort. Les buts de l'étude étaient les suivants :

- Évaluer le système de santé publique actuel en Nouvelle-Écosse en tenant compte des rapports et des recommandations reconnus à l'échelle nationale.
- Évaluer les forces, les limites et les possibilités du système pour s'assurer que celui-ci est adapté, intégré, coordonné, efficace et prêt à faire face aux menaces nouvelles et actuelles pour la santé publique – les menaces de nature aiguë et chronique.
- Formuler des recommandations afin de s'assurer que la Nouvelle-Écosse est dans une situation optimale pour tirer profit des investissements provinciaux et fédéraux.

Les récents rapports ont servi de guide afin d'évaluer les mesures qui doivent être prises pour renouveler le système de santé publique gouvernemental formel de la Nouvelle-Écosse. Une gamme variée d'intervenants du système, depuis le personnel de première ligne, les cadres supérieurs des régies régionales de la santé et les organismes gouvernementaux, jusqu'au personnel du ministère provincial et aux représentants élus ont participé à cette étude. Au cours de cette démarche, on a pu bénéficier de la sagesse des dirigeants cadres de la santé publique des autres provinces et territoires qui ont donné bénévolement de leur temps au cours de cette étude.

Les sections préliminaires de ce rapport présentent de l'information générale sur le contexte de l'étude (Section 2), les fonctions et l'infrastructure d'un système de santé publique (Section 3) et une description du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse (Section 4). Les autres sections présentent une analyse et une description des mesures à prendre pour le renouvellement du système. Les annexes contiennent une liste d'abréviations utilisées dans le présent rapport en plus de matériel supplémentaire.



2. Contexte de l'étude

2.1. Enjeux de la santé publique en Nouvelle-Écosse

La santé du public est influencée par divers facteurs ou « déterminants » de la santé (voir encadré). Au cours des dernières décennies, le Canada a été un chef de file international dans la description conceptuelle des nombreux facteurs, en particulier ceux qui dépassent la prestation des services de santé personnels, et qui influencent la santé et le mieux-être. (voir case).^{13,14} Vu les ramifications complexes de la cause qui influence les comportements liés à la santé et l'état de santé, il faut adopter des approches globales pour améliorer la santé. Par exemple, les pratiques d'hygiène personnelles et les capacités d'adaptation ne sont qu'une série de déterminants de la santé et elles n'existent pas séparément des autres déterminants. Les facteurs sociaux et économiques exercent une grande influence. Les interventions axées principalement sur le changement des comportements personnels tendent à avoir moins de succès auprès des groupes à faible revenu, ce qui crée des disparités encore plus marquées dans le domaine de la santé.¹⁵ Les approches en matière de santé publique doivent donc tenir compte de l'influence des multiples déterminants dans l'évaluation et la protection de la santé des populations.

Principaux déterminants de la santé

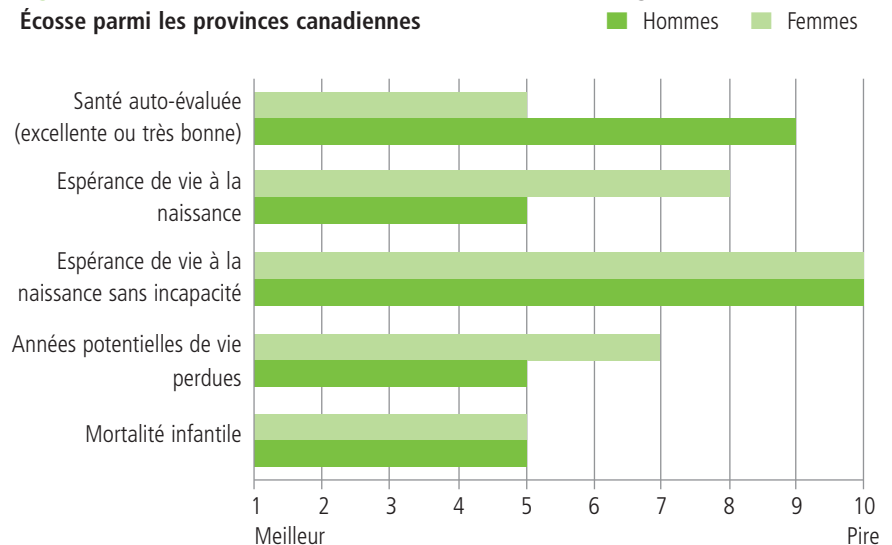
- Revenu et condition sociale
- Réseaux de soutien social
- Formation et alphabétisme
- Emploi et conditions de travail
- Environnement social
- Environnement physique
- Pratiques d'hygiène personnelles et capacités d'adaptation
- Sain développement de l'enfant
- Biologie et patrimoine génétique
- Services de santé
- Sexe
- Culture

Source : Comité consultatif F/P/T sur la santé de la population. Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens, 1999.

En l'absence d'une évaluation globale de la santé des gens de la Nouvelle-Écosse, les Figures 1 à 3 présentent un résumé simple du classement relatif de la Nouvelle-Écosse parmi les provinces canadiennes pour une série choisie de mesures de l'état de santé et de déterminants de la santé.

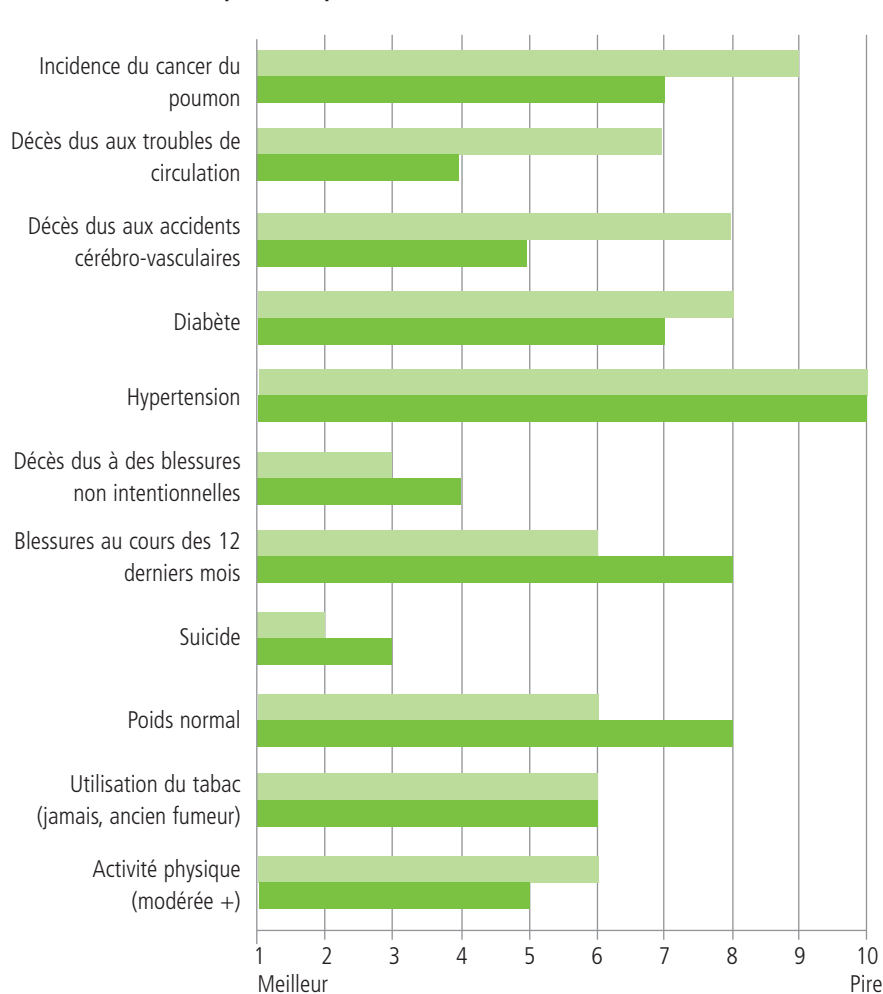
La Figure 1 présente le classement pour une série de mesures de l'état de santé global. Même si la Nouvelle-Écosse se classe cinquième, ce qui est particulièrement

Figure 1 : Classement de mesures choisies de l'état de santé global de la Nouvelle-Écosse parmi les provinces canadiennes



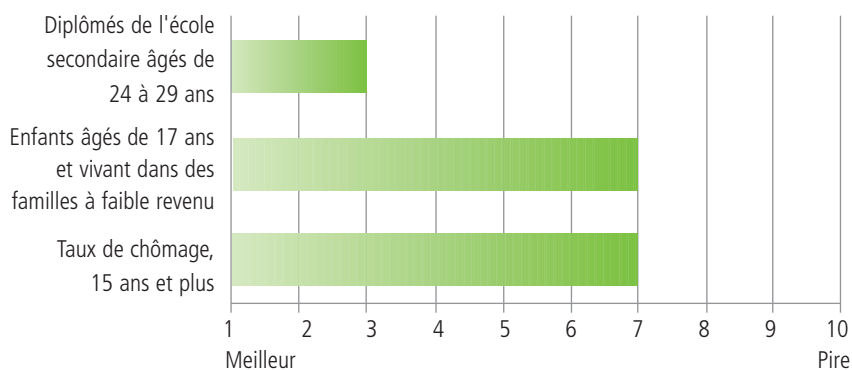
Voir l'annexe A pour des détails sur les sources de données pour cette figure.

Figure 2 : Classement de maladies, blessures et comportements de la santé choisis en Nouvelle-Écosse parmi les provinces canadiennes



Voir l'annexe A pour détails sur les sources de données pour cette figure.

Figure 3 : Classement de déterminants choisis de la santé non liés au comportement en Nouvelle-Écosse par rapport aux provinces canadiennes



Voir annexe A pour détails sur les sources de données de cette figure.

étonnant c'est l'espérance de vie, sans incapacité, qui est la plus faible au pays pour les hommes et les femmes.

La Figure 2 présente une situation mixte du classement pour plusieurs maladies, blessures ou comportements en matière de santé. Bon nombre se trouvent dans la plus faible moitié des provinces où le taux de prévalence de l'hypertension est le plus élevé au pays. La prévalence du diabète est également élevée. Même s'il y a un décalage entre ces deux conditions précurseurs et les maladies vasculaires, les décès dus aux maladies cardiaques et aux accidents cérébro-vasculaires sont déjà élevés, en particulier chez les femmes. Par contre, les taux de décès dus à des blessures non intentionnelles et au suicide sont plus faibles que dans la plupart des autres provinces.

La Figure 3 présente le classement relatif pour les déterminants de la santé non liés au comportement. Le pourcentage de jeunes adultes qui ont un diplôme d'études secondaires est le troisième au pays. Toutefois, la proportion d'enfants qui grandissent par des familles à faible revenu et le taux de chômage de la province se classent septième. Le revenu moins élevé et les taux de chômage plus élevés influencent la santé et les comportements en matière de santé de plusieurs façons et nuisent à la capacité des populations touchées d'atteindre un meilleur état de santé.¹⁵

Étant donné que la plupart des mesures de l'état de santé se classent dans la plus faible moitié des provinces canadiennes, il ne fait aucun doute que les gens de la Nouvelle-Écosse font face à divers défis en matière de santé publique. Puisque quelques-unes des mesures moins souhaitables concernent les conditions précurseurs et les déterminants de la santé, cette situation aura des incidences sur l'état de santé à l'avenir à moins que des changements positifs ne soient pas effectués.

Les efforts pour remédier à cette situation, principalement à l'aide des services de santé personnels, sont coûteux et inefficaces. Il a été estimé que l'inactivité physique coûte au système de soins de santé de la Nouvelle-Écosse 66,5 millions de dollars par année pour les hôpitaux, médecins et médicaments seulement, ce qui équivaut à 4 % des dépenses totales du gouvernement pour ces services.¹⁶ Le tabagisme coûte au système de soins de santé de la Nouvelle-Écosse 168 millions de dollars en coûts directs pour les soins de santé.¹⁷ Ces coûts par conséquent ne comprennent pas les coûts indirects qu'engendre la perte de productivité ni les coûts personnels de la souffrance et de la perte.

Au cours des 10 dernières années, les dépenses en santé pour le gouvernement de la Nouvelle-Écosse ont augmenté en moyenne de 6,5 % par année.¹⁸ Ironiquement, étant donné que des proportions accrues du budget provincial proviennent des coûts des soins de santé, la capacité des gouvernements de faire des investissements dans d'autres déterminants importants de la santé comme l'éducation, le logement et le développement de la petite enfance est de plus en plus limitée.

Les statistiques ordinaires ne saisissent pas les événements rares mais graves. Même si la Nouvelle-Écosse a été affectée à plusieurs reprises au cours des dernières années par une série d'urgences technologiques et naturelles, les nombreuses situations d'urgence en santé publique survenues au Canada, principalement par hasard, ont touché d'autres régions du pays. Avec un aéroport international, un port de mer important et une multitude de réseaux d'eau potable, la Nouvelle-Écosse doit être prête à prévenir et à atténuer l'impact des urgences en santé publique.

2.2. Accent mis récemment sur les systèmes de santé publique au Canada et à l'échelon international

Les préoccupations concernant l'état des systèmes de santé publique au Canada datent d'avant l'épidémie de SRAS. Comme l'a fait remarquer le rapport Naylor, « il y a beaucoup à retenir de l'épidémie de SRAS au Canada, en majeure partie parce que trop de leçons au début ont été ignorées. »³ L'enquête de la Commission Krever sur les produits de sang contaminé a révélé un manque de capacité dans bien des régions du pays (voir l'encadré).¹⁹ Un rapport de 2001 préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, à la demande de la Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé, reflète l'opinion générale suivante :

« Un manque d'investissement dans le renforcement des capacités a affaibli la capacité des gouvernements et des fournisseurs de services à créer des conditions qui déterminent la santé, à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens, et à prévenir les maladies et les blessures évitables. Le manque de ressources et de volonté pour appuyer adéquatement le secteur de la santé publique du système de santé du Canada sont les obstacles les plus souvent mentionnés à tous les échelons qui empêchent le secteur de la santé publique de s'acquitter de son mandat et de répondre aux problèmes courants, émergents et urgents. »¹

Juste avant l'épidémie de SRAS, un rapport parrainé par les Instituts de recherche en santé du Canada sur l'avenir de la santé publique au Canada a recommandé des fonctions clairement définies pour le système, une législation moderne et des rôles et des responsabilités définis, des mécanismes de responsabilisation ainsi que des structures de prestation et des effectifs appropriés.² L'épidémie de SRAS a fourni la preuve confirmative qui démontre :

- Un manque de clarté dans le leadership, la gouvernance, les rôles et les responsabilités
- Une capacité et une coordination inégales
- Une pénurie de ressources humaines en santé publique, y compris une capacité de réaction insuffisante.
- Des écarts dans la capacité de laboratoire et les interventions d'urgence
- Un manque de capacité en recherche
- Une communication non précise des risques.³

Commission Krever et santé publique

« Les services de santé publique de nombreuses régions du Canada n'ont pas suffisamment de ressources pour s'acquitter de leurs fonctions. Ils doivent disposer de ressources et d'un personnel suffisants pour exercer une surveillance adéquate des maladies infectieuses, pour concevoir et mettre en oeuvre des mesures propres à freiner la propagation de ces maladies, notamment celles qui se transmettent par le sang, et pour communiquer avec d'autres responsables de la santé publique tant à l'échelon fédéral qu'à l'échelon provincial et territorial. Le sous-financement chronique des services de santé publique nuit à la population canadienne, sans compter qu'il compromet la sécurité de l'approvisionnement en sang, »

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

Dans son évaluation du système de santé publique de l'Ontario, le juge Campbell a fait l'évaluation catégorique suivante :

Le SRAS a démontré que le système de santé publique de l'Ontario est défaillant et qu'il faut y remédier... [le SRAS] a démontré que le système central de santé publique de l'Ontario n'était pas préparé, était morcelé, mal dirigé, non coordonné et animé professionnellement, que ses ressources étaient inadéquates et que, en règle générale, il était incapable de s'acquitter de son mandat.⁶

Bon nombre des défis auxquels l'Ontario fait face ne sont pas uniques. Le rapport Naylor a fait remarquer que le système de l'Ontario n'est « assurément pas le maillon le plus faible de la chaîne de la santé publique provinciale et territoriale. »²⁰ D'autres pays ont aussi reconnu que moins d'attention est accordée à la santé publique et qu'il y a eu un déclin dans le fonctionnement du système sur une période de nombreuses années.

Aux États-Unis, l'Institute of Medicine, qui fournit des conseils objectifs et indépendants sur les questions qui touchent la vie des personnes, a produit d'importants rapports sur le besoin de renforcer le système de santé publique et ses effectifs.^{8,21,22} Les U.S. Centers for Disease Control and Prevention ont également fait valoir le besoin de renforcer l'infrastructure du système.²³ En Angleterre, le médecin-hygiéniste en chef a indiqué qu'il faut renforcer la fonction de la santé publique à l'intérieur du système de santé et s'adapter aux nombreux changements survenus dans la structure.⁹ En Australie, les gouvernements fédéral et des États se sont concertés pour créer un National Public Health Partnership afin de renforcer l'infrastructure du système et de mieux coordonner les interventions.²⁴

Dans l'analyse après le SRAS, le rapport Naylor précise : « ...les preuves de menaces actuelles et potentielles à la santé des Canadiens dues aux faiblesses de l'infrastructure de la santé publique s'accumulent depuis des années sans qu'il y ait d'interventions exhaustives de la part des divers paliers de gouvernement... La gravité de l'épidémie et les défis qui se sont présentés au cours de la crise du SRAS sont généralement considérés à juste titre comme des indicateurs des besoins de renforcer les systèmes canadiens de santé publique. »³ Conséquemment, la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé a reconnu en septembre 2003 le besoin de :

« Faire de la santé publique une des premières priorités, en améliorant l'infrastructure en santé publique et en accroissant la capacité en santé à l'échelle institutionnelle, provinciale, territoriale et fédérale en tirant partie des forces actuelles et en s'inspirant des progrès accomplis dans l'ensemble du pays. »²⁵

La prochaine section décrira de façon plus détaillée les fonctions de base et l'infrastructure nécessaire pour le système de santé publique.

3. Fonctions et infrastructure d'un système de santé publique

La santé publique est définie comme suit :

La santé publique peut se décrire comme la science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir la maladie, de prolonger la vie et d'améliorer la qualité de vie par des efforts organisés de la société. La santé publique associe science, compétences et convictions pour le maintien et l'amélioration de la santé de tous par des interventions collectives. Les programmes, services et institutions en cause tendent à insister sur deux points : la prévention des maladies et les besoins de l'ensemble de la population en matière de santé.²⁶

Cette définition renferme plusieurs concepts importants. Premièrement, la santé publique met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie, dont la protection de la santé est un prolongement naturel. Deuxièmement, cette définition poursuit les objectifs de prolonger la vie et d'améliorer la qualité de vie par des efforts organisés collectifs. Cette définition diffère du système de soins de santé personnel mais y est complémentaire et exige des liens solides avec ce système, qui a des forces particulières en diagnostic, traitement et réadaptation. Les efforts organisés de la société pour améliorer la santé exigent que le gouvernement travaille en collaboration et en partenariat avec les secteurs non gouvernementaux pour réaliser cette mission.

Même si elle est complémentaire aux services cliniques qui fonctionnent à un niveau individuel, la santé publique adopte essentiellement une perspective fondée sur des groupes de personnes ou la population. Le besoin de revoir et de renforcer le système de santé publique repose sur sa contribution aux éléments suivants :

- Améliorer les niveaux de l'état de santé de la population et réduire les disparités en santé
- Diminuer le fardeau sur le système de services de santé personnel et ainsi contribuer à sa viabilité
- Améliorer l'état de préparation et la capacité de réaction pour les urgences en matière de santé.²⁷

3.1. Fonctions de base de la santé publique

De nombreux pays et organismes multinationaux (p. ex. OMS, Organisation panaméricaine de la santé) ont défini les fonctions essentielles des systèmes de santé publique. Même si le Canada n'a pas un ensemble officiel de fonctions de base de la santé publique, en 2001, le Comité consultatif sur la santé de la population a recommandé cinq fonctions de base pour le système de santé publique.¹ Ces fonctions ont été de plus en plus reconnues dans les rapports qui ont suivi et dans les lois provinciales sur la santé publique (p. ex. *Loi sur la santé publique* du Québec). Les fonctions de base sont les suivantes :

- 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
- La protection de la santé

L'évaluation de la santé de la population et la surveillance de l'état de santé sont des fonctions exigées de la santé publique. Pour évaluer la santé de la population, il faut à priori comprendre la santé des populations, les facteurs qui sous-tendent une bonne santé et ceux qui créent des risques pour la santé. Ces fonctions sont souvent évidentes dans les profils de santé communautaire et les rapports de santé qui guident l'établissement des priorités, la planification, la prestation et l'évaluation des programmes. La surveillance de la santé est un processus continu et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation des données pour assurer une prise de décisions éclairée. Elle permet de reconnaître dès le début les épidémies, les tendances des maladies, les déterminants de la santé et les cas de maladies, ce qui permet en retour d'intervenir de façon précoce et d'atténuer l'impact.

La promotion, la prévention et la protection sont les fonctions d'intervention de la santé publique. La promotion de la santé est caractérisée par des activités collectives qui mènent à de saines politiques publiques, à l'acquisition de compétences et à la création d'environnements physiques et sociaux qui appuient la santé. Les approches globales en matière de promotion de la santé peuvent inclure le développement communautaire, la promotion des politiques et la prise de mesures concernant les déterminants environnementaux et socio-économiques de la santé et de la maladie.

Bon nombre de maladies peuvent être prévenues ou retardées et certaines blessures peuvent être évitées (p. ex. utilisation du casque du cycliste). Cette catégorie d'activité englobe également l'enquête, le suivi des contacts et les mesures de prévention ciblées pour réduire les risques d'épidémies de maladies infectieuses. Cette catégorie chevauche la promotion de la santé, en particulier pour ce qui est des programmes éducatifs qui ciblent des habitudes de vie plus sécuritaires et plus saines. De nombreuses actions de prévention visent à protéger la santé de la population, y compris à garantir la salubrité de l'eau et des aliments, le cadre réglementaire pour contrôler les maladies infectieuses, et la protection contre les menaces environnementales.

Les fonctions de base de la santé publique ne sont pas mutuellement exclusives. Dans la pratique, elles sont très interdépendantes et ne peuvent pas être exécutées isolément. Pour aborder globalement les enjeux en matière de santé publique, il faut procéder à une analyse et à la prise de mesures pour plusieurs fonctions. Par exemple, pour le contrôle de l'usage du tabac, les cinq fonctions doivent être utilisées de façon intégrée. L'évaluation de la santé de la population serait utilisée pour mieux comprendre qui fume et l'impact des déterminants en amont de la santé qui contribuent au tabagisme (p. ex. agents stressants, soutien, revenu, disponibilité, etc.). La surveillance continue vérifierait les taux de tabagisme, ainsi que ses conséquences à long terme (p. ex. maladie cardiaque, cancer du poumon). Ces deux fonctions de vérification orientent l'élaboration des stratégies et des interventions pour améliorer la santé de la population. Les interventions en matière de prévention des maladies fourniraient des interventions de prévention clinique afin d'aider les fumeurs à renoncer au tabac. Des stratégies de promotion de la santé de marketing social, des mesures communautaires et de saines politiques publiques seraient mises en oeuvre pour faire avancer les normes de la société. Des stratégies de protection de la santé afin de réduire l'exposition à la fumée secondaire seraient également mises en oeuvre.

Cette interdépendance des fonctions de base s'appliquent essentiellement à tous les enjeux de la santé publique, qu'il s'agisse de maladies transmissibles, de maladies non transmissibles, de blessures, du sain développement de l'enfant, de la santé des aînés ou de la santé environnementale. Le contenu spécifique change avec le sujet, mais les principes et les fonctions de la santé publique demeurent les mêmes.

3.2. Approches en matière de santé publique

Les enjeux de la santé publique qui touchent toute la population appellent des interventions globales. Par exemple, les réductions massives de l'usage du tabac réalisées au cours des trois dernières décennies sont attribuables à l'utilisation d'interventions mutuellement appuyées.²⁸ L'épidémie de l'obésité exigera également un ensemble global d'interventions.^{29,30} Les approches en matière de santé publique habituellement regroupent les éléments suivants :

- Formation et développement de compétences
- Politique sociale
- Partenariat et collaboration intersectoriels
- Réglementation
- Développement communautaire
- Soutien des mesures de prévention clinique efficaces.

L'expérience a démontré que les mesures d'interventions isolées ne sont pas efficaces. Par exemple, les campagnes de communication de masse connaissent le plus de succès lorsqu'elles sont rattachées à d'autres interventions.³¹ Le besoin d'adopter des approches globales se traduit dans la structure et le contenu des normes des programmes de santé publique.^{32,33}

Il existe une grande corrélation entre la santé de la population et la santé publique puisque la santé publique utilise un cadre de santé de la population pour analyser l'état de santé et agir afin de l'améliorer. Ce constat ne laisse pas entendre pour autant que les praticiens en santé publique sont les seuls à adopter une approche axée sur la santé de la population puisque de nombreux intervenants dans le système de santé visent une telle approche. Néanmoins, dans une régie régionale de la santé ou un ministère provincial de la santé, normalement c'est au sein du groupe de santé publique que se trouve la plus forte concentration d'expertise et d'expérience en analyse et en application des concepts de santé de la population. Un des arguments les plus convaincants en faveur de l'inclusion des praticiens de la santé publique au sein des régies régionales de la santé c'est qu'une telle inclusion permettrait de recruter des experts en santé de la population à l'intérieur de la régie de la santé.

3.3. Collaboration, partenariat et liens stratégiques

La santé publique est appelée à évaluer l'état de santé de la population et à travailler, en collaboration pour l'améliorer. Par exemple, les objectifs de la Santé publique nationale de la Suède indiquent que « puisque les préoccupations concernant la santé publique sont influencées par de nombreux secteurs différents de la société, il importe d'établir des objectifs qui peuvent servir de principes directeurs pour le travail effectué dans les divers secteurs...[reconnaissant] que la majeure partie du travail de santé publique doit se faire à l'extérieur du secteur des soins de santé (p. ex. écoles, milieux de travail, communautés, etc.). »³⁴ Au Québec, la *Loi sur la santé publique* précise que son contenu porte sur « la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et les mesures de façon à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée. Ces mesures visent le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu. »³⁵

Le système de santé publique formel est nécessaire, mais il est insuffisant pour améliorer la santé de la population. Les autres parties du système de santé et les autres ministères du gouvernement sont d'une importance cruciale. Le système de santé publique non formel est un partenaire clé de la santé publique et englobe des organismes non gouvernementaux, les associations locales, les groupes d'affaires, les syndicats et bien d'autres. Il faut des partenariats pour que la santé publique puisse influencer les déterminants en amont de la santé comme le soutien social et les conditions pour le développement sain de l'enfant.

Par exemple, la santé publique est l'organisme chargé d'enquêter sur les cas et les contacts de maladies transmissibles. La santé publique doit travailler avec le système de services de santé personnel pour assurer l'enquête clinique et le traitement. Les facteurs du milieu physique et social influencent souvent la prévalence d'un mauvais état de santé. Lors d'une épidémie de tuberculose, il peut devenir apparent que les conditions de logement et la mauvaise alimentation des personnes augmentent le risque d'exposition aux infections actives et la manifestation de ces infections chez un groupe particulier de la population. La santé publique ne peut pas faire face à ces facteurs contributifs sans l'aide et la participation active des autres secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. La santé publique serait appelée à faire participer activement ses partenaires potentiels au dépistage et à la résolution des problèmes mutuels. On pourrait facilement trouver des exemples semblables pour les autres enjeux de la santé publique qui nécessitent des approches collectives (p. ex. blessures, maladies chroniques, etc.). Du point de vue de l'infrastructure, le système de santé publique a besoin non seulement de mécanismes pour appuyer et consulter les organismes non gouvernementaux, mais aussi de mécanismes pour consulter et entreprendre une planification collective afin d'élaborer des stratégies pour les enjeux importants de la santé publique.³

Dans le système de santé plus global, le système de santé publique doit avoir un certain nombre de liens stratégiques :

- Leadership cadre au sein des régies de la santé et du conseil : pour contribuer à l'analyse de la santé de la population et à la prise de décisions.
- Contrôle des infections dans les établissements : pour coordonner la communication et les mesures pour l'enquête et le contrôle des maladies transmissibles.
- Évaluation et surveillance : meilleure utilisation des systèmes d'information sur la prestation des services (ex. visites au service d'urgence) pour évaluer le fardeau et les caractéristiques des enjeux de la santé (p. ex. blessures) et pour éclairer la planification et la mise en oeuvre des programmes axés sur les besoins.
- Planification interorganismes : planification coordonnée et analyse des enjeux de la santé pour tout le continuum afin de dépister et de combler les lacunes; d'améliorer la continuité des services (p. ex. aux familles, aux personnes avec un état de santé spécifique, etc.).

Le besoin de raffermir les liens entre la santé publique et les soins de santé primaires est d'une importance particulière. Ce renforcement a été recommandé dans tous les rapports après l'épidémie de SRAS,³⁻⁵ mais il dépasse grandement les situations d'épidémie. Le travail de développement pour tracer et développer systématiquement ces liens dans le pays ne vient que de commencer. Un élément clé consiste à appuyer l'exercice des fonctions de la santé publique dans les milieux de soins primaires. Par exemple, il pourrait s'agir de mécanismes pour appuyer le rendement des interventions de prévention clinique efficaces et ces mécanismes sont actuellement inclus dans les normes des programmes de santé publique en Ontario et au Québec. L'Annexe B fournit d'autres informations sur les rôles complémentaires de la santé publique et des soins primaires pour divers secteurs.

3.4. Programmes et services de santé publique

Le Canada n'a pas encore établi une série d'attentes à l'égard des programmes pour le système de santé publique, alors que les États-Unis l'ont fait il y a une décennie.³⁶ Leur liste des services essentiels servent de cadre pour de nombreux aspects de l'élaboration du système de santé publique dans ce pays (voir case).

Services de santé publique essentiels aux États-Unis

- Diagnostiquer et vérifier les problèmes de santé et les risques pour la santé dans la communauté
- Informer, sensibiliser et habiliter les gens dans les domaines de la santé
- Créer des partenariats communautaires pour dépister et régler les problèmes de santé
- Élaborer des politiques et des plans qui appuient les efforts individuels et communautaires en matière de santé
- Appliquer les lois et les règlements qui protègent la santé et qui assurent la sécurité
- Mettre les gens en contact avec les services de santé personnels nécessaires et assurer la prestation de soins de santé qui ne sont pas disponibles ailleurs
- Assurer une main-d'œuvre compétente en santé publique et en soins de santé personnels
- Évaluer l'efficacité, l'accessibilité et la qualité des services de santé personnels et axés sur la population
- Chercher de nouvelles approches et des solutions innovatrices pour les problèmes de santé.

Source : Public Health Functions Steering Committee. Public Health in America. 1994

Dans l'ensemble du Canada, les praticiens de la santé publique sont normalement chargés de fournir la programmation et les services pour la prévention des maladies non transmissibles et des blessures; la prévention et le contrôle des maladies transmissibles comprennent la préparation et les mesures d'intervention pendant les épidémies et les urgences, un sain développement dans les groupes d'âge, et la santé environnementale. Par exemple, les secteurs de programme de la santé publique de la Saskatchewan sont présentés au Tableau 1³⁷ et sont semblables aux secteurs de programmes obligatoires des autres provinces.

Tableau 1 : Programmes de santé publique - Saskatchewan		
Familles en santé	Environnement sain	Contrôle des maladies transmissibles
Résultats de naissance saine	Aliments et eau	Contrôle des infections dans les établissements
Développement sain de l'enfant	Eau récréative	Vaccin pour les maladies qui peuvent être prévenues
Santé dentaire	Hébergement public	Organismes résistants aux antimicrobiens
Sécurité alimentaire	Logement sécuritaire	Infections transmissibles sexuellement et pathogènes à diffusion et hématogènes
Prévention des abus	Risques environnementaux	Maladie liée au voyage
Réduction de comportements de risque chez les adolescents	Environnement et communautés durables	Maladies transmissibles spécifiques
Réduction des grossesses chez les adolescentes	Déchets dangereux	Tuberculose
Réduction de l'isolement des aînés	Intervention en situation d'urgence	Zoonoses et maladie transmissibles par des vecteurs biologiques
Prévention des maladies chroniques	Prévention des blessures	Contrôle des épidémies
Promotion de l'activité physique	Blessures à la ferme	
Réduction du tabagisme	Blessures causées par des véhicules à moteur	
Bonne nutrition	Blessures chez les jeunes et les enfants	
Prévention de l'abus de substances	Chutes des aînés	
Réduction du stress	Violence communautaire	

3.5. Structures de la santé publique

Afin d'assurer les fonctions de base de la santé publique et de pouvoir évaluer, planifier, élaborer et mettre en oeuvre des programmes de façon efficace, il faut accorder une attention particulière à la structure du système gouvernemental formel de santé publique. Selon les définitions déjà établies, la santé publique englobe les activités organisées pour améliorer la santé. Ainsi, les structures organisationnelles doivent appuyer la réalisation de cette mission et faciliter l'intégration des fonctions de base. La tendance a été de plus en plus d'établir des agences de santé publique dédiées qui exercent les cinq fonctions de base pour tous les enjeux de la santé publique. Normalement, une série de centres de responsabilité sont créés pour regrouper des équipes multidisciplinaires par secteur de programme. Par exemple, l'Agence de santé publique du Canada englobe actuellement les centres suivants :

- Centre de développement de la santé humaine
- Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
- Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
- Centre des services d'urgence
- Coordination de la surveillance
- Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire et Laboratoire national de microbiologie
- Politique stratégique; Services de gestion et des programmes; Services de gestion de l'intégration opérationnelle.³⁸

D'autres organismes de santé publique ont une structure semblable axée sur les programmes. Des exemples sont fournis à l'Annexe C.

Les organismes provinciaux et nationaux de la santé publique ont besoin d'une masse critique d'expertise afin d'établir les fonctions de base de la santé publique de façon intégrée pour tous les problèmes de la santé publique auxquels fait face la population. La présence de centres de responsabilité programmatiques facilite l'application de toutes les fonctions de base à chaque secteur. Le personnel professionnel de ces équipes doit posséder une bonne expérience et être très spécialisé afin de pouvoir offrir des services de consultation et une direction au personnel local. Les stratégies de ces centres de responsabilité sont coordonnées et intégrées par la planification, l'établissement des priorités et la gestion de l'organisation globale. Le directeur de l'organisation peut être un professionnel de la santé publique possédant beaucoup d'expérience qui relève d'un palier supérieur du gouvernement – habituellement du sous-ministre ou du ministre, ou l'équivalent.

L'organisation de la santé publique au Canada aux niveaux sous-provinciaux reflète normalement les caractéristiques organisationnelles des autres parties du système de soins de santé. Dans la plupart des provinces, il s'agit d'une forme de structure d'une régie régionale de la santé. C'est le Québec qui possède le plus d'expérience en structures régionalisées. Il est grandement reconnu qu'il a le système de santé publique le plus développé. Chaque régie régionale de la santé a une division de la santé publique distincte dirigée par un directeur de la santé publique régionale qui relève du directeur général de la régie de la santé, mais qui sur le plan professionnel est redevable envers le directeur provincial de la santé publique. La prestation des services de santé publique locaux est assurée par les CLSCⁱ, ce qui facilite l'intégration des soins de santé primaires, des services de santé publique et des autres services sociaux et de santé au niveau de la communauté. Les tâches de la santé publique plus complexes qui nécessitent une expertise plus pointue sont exécutées aux niveaux provincial et régional. Un programme de santé publique provincial assure le lien entre les différents niveaux du système pour appuyer une planification et une action coordonnées verticalement et horizontalement au sein du système.³³ Les fonctions, les approches, la structure, les rôles et les responsabilités des divers intervenants du système de santé publique au Québec sont prévus dans la *Loi sur la santé publique*.

Dans d'autres provinces, les structures de santé publique au sein des régies régionales de la santé n'ont pas été définies de façon assez explicite. Dans les plus grandes régies régionales de la santé, les divisions de santé publique identifiables sont la norme. Dans les petites régies régionales de la santé, le personnel de la santé publique a eu tendance à être dispersé. L'impact de la régionalisation sur la capacité de la santé publique n'a pas été évalué formellement³⁹, même si de nombreux rapports d'informateurs clés ont soulevé des préoccupations importantes.^{1,40,41}

Comme l'a expliqué le rapport de la Phase 1, deux principales raisons semblent justifier le rattachement stratégique de la santé publique aux régies régionales de la santé : i) assurer une forte direction et un ensemble de solides compétences pour appuyer la perspective de la santé de la population de la régie de la santé et ii) favoriser l'intégration des services choisis. La Phase I a également fait ressortir certaines menaces interreliées potentielles qui doivent être dépistées et gérées pour que la santé publique puisse se développer à l'intérieur des régies régionales de la santé.ⁱⁱ

ⁱ Centre local de services communautaires – community health centres in Quebec.

ⁱⁱ Ces menaces potentielles comprenaient : inclusion de la santé publique dans les régies régionales de la santé comme mesure après coup; fragmentation des programmes et du personnel de la santé publique; perte de visibilité et de profil; réaffectation du financement et des ressources vers les services cliniques; temps exigé pour participer activement à la planification et à la gestion régionales; absence d'attentes précises et de responsabilisation pour la santé publique.

3.6. Infrastructure du système de santé publique

La capacité d'exercer les fonctions de base du système de santé publique dépend de la présence d'une infrastructure de soutien qui comprend les éléments suivants :

- Main-d'œuvre suffisante et compétente
- Capacité organisationnelle
- Systèmes d'information et de connaissances.²⁷

Ces principaux éléments d'infrastructure comprennent un certain nombre d'éléments interreliés qui, dans bien des cas, représentent des rôles de soutien pour les fonctions de base. Par exemple, la recherche appliquée et l'évaluation, la formation de la main-d'œuvre et la mise au point de systèmes d'information ne sont pas des fins en soi, mais ces éléments existent pour soutenir l'exercice des fonctions de base du système.

Tableau 2 : Catégories et éléments de l'infrastructure du système de santé publique

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

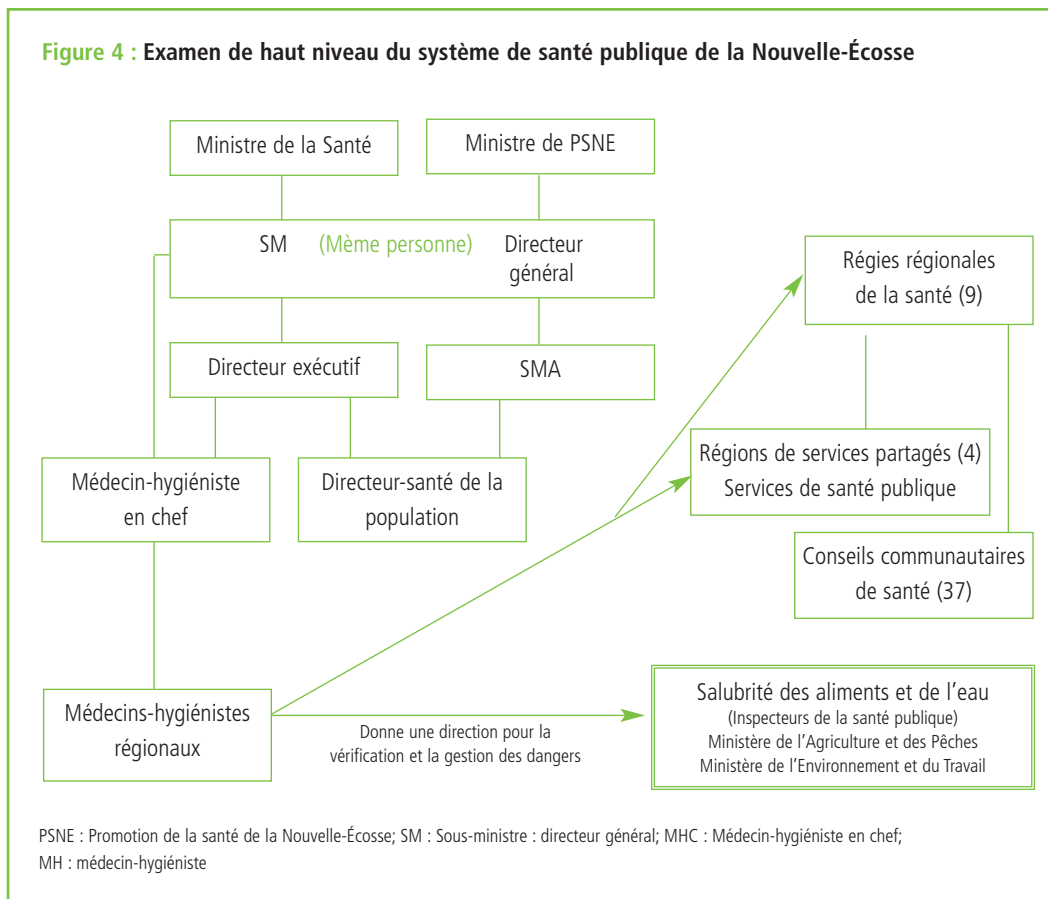
Source : Améliorer l'infrastructure du système de santé publique au Canada, 2005.²⁷

Ces éléments de l'infrastructure sont le point d'appui du système de santé publique et leur développement pose des défis relativement plus grands pour les petites provinces. L'étude du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse est en majeure partie un examen de son infrastructure. Cette étude évalue essentiellement si le système a été conçu pour réaliser de façon optimale la mission de la santé publique et exercer ses fonctions de base.

La section suivante du présent rapport offre une courte description du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse.

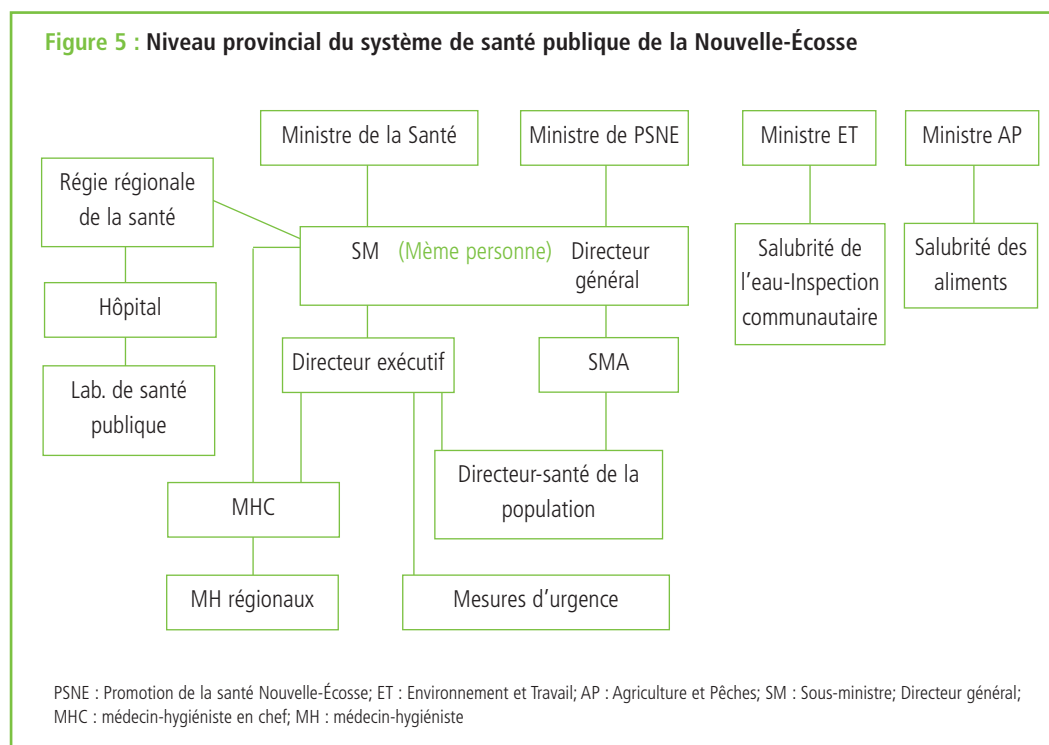
4. Système de santé publique de la Nouvelle-Écosse

La Figure 4 présente les principales composantes et interrelations du système de santé publique. Bref, le ministère de la Santé (MS) a un Bureau du médecin-hygiéniste en chef et une Division de la santé de la population et de la santé publique. Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse (PSNE) a un ministre distinct, même si son directeur général est également sous-ministre de la Santé. Les inspecteurs de la santé publique travaillent dans deux ministères distincts du gouvernement. Le personnel local de la santé publique travaille dans neuf régions régionales de la santé (RRS), qui sont regroupées en quatre régions de services partagés (RSP). Ces structures seront décrites de façon plus détaillée dans la présente section.



4.1. Niveau provincial du système

La Figure 5 présente un aperçu plus détaillé du niveau provincial du système de santé publique de la province.



Entre le ministère de la Santé et la Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse, il y a trois « divisions » de la santé publique :

- Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC)
- Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse
- Division de la santé de la population et de la santé publique

Dans une large mesure, ces divisions sont axées sur des fonctions de base précises. Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse se concentre principalement sur la promotion de la santé et la prévention des blessures et des maladies chroniques, alors que le Bureau du médecin-hygiéniste en chef s'occupe de la protection de la santé. Ayant transféré une bonne partie de son personnel à Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse, la Division de la santé de la population et de la santé publique s'occupe principalement de l'élaboration et de la coordination saines des secteurs des programmes en collaboration avec le personnel de la régie régionale de la santé. La Santé et la Promotion de la santé sont dirigées par deux ministres distincts même si le même sous-ministre relève des deux.

Les médecins-hygiénistes régionaux sont des employés provinciaux qui sont situés dans quatre différentes régions de la province pour appuyer les régies régionales de la santé. La loi leur confère l'autorité de diriger le personnel à l'intérieur des régies régionales de la santé, ainsi qu'au sein du ministère de l'Environnement et du Travail et du ministère de l'Agriculture et des Pêches pour protéger la santé. Ils sont aussi appelés à fournir des conseils spécialisés à ces groupes. Les médecins-hygiénistes relèvent du médecin-hygiéniste en chef.

Les inspecteurs de la santé publique (ISP) qui participent à l'inspection de la salubrité des aliments et de l'eau potable, et aux services d'inspection communautaires, ont été transférés au début des années 1990 du ministère de la Santé au ministère de l'Environnement (maintenant le ministère de l'Environnement et du Travail – MET). Un sous-groupe des inspecteurs de la santé publique a ensuite été muté au ministère de l'Agriculture et de la Commercialisation (maintenant Agriculture et Pêches – MAP) et ces inspecteurs se sont vu attribuer les responsabilités de la salubrité des aliments.

Les fonctions du laboratoire de santé publique provincial sont assurées par deux laboratoires hospitaliers de soins actifs de niveau tertiaire. Le directeur d'un de ces laboratoires hospitaliers a également le titre de directeur du laboratoire hospitalier provincial.

La planification en cas d'urgence en santé publique a été récemment transférée du Bureau du médecin-hygiéniste en chef à la section des services de santé en cas d'urgence du ministère de la Santé.

4.2. Niveau local du système

Le niveau sous-provincial du système de santé publique a subi plusieurs changements au cours de la dernière décennie. La santé publique, qui était au début organisée en bureaux décentralisés du ministère de la Santé, a ensuite été intégrée par la création de quatre conseils régionaux de la santé en 1997. En 2002, les conseils régionaux de la santé ont été convertis en neuf régies régionales de la santé (RRS) dont les responsabilités en matière de gouvernance et de programmes, y compris les services de santé publique, sont définies dans la loi sur les régies régionales de la santé (Health Authorities Act).

Le Tableau 6 montre que les populations des régies régionales de la santé varient de 34 000 à près de 400 000 personnes. Le désir d'avoir une masse critique d'un personnel de santé publique a incité l'étude de certaines solutions pour organiser le niveau local du système de santé publique. Il a été décidé de créer pour les huit petites régies régionales de la santé, trois régions de services partagés (RSP) qui planifieraient et gèreraient les services de santé publique de deux ou trois régies régionales de la santé regroupées.

Tableau 6: Population des régies régionales de la santé et des régions de services partagés

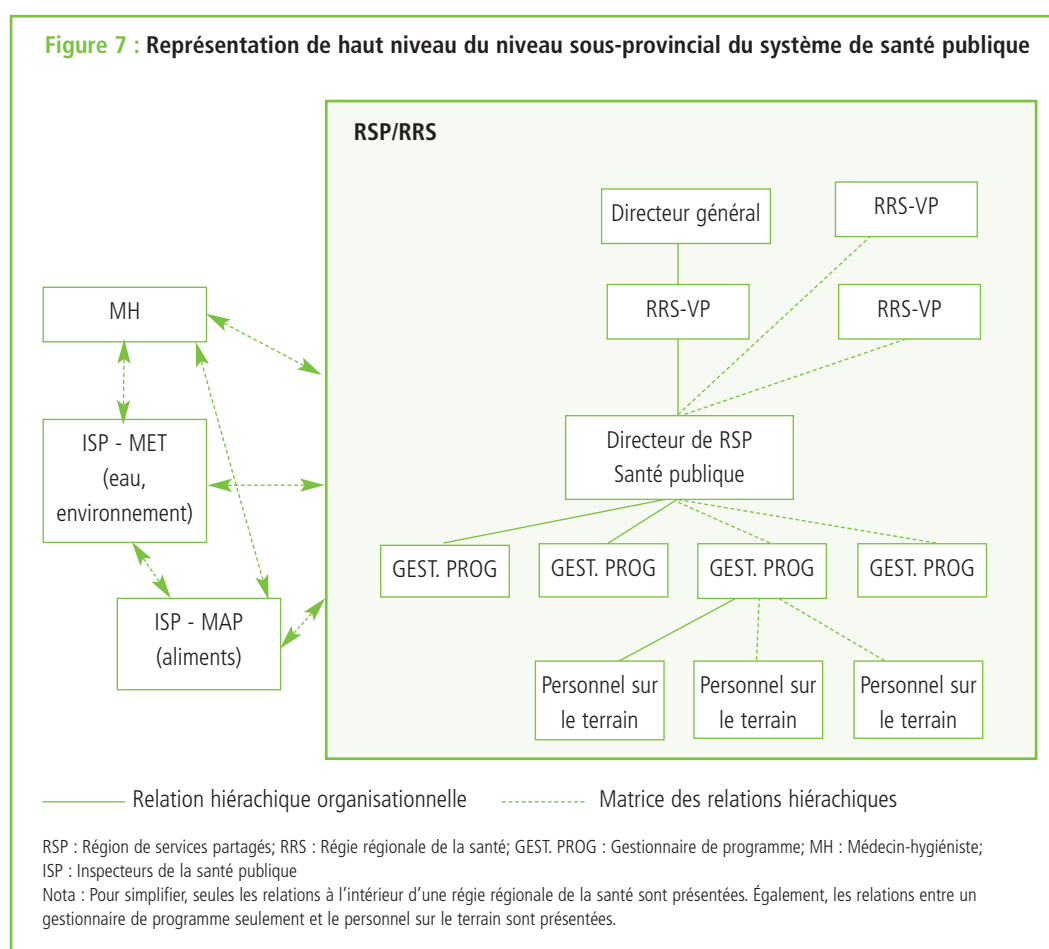
RRS	Population	Région de services partagés
1	62 000	211 000
2	65 000	
3	84 000	
4	73 000	156 000
5	34 000	
6	49 000	
7	49 000	184 000
8	135 000	
9	391 000	391 000

Source : Recensement de 2001. Chiffres arrondis au 1 000 près.

Les principales caractéristiques du modèle de la région de services partagés sont les suivantes :

- Un seul directeur de la santé publique pour chaque région de services partagés
- Le directeur gère les services de santé publique dans une région de services partagés recouvrant deux ou trois régions régionales de la santé
- Le directeur fait rapport au directeur général ou au vice-président de chacune des régions régionales de la santé
- Les gestionnaires de la santé publique au sein des régions régionales de la santé font rapport au directeur et assurent la supervision du personnel local ainsi que la supervision des programmes entre les régions régionales de la santé
- Un médecin-hygiéniste au service du gouvernement provincial offre un soutien à chaque région de services partagés.

Il est difficile de représenter ces relations complexes même si la Figure 7 ci-dessous tente de le faire. Le médecin-hygiéniste et les inspecteurs de la santé publique ont été inclus dans le diagramme, même si sur le plan organisationnel, ils sont distincts des structures des régions régionales de la santé et des régions de services partagés.



La loi sur les régions régionales de la santé (Health Authorities Act) prévoit la présence de conseils communautaires de santé, qui sont actuellement au nombre de 37, qui sont rattachés aux régions régionales de la santé et sont chargés de dresser des plans de santé communautaires en utilisant les soins de santé primaires et la promotion de la santé comme base.

4.3. Législation, fonctions, rôles et responsabilités

Une nouvelle loi sur la protection de la santé (Health Protection Act) a été adoptée. Elle sera promulguée dès que les règlements auront été mis au point. Les autres fonctions de la santé publique, soit l'évaluation, la surveillance, la promotion et la prévention au-delà des maladies transmissibles et de la santé de l'environnement ne sont pas définies dans la loi. Une publication provinciale non ratifiée intitulée Public Health Services décrit les fonctions de base de la santé publique du système.

Une série de normes des programmes de santé publique de haut niveau a été établie en 1997 lors de la création des conseils régionaux de la santé. Ces normes décrivent les exigences en matière de programmes relativement aux services de santé publique locaux. Les normes portent sur les secteurs de programme suivants :

- Prévention et contrôle des maladies transmissibles
 - Maladies pouvant être prévenues par des vaccins
 - Maladies ne pouvant pas être prévenues par des vaccins
 - Enquête sur les épidémies et gestion
- Prévention des maladies non transmissibles
 - Partir du bon pied
 - Petite enfance
 - Réduction des facteurs de risque qui peuvent être modifiés
- Amélioration de la santé publique
 - Enfants d'âge scolaire et jeunes
 - Fonds de promotion de la santé communautaire
 - Soutiens sociaux communautaires

Les normes des programmes ne sont pas rattachées à la loi et leur application n'est pas vérifiée de façon explicite. Les rôles et les responsabilités des divers intervenants au sein du système de santé publique ne sont pas clairement définis actuellement, ce qui a motivé la demande de la présente étude.

4.4. Main-d'œuvre de la santé publique

Tableau 3 : Résumé des ressources humaines en santé publique dans les RRS ou RSP en Nouvelle-Écosse

RRS/RSP	ISP	Épi	Nutri	Éd. en santé	Dentaire	Autre	Gest.
1, 2, 3	34	0	3	3	6	2	4
4, 5, 6	27	0	1,5	4	3,2	0	4
7, 8	41	1	5	5	5	0	6
9	66	0	4	2	5	6,7	6
Total:	168	1	13,5	14	19,2	8,7	20

ISP : Infirmière en santé publique; Épi: épidémiologiste; Nutri : nutritionniste; Edu en santé : éducateur en santé; dentaire : hygiéniste dentaire; gest. : gestionnaires.

Le Tableau 3 présente un résumé de haut niveau du personnel de la santé publique (ETP) situé à l'intérieur des régions de services partagés. La Nouvelle-Écosse compte une population d'un peu moins d'un million de personnes, a 244 employés en santé publique au niveau du système

de la régie régionale de la santé/de la région des services partagés, dont peu possèdent une formation universitaire deuxième cycle en santé publique. Cela ne veut pas dire pour autant que tout le monde doit avoir une formation au niveau deuxième cycle. Il faut cependant avoir un cadre suffisant de personnes très qualifiées pour diriger et orienter la planification, la prestation et l'évaluation des besoins et les programmes fondés sur l'expérience.

Les postes vacants au sein de la main-d'œuvre de la santé publique des régies régionales de la santé sont relativement rares. Toutefois, des inquiétudes ont été souvent exprimées pendant les consultations concernant la capacité de recruter le personnel le plus qualifié. Par exemple : le processus de sélection suivi pour pourvoir une vacance favorisera un fournisseur de soins de santé du secteur hospitalier qui n'a pas d'expérience en santé publique plutôt qu'un praticien de la santé publique très expérimenté qui n'est pas actuellement au service de la régie régionale de la santé. Certains intervenants de quelques disciplines comme les infirmières ont une formation préparatoire pour la pratique en santé publique, mais elles ont besoin de beaucoup de formation en cours d'emploi. Ce processus de formation n'est pas officialisé et présente un défi pour les petites organisations qui sont en même temps responsables de la prestation des programmes.

Tous les postes de médecin-hygiéniste de la province sont actuellement pourvus, même si on a toujours eu beaucoup de difficulté à les pourvoir. Un des postes de médecin-hygiéniste régional a été vacant pendant la majeure partie de la dernière décennie et ce problème a été réglé en situant ce poste aux bureaux provinciaux à Halifax; un autre poste a été vacant pendant 12 ans avant d'être pourvu il y a deux ans. Un deuxième poste de médecin-hygiéniste a été récemment ajouté à la régie régionale de la santé de la capitale à Halifax.

Il existe dix-huit équivalents à temps plein d'inspecteurs de la santé publique au ministère de l'Agriculture et des Pêches au sein du programme de salubrité des aliments. Le nombre d'inspecteurs de la santé publique au ministère de l'Environnement et du Travail est de 25 à 30. Ce chiffre présente un écart par rapport aux 70 inspecteurs de la santé publique environ qui ont été transférés à partir du ministère de la Santé il y a un an. Depuis le transfert des inspecteurs de la santé publique, le ministère de l'Environnement et du Travail a adopté un modèle de prestation par des inspecteurs généralistes, ce qui rend difficile l'attribution de disciplines particulières ayant des tâches fonctionnelles précises.

À l'échelon provincial, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef comprend le médecin-hygiéniste en chef et un médecin-hygiéniste en chef adjoint en plus du personnel administratif et d'analyse. Un autre médecin-hygiéniste et un épidémiologiste sont ajoutés à ce groupe. Le directeur de la Santé de la population et de la santé publique assure la coordination des normes pour chacun des trois programmes. Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse dirigée par un sous-ministre adjoint a été créée d'abord avec un personnel du groupe de santé publique du ministère de la Santé, et de la Commission du sport et des loisirs. Grâce à un financement accru, Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse a recruté activement et a augmenté son effectif au cours des dernières années. En plus du financement pour des programmes précis, Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse fournit un personnel au sein de la régie régionale de la santé pour la prévention des maladies chroniques et la lutte contre le tabagisme. Selon les récentes annonces, cet organisme financera des postes au sein des conseils scolaires pour promouvoir des politiques et des programmes liés aux habitudes de vie saines.

4.5. Systèmes d'information et de connaissance

Il existe un nombre limité de systèmes d'information actuellement. La déclaration des maladies transmissibles a été facilitée par un système offert à la province par le gouvernement fédéral, mais ce système n'est pas fonctionnel. Des calculs manuels des cas de maladies à déclaration obligatoire sont fournis par les régions des services partagés au gouvernement provincial tous les mois et des statistiques sommaires produites à partir de ces rapports sont remises aux régions de services partagés. Il existe des systèmes autonomes et autres pour d'autres programmes liés aux maladies transmissibles.

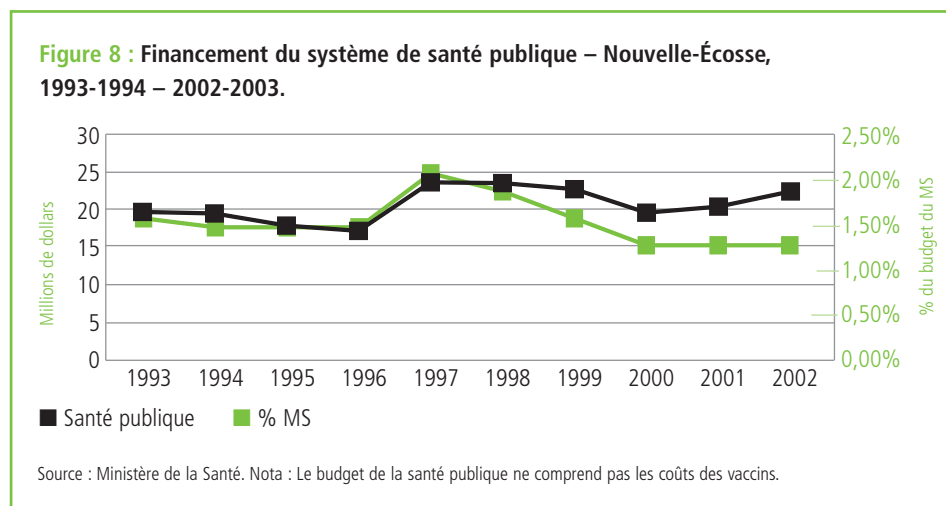
Il n'y a pas de système de surveillance ni de capacité d'analyse pour les autres programmes de santé publique. L'unité de recherche sur la santé de la population de l'université Dalhousie a de nombreuses bases de données pertinentes pour la santé publique et offre une aide à certaines régies régionales de la santé sur une base contractuelle.

La mise au point de systèmes d'information et l'accès à une technologie pertinente varient grandement d'une région de services partagés à l'autre. Une région de services partagés en particulier a développé une série d'applications de Lotus Notes pour appuyer la gestion de l'information et des connaissances. La stratégie de la technologie de l'information sur la santé publique élaborée il y a deux ans, a ciblé l'examen de la diffusion possible de ces applications à l'échelle de la province, et la mise en oeuvre d'un certain nombre d'autres mesures. Toutefois, cette stratégie n'a pas été financée.

Il n'y a pas de budget ou de stratégie de recherche appliquée sur la santé publique. Il existe des liens ponctuels avec les chercheurs universitaires.

4.6. Financement du système

Le financement du système est un facteur déterminant important d'autres éléments d'infrastructure. La Figure 8 montre l'étendue du financement du système de santé publique du ministère de la Santé de 1993-1994 à 2002-2003. Pendant cette période, le financement (sans compter le coût des vaccins) a eu tendance à varier de 20 à 25 millions de dollars par année. Comme proportion du budget global du ministère de la Santé, le financement de la santé publique a représenté de 1,3 à 2,1 %, qui s'est chiffré au niveau plus bas pour les plus récentes années. Pour 2004-2005, le financement combiné du ministère de la Santé et de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse a augmenté à environ 31 millions de dollars par année, ou à 1,2 % du financement global du système de santé. Ces chiffres ne comprennent pas la composante des inspecteurs de la santé publique du ministère de l'Agriculture et des Pêches ou du ministère de l'Environnement et du Travail.



5. Système de santé publique renouvelé

Les sections précédentes du présent rapport ont fourni la base pour éclairer l'analyse et les actions en vue du renouvellement du système. La Section 2 présente un survol de certains défis en santé publique auxquels la Nouvelle-Écosse fait face. Bon nombre de ces défis sont plus grands que ceux connus dans bien d'autres régions du pays. Elle résume également le contexte actuel de la reconnaissance marquée du déclin de la santé publique et du besoin de rebâtir les systèmes de santé publique du pays. La Section 3 résume les principales caractéristiques souhaitées d'un système de santé publique, ce résumé étant suivi d'une description du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse.

Il reste manifestement beaucoup de travail à faire. Les sections suivantes présentent une analyse du statu quo pour expliquer les mesures qui doivent être prises afin de renouveler le système. L'état de ce système et des systèmes de santé publique des autres provinces n'a pas été atteint du jour au lendemain et il faudra un effort concerté à long terme pour reconstruire ces systèmes. Une perspective du système sous-tend l'analyse. Comme le précise le rapport Naylor :

« Les logiques axées sur les systèmes et la coordination des activités dans le cas d'une infrastructure bien planifiée ne sont pas uniquement utiles en temps de crise – elles constituent des éléments clés du bon fonctionnement d'un régime de santé publique, compte tenu de son application universelle et de l'importance de la prévention... Les arguments en faveur d'une approche à la santé publique à la fois coopérative et coordonnée sont d'autant plus convaincants, compte tenu de la nature fragmentaire de nos régimes de santé. »²⁰

Même si les sections suivantes portent sur chaque composante des systèmes, il importe de tenir compte des éléments à mesure qu'ils sont imbriqués les uns dans les autres. Un examen collectif des mesures de renouvellement incluses dans les sections suivantes s'impose. La prise de mesures pour certains de ces éléments seulement ne donnera pas un système beaucoup plus fort et dans certains cas, la prise de mesures de façon isolée pourrait l'affaiblir davantage.

La Section 6 porte sur la simplification et le renforcement des structures du système. La Section 7 aborde les inspecteurs de la santé publique, la Section 8 la construction de l'infrastructure du système et la Section 9 les possibilités d'appuyer le renouvellement de système. La Section 10 explique l'importance de la mise en oeuvre.

5.1. Mesure n° 1 pour le renouvellement du système

- 1** **Articuler et utiliser comme guide pour le système de santé publique une vision collective englobant et appuyant l'exercice des fonctions de base de la santé publique qui contribuent de façon efficace :**
 - a. à améliorer les niveaux de l'état de santé de la population et à diminuer les disparités en matière de santé;
 - b. à diminuer le fardeau pour le système de services de santé personnel et à assurer ainsi sa viabilité;
 - c. à améliorer l'état de préparation et la capacité d'intervention dans des situations d'urgence en matière de santé.

6. Structures du système de santé publique – échelon provincial et des régions régionales de la santé

La structure actuelle du système de santé publique est extrêmement complexe. Même s'il existe des organismes dont le rôle est idéalement de faciliter et d'appuyer les particuliers et les équipes afin qu'ils puissent exercer des tâches qu'ils ne seraient pas aptes autrement à exécuter, la structure très fragmentée actuelle ne permet pas de réaliser cet objectif; elle crée plutôt des obstacles et des empêchements inutiles. Les consultations de la Phase II ont fait ressortir maintes et maintes fois des exemples qui démontrent que le personnel doit travailler deux fois plus fort uniquement pour accomplir le travail à l'intérieur et autour des structures actuelles.

6.1. Échelon provincial du système – Ministère de la Santé et Promotion de la santé Nouvelle-Écosse

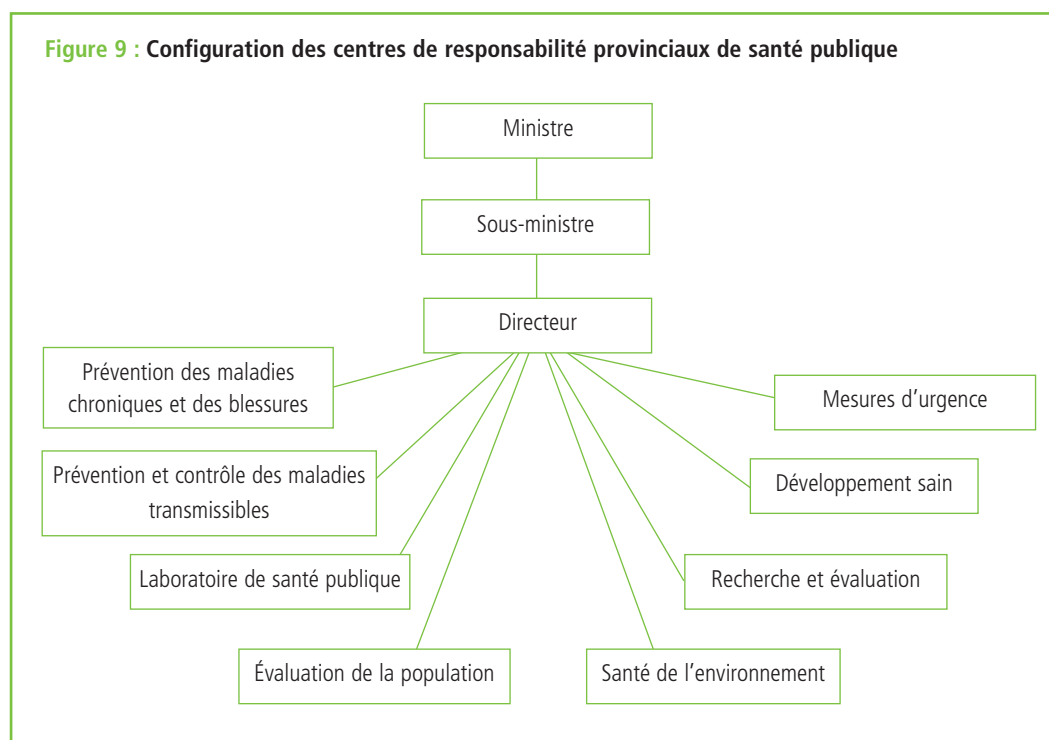
Les conceptions des systèmes d'organismes de santé publique nationaux et provinciaux, et des États qui sont des chefs de file appuient l'intégration et l'application de fonctions de base pour divers enjeux de santé publique. La configuration actuelle des trois divisions de la santé publique, fondée principalement sur les fonctions de base, crée des limites artificielles qui nuisent à la capacité d'appliquer toutes les fonctions aux enjeux de la santé publique. Par exemple, la responsabilité relative aux comportements sexuels sains relève de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse. Toutefois, la responsabilité relative aux maladies transmissibles sexuellement, y compris leur surveillance, les lignes directrices concernant le traitement, les vaccins (p. ex. hépatite B), l'enquête sur les cas et le suivi des contacts, relève d'un autre bureau (Bureau du médecin-hygiéniste en chef). D'autres interventions connexes comme les centres de santé jeunesse et les outils éducatifs (p. ex. ressources sur une saine sexualité des adolescents) sont situées dans un autre organisme (Santé de la population, santé publique). Certaines maladies transmissibles sexuellement clés sont également transmises par le sang (p. ex. VIH, hépatite B, hépatite C). Il est donc loin d'être évident où les mesures de réduction des dommages comme les programmes d'échange des seringues s'inscrivent. Dans le cas d'épidémies dues à un comportement complexe comme la syphilis, qui fait un retour au niveau international, il faut allier le marketing social, la collaboration, le partenariat ciblés à des groupes de population clés, à l'étude de cas complexes et au suivi, en plus du dépistage et du traitement.⁴²

Il n'est pas étonnant que les membres du personnel de la santé publique dans les régions régionales de la santé décrivent la confusion au sujet de la « division » de la santé publique à qui ils doivent téléphoner. La répartition des responsabilités entre deux ou trois organismes distincts crée des inefficacités et des obstacles inutiles et nuit à l'analyse globale et à la prise de décisions. Comme il a déjà été mentionné, l'évaluation et la surveillance de la santé de la population sont des fonctions d'interrogation en santé publique qui devraient servir à motiver la planification et l'établissement des priorités fondées sur les besoins, mais elles sont grandement sous-développées. Les décideurs principaux qui cherchent à faire participer la

santé publique aux questions de politique peuvent être confrontés à de multiples sources de conseils conflictuels.

Le système de santé publique n'a actuellement aucun point unique de leadership et d'imputabilité. Les rapports Naylor, Kirby et autres auteurs font valoir l'importance du leadership au sein du système, ce qui a mené à la création du poste de l'administrateur en chef de la santé publique pour diriger l'Agence de santé publique du Canada. Ce leadership a ainsi permis d'accroître le rôle du médecin-hygiéniste en chef en Ontario. Actuellement, les trois divisions de la santé publique sont réunies seulement au niveau du sous-ministre plutôt que sous un leader du système de santé publique qui relève du sous-ministre.

La création de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse a permis de concentrer sur cette fonction importante de la santé publique et de la renforcer. À la suite du SRAS et de l'analyse intense des systèmes de santé publique qui en a résulté, le besoin d'accorder une attention particulière à toutes les fonctions de santé publique et de les renforcer est devenu évident. Il faut manifestement dans la province une organisation de santé publique plus efficace et plus rationnelle qui raffermirait l'engagement du gouvernement à promouvoir la santé tout en s'acquittant globalement de tout le spectre des responsabilités de la santé publique. À l'instar des autres organismes de santé publique qui se sont démarqués au pays et ailleurs, il y a lieu d'avoir un organisme de santé publique provincial fort unique dirigé par un directeur de la santé publique très compétent pour orienter le renouvellement du système de santé publique de la province. Comme les organismes de santé publique qui se sont démarqués au niveau mondial, l'organisation comprendrait une série de centres de responsabilité axés sur les principaux secteurs programmatiques ou de contenu de la santé publique (voir Figure 9).



La figure illustre plusieurs caractéristiques clés :

- Un seul poste de directeur¹ qui dirigerait le système provincial de santé publique et envers qui il serait tenu d'en rendre compte
- Directeur relevant du sous-ministre
- L'organisation s'occupe d'une gamme complète de secteurs de programme
- La responsabilité relative aux fonctions de laboratoire de santé publique et les mesures d'urgence en santé publique sont incluses, ce qui est conforme aux autres organismes ou agences de santé publique.
- La recherche et l'évaluation sont des éléments intrinsèques du système de santé publique.

Les centres de responsabilité comprendraient une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé publique qui participerait activement à la surveillance, aux normes des programmes, à la prestation d'un soutien spécialisé pour les programmes aux régions régionales de la santé et à la programmation au niveau provincial. Plusieurs médecins-hygiénistes régionaux feraient partie de chaque équipe qui offrirait une expertise en épidémiologie et en médecine communautaire au secteur du programme. Selon les effectifs et les priorités relatives, certains centres de responsabilité figurant dans une structure organisationnelle réelle pourraient être regroupés ou scindés.

Les équipes devront travailler ensemble pour assurer la coordination de la planification de l'établissement des priorités et du développement du système. Même si les centres de responsabilité sont regroupés par programme ou contenu, il faut que l'analyse et la planification puissent être assurées entre les centres (p. ex. prestation des programmes selon le milieu comme les écoles, les lieux de travail, les milieux de soins de santé, etc.). Cette collaboration sera facilitée par des équipes qui font partie de la même organisation et qui ont un intérêt commun pour la prévention, la promotion et la protection. L'organisation unique appuiera la mise au point de systèmes d'information communs, le développement du système de surveillance, le développement de la main-d'œuvre, l'évaluation des besoins communautaires et les normes et l'imputabilité des programmes.

Le centre de responsabilité de l'évaluation de la population jouera un rôle clé dans le soutien de l'évaluation des besoins et les activités de classement des priorités des régions régionales de la santé. L'étendue de la répartition du personnel possédant des connaissances spécialisées entre les échelons provincial et les régions régionales de la santé devra être étudiée davantage. Les solutions qui ont été utilisées pour répondre à ces besoins ailleurs comme en Ontario, au Manitoba et en Angleterre pourraient être utiles dans une analyse plus approfondie de ce dossier.

¹ Le terme « directeur » est utilisé de façon générique pour décrire le membre d'un groupe choisi afin de gérer les activités d'un établissement, plutôt qu'un niveau de poste précis au sein de la fonction publique provinciale.

Un centre de responsabilité précis pour les mesures d'urgence en matière de santé publique a été désigné en raison de son importance critique pour le système de santé publique. Le rapport Naylor a même laissé entendre que cette fonction devrait être considérée comme une sixième fonction de base du système de santé publique. La création d'un centre de responsabilité distinct est conforme aux structures de l'Agence de santé publique du Canada, des CDC aux États-Unis, de la Health Protection Agency du Royaume-Uni et de l'Agence de promotion et de protection de la santé proposée en Ontario. Il faut des efforts précis pour assurer les préparatifs en cas d'urgence en matière de santé publique, cette préparation ne devant pas être délaissée en raison des responsabilités et des préoccupations quotidiennes. Il est donc prévu que la santé publique dirigera l'intervention en cas d'urgence en matière de santé publique. La santé publique doit donc diriger la planification et la préparation pour ces types d'urgence. Une interface entre la planification et les mesures d'urgence plus générales au sein du ministère de la Santé sera nécessaire.

Avant que l'on puisse déterminer si tous les centres de responsabilité provinciaux devraient être situés à Halifax, il faudra effectuer une étude plus approfondie. Il y a des avantages et des inconvénients à les situer tous dans un seul endroit plutôt que de les répartir entre plusieurs endroits. Voici les principales questions à prendre en compte dans les futures délibérations :

- Y a-t-il une surreprésentation du fardeau de l'état ou de l'enjeu dans une partie de la province?
- Comment l'endroit proposé influencera-t-il la capacité de recruter et de maintenir un personnel spécialisé?
- Y a-t-il des affiliations avec des établissements universitaires locaux qui ont des intérêts pour la formation, la programmation ou la recherche dans le secteur du programme?
- Comment l'endroit proposé influencera-t-il la capacité d'interagir avec les partenaires clés à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement?

Comme dans le cas des autres organismes et agences de santé publique, le directeur doit posséder d'excellentes qualités de leadership et de fortes aptitudes à la gestion en santé publique. Il devra diriger un groupe de professionnels spécialisés de la santé publique et guider la reconstitution du système de santé publique de la province. Il doit pouvoir contribuer de façon valable à l'équipe de direction supérieure du ministère de la Santé à titre de gestionnaire de la santé publique, et à l'intégration des besoins de santé de la population à la prise de décisions stratégiques du ministère.

Un des éléments importants qui doit être pris en compte pendant la conception est de déterminer si le poste de directeur provincial de la santé publique devrait également englober les responsabilités législatives du médecin-hygiéniste en chef énoncées dans la loi sur la protection de la santé (Health Protection Act). Dans plusieurs provinces et territoires, c'est le cas. Par exemple, en Ontario et en Saskatchewan, le médecin-hygiéniste en chef est aussi directeur de la Division de la santé publique de la province. Au Québec, le directeur de la santé publique a toujours été un médecin spécialisé en santé publique même si la loi ne l'exige pas précisément. Par contre, le Manitoba et la Colombie-Britannique ont un poste de médecin-hygiéniste en chef qui est distinct de celui de sous-ministre adjoint pour la santé publique. Dans les Territoires du Nord-Ouest, il y a des descriptions d'emploi distinctes pour le directeur et le médecin-hygiéniste en chef, mais les postes peuvent être regroupés si un candidat qualifié possède les compétences requises pour les deux postes.

Compte tenu de la taille relative de la Nouvelle-Écosse et de la nécessité d'avoir un leadership afin de rebâtir le système de santé publique, il faut rechercher le candidat le plus qualifié pour le poste de directeur. Si cette personne peut aussi exercer le rôle de médecin-hygiéniste en chef, c'est un argument de plus pour avoir un seul poste de direction. À l'instar des autres provinces et territoires, le poste de directeur ou de médecin-hygiéniste en chef comporterait les conditions suivantes :

- Posséder une grande expertise en santé publique
- Jouir d'une indépendance protégée
- Avoir l'autorité d'aviser le public et d'indiquer les mesures nécessaires pour protéger le public
- Fournir un rapport annuel à l'Assemblée législative sur l'état de santé du public et du système de santé publique
- Présenter des rapports aux gens de la Nouvelle-Écosse au besoin
- Appliquer une méthode de recrutement transparente et rigoureuse qui consisterait également à nommer le directeur ou le médecin-hygiéniste en chef pour un mandat renouvelable de cinq ans suivant les recommandations d'un comité d'experts.

Noms des organismes de santé publique actuels

- Agence de santé publique du Canada
- Institut national de santé publique (Québec)
- Agence de promotion et de protection de la santé de l'Ontario
- Centres for Disease Control and Prevention (U.S.)
- Institut suédois national de la santé publique (Suède)

Les rapports Naylor et Kirby présentent des recommandations différentes pour la santé publique. Kirby a suggéré l'expression « protection de la santé et promotion de la santé » en raison de la confusion qui semble régner chez certaines personnes du pays concernant la signification de « santé publique » par rapport à « soins de santé subventionnés par l'État ». Comme on peut le voir dans l'encadré, différents organismes de santé publique ont des appellations qui diffèrent même s'ils s'occupent des fonctions de santé publique de base pour une gamme complète de dossiers de santé publique.

Une question qui a suscité beaucoup de débats dans ce pays et d'autres est celle de savoir si les organismes de santé publique devraient être rattachés ou non aux ministères du gouvernement. Le fait que la santé publique ne se soit pas bien développée au sein des ministères du gouvernement au cours des dernières décennies ou des dernières années a été un des principaux éléments de discussion. Le rapport Naylor qui préconise que la nouvelle Agence de santé publique du Canada soit située en dehors de Santé Canada, a précisé ce qui suit : « la position actuelle des fonctions de santé publique au sein d'un ministère du gouvernement place les professionnels de la santé dans une très vaste organisation et dans une culture largement axée sur les processus et particulièrement orientée vers les questions politiques du jour. Un avantage souligné par plusieurs commentateurs était la transparence et la crédibilité accrue découlant d'une distinction plus claire entre les avis scientifiques d'une part et l'élaboration de politiques par [le gouvernement] d'autre part. »³

Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé sont beaucoup plus fonctionnels que le gouvernement fédéral, ce qui rend plus compliqué le retrait de la santé publique du ministère. Les deux agences de santé publique provinciales au Québec et en Colombie-Britannique ont un personnel spécialisé, mais la direction supérieure et la gestion du système de santé publique (p. ex. médecin-hygiéniste en chef) demeurent à l'intérieur des ministères de la santé. Il n'est pas encore évident comment l'agence de l'Ontario sera restructurée. Compte tenu de la pénurie relative de praticiens de santé publique hautement qualifiés en Nouvelle-Écosse et de la taille relative de la province, un modèle mixte de cette nature ne semble pas une solution réalisable. Le tableau ci-dessus indique certaines caractéristiques clés d'un modèle d'agence par rapport à une division unique de santé publique regroupée au sein du ministère de la Santé.

Tableau 4 : Caractéristiques des organismes de santé publique, qu'ils soient situés à l'intérieur ou à l'extérieur du ministère de la Santé

Agence de « santé publique » externe au ministère de la Santé	Division de « santé publique » au sein du ministère de la Santé
<ul style="list-style-type: none"> • Plus en mesure de maintenir une prise de décisions et une culture scientifiques • Plus grande flexibilité pour établir des arrangements de collaboration avec les établissements universitaires et d'autres partenaires non gouvernementaux • Séparation politique et budgétaire du plus grand système de services de santé personnel • Perception des risques comme étant « extérieurs » par le ministère, ce qui entraîne l'isolement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure capacité d'influencer l'élaboration des politiques stratégiques du ministère • Risque d'un manque de transparence, d'indépendance et d'imputabilité • Risque de passer au second plan après les dossiers du système de soins actifs

Il faudra non seulement choisir le lieu de l'entité de la santé publique regroupée au sein de l'organisation, mais aussi adopter une approche ministérielle appropriée.

6.1.1. Mesures n° 2 à 4 pour le renouvellement du système

- 2 Établir un seul poste de direction pour le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse :
 - a. Diriger un organisme de santé publique provincial et être chargé de la coordination et du développement du système en général.
 - b. Relever du sous-ministre
 - c. Posséder de grandes compétences : santé publique, leadership et gestion (peut également exercer les responsabilités du médecin-hygiéniste en chef prévues si cela convient)
 - d. Rôles et responsabilités clairement définis
 - e. Indépendance – fait rapport au public, à l'Assemblée législative
 - f. Méthode de sélection transparente et par voie de concours prévoyant un mandat renouvelable de cinq ans

- 3 Établir un organisme de santé publique intégré au niveau du système provincial**
 - a. Créé par le regroupement des trois entités actuelles de santé publique (c.-à-d. Bureau du médecin-hygiéniste en chef; Division de la santé de la population et de la santé publique; Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse)
 - b. Exerce cinq fonctions de base de santé publique de façon intégrée : évaluation de la santé de la population, surveillance, promotion de la santé, prévention des maladies et protection de la santé
 - c. Structuré de façon semblable aux autres organismes de santé publique intérieurs et internationaux par secteur de programme
 - d. Appellation qui définit clairement les responsabilités de l'organisme de santé publique envers le personnel, les décideurs et le public.

- 4 Décider s'il est préférable de situer l'organisme de santé publique provincial regroupé à l'intérieur ou à l'extérieur du ministère de la Santé et établir une surveillance ministérielle adéquate.**

6.2. Niveau sous-provincial du système – Régies régionales de la santé et régions de services partagés

En Nouvelle-Écosse, le remplacement de quatre conseils régionaux de santé par neuf régies régionales de la santé a posé un défi de taille pour la conception du système de santé publique. Diverses solutions ont été étudiées mais c'est le modèle de la région de services partagés qui a été mis en oeuvre. Le but était de maintenir la planification et la coordination régionales puisqu'on craignait que plusieurs régies régionales de la santé n'auraient pas, autrement, une masse critique suffisante d'expertise pour pouvoir offrir tous les services, programmes et fonctions de santé publique. En rétrospective, une des difficultés qui est survenue lors de l'étude des solutions conceptuelles locales c'est que cette étude se faisait sans vision collective générale pour le système ou sans la capacité d'apporter d'autres changements nécessaires.

Le modèle de la région de services partagés est unique à la Nouvelle-Écosse puisqu'il n'existe nulle part ailleurs au Canada ni dans un certain nombre de pays¹ dont les systèmes ont été étudiés.² Ce modèle a des éléments qui sont semblables à d'autres types de modèles comme l'utilisation de districts hôtes pour appuyer les autres districts. Ce modèle a été mis à l'essai en Saskatchewan et n'a pas eu de succès en raison de la fragmentation des ressources et du manque d'application équitable entre les districts.

L'expérience par rapport au modèle de la région de services partagés n'a pas été satisfaisante selon certains intervenants clés du système. Ce constat n'est pas étonnant puisque la mise sur pied des régions de services partagés a pour but de créer une fonctionnalité régionale en dehors des structures locales. La loi, le financement et les structures de gouvernance s'appliquent toutes au niveau de la régie régionale de la santé. La Nouvelle-Écosse a un système de santé à deux niveaux et le modèle de la région de services partagés est un effort pour insérer un autre niveau. Certaines provinces comme le Québec, ont un système de santé publique à trois niveaux, mais cette approche est compatible avec les autres parties du système de santé de cette province.

¹ Y compris É.-U., Angleterre, Australie, Nouvelle-Zélande.

Lors de la création des régions de services partagés, il semble y avoir eu une volonté d'arriver à une solution qui se rapproche d'un « ministère de santé publique traditionnelle ». Les caractéristiques d'une telle entité sont indiquées dans l'encadré. On trouve ce genre de ministères de la Santé publique dans plusieurs provinces comme des entités autonomes (p. ex. en Ontario) ou à l'intérieur des régies régionales de la santé (RRS) (p. ex. Québec, Alberta). Le problème en Nouvelle-Écosse c'est que la masse critique d'expertise et de capacité souhaitée n'a pas été atteinte. C'est une question de financement en partie, mais cette situation est aussi liée à la capacité de recruter du personnel spécialisé dans les petits centres.

La gouvernance et l'imputabilité posent un défi de taille. Un ministère de la Santé publique traditionnel est imputable envers son conseil ou le conseil de la régie régionale de la santé. Les régies régionales de la santé doivent en vertu de la loi sur les régies de la santé rendre compte des services de santé publique, mais la gouvernance et la responsabilité d'une région de services partagés n'ont jamais été définies.

On constate les défis que représente la conception d'un système au niveau local en Nouvelle-Écosse d'après les expériences vécues ailleurs. Les récentes réformes par l'Angleterre de son National Health Service (NHS) ont été motivées par le désir d'appuyer une prise de décisions accrue aux lignes de front du système. Cette volonté a donné lieu au remplacement de 90 régies de la santé, chacune ayant un ministère de santé publique traditionnel, par plus de 300 Primary Care Trusts (PCT) desservant une population beaucoup moins nombreuse. Au début, il a été décidé que chaque PCT aurait une équipe de santé publique dirigée par un directeur de la santé publique qui siège au comité de direction de la PCT. Toutefois, l'expertise en contrôle des maladies transmissibles qui faisait partie de chaque service de santé publique au sein des régies régionales de la santé a été placée en dehors des PCT par la création d'équipes régionales liées à une Agence de protection de la santé nouvellement créée. Cette fragmentation locale du personnel de la santé publique à l'intérieur et à l'extérieur des PCT a posé un énorme problème, et cette situation problématique devrait être corrigée bientôt.

Les inquiétudes concernant la masse critique des équipes de santé publique des PCT ont mené à la création de réseaux de santé publique régionaux pour favoriser la collaboration et le soutien mutuel. De plus, une série d'observatoires de santé publique sont en place pour accroître la disponibilité et l'utilisation des données sur la santé dans les PCT et renforcer la participation de la santé publique aux mesures gouvernementales visant à améliorer la santé et à réduire les inégalités en matière de santé entre les populations desservies par les PCT.

Ministère de la Santé publique traditionnel

- \geq 250 000 habitants – service autonome ou intégré à la régie régionale de la santé
- Masse critique d'expertise et de capacité [Infirmières en santé publique, inspecteurs de la santé publique, ministère de la Santé, épidémiologistes, nutritionnistes, promoteurs de la santé, etc.].
- Relativement autosuffisant pour les tâches quotidiennes, y compris les épidémies de gravité modérée
- MAIS, il faut encore un soutien pour la surveillance, la recherche, l'évaluation, les meilleures méthodes, le développement de l'infrastructure, etc.
- Normalement, les fonctions spécialisées et le personnel à l'intérieur de chaque ministère de santé publique sont plus nombreux.

Les récentes réformes au Québec ont repris certains thèmes communs avec la Nouvelle-Écosse. La création de réseaux locaux pour appuyer l'intégration de services entre les établissements de fournisseurs de soins posera d'autres défis pour la santé publique. Ce sera aussi une occasion pour celle-ci de renforcer ses fonctions au sein des services cliniques, surtout les soins primaires.

L'évaluation des solutions conceptuelles pour le niveau local du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse semble révéler trois grandes réalités dont il faut tenir compte :

- La Nouvelle-Écosse a une population de moins d'un million d'habitants. Cette population est donc l'équivalent de celle desservie par bien des régions régionales de la santé dans d'autres provinces;
- La Nouvelle-Écosse a un système à deux niveaux : les régions régionales de la santé et le niveau provincial;
- La Nouvelle-Écosse compte neuf régions régionales de la santé qui doivent tenir compte de la santé de la population dans leur planification et la prestation de leurs services et qui doivent le faire de façon intégrée pour l'ensemble du continuum des services, qui comprend les programmes et les services de santé publique.

Le réaménagement de la santé publique doit tenir compte de ces réalités. Si un de ces trois points change à l'avenir, la conception du système devra être reconsidérée et des changements devront être apportés en conséquence. Par exemple, un élément a été constant dans la régionalisation au Canada au cours des 15 dernières années; le changement périodique survenu par rapport au nombre de régions de la santé dans chaque province et chaque territoire. Les changements par rapport au nombre de régions régionales de la santé et par conséquent, par rapport à leur population, auraient probablement de grandes répercussions sur les caractéristiques conceptuelles du système.

6.2.1. Solutions envisagées

Il existe diverses solutions structurelles possibles pour le niveau local du système de santé publique. Même si le modèle de la région de services partagés n'a pas été un succès, il pourrait peut-être être modifié pour le devenir. Le problème c'est que ce modèle entre en conflit avec deux des trois réalités parce qu'il vise à créer un troisième niveau du système et ne reconnaît pas que les régions régionales de la santé sont chargées de la planification et de la prestation des services de santé publique locaux. Même si on peut faire des efforts pour que le modèle de région de services partagés fonctionne en obligeant les directeurs généraux et les vice-présidents des régions régionales de la santé adjacentes à planifier et à offrir les services de santé publique dans des régions englobant plusieurs régions, il faut encore déterminer quelles seraient la gouvernance et la responsabilité des régions de services partagés puisque ces éléments sont définis dans la loi pour les régions régionales de la santé. On pourrait envisager une série de protocoles d'entente et de mécanismes de résolution des différends. On ne sait pas cependant si une telle approche donnerait du succès et exigerait beaucoup de ressources. L'obligation de rendre compte des services, programmes et fonctions de la santé publique doit être améliorée, mais la création d'une autre complexité superimposée d'une région de services partagés n'est pas une solution attrayante. Il ne faut pas cependant pour autant ignorer les possibilités de collaboration entre les régions régionales de la santé là où cela serait mutuellement avantageux, ni s'astreindre d'encourager de telles possibilités. Une telle approche diffère de celle qui consiste à confier aux régions régionales de la santé le mandat de

le faire pour tous leurs programmes de santé publique. D'autres modèles semblables à celui de la région de services partagés, comme l'utilisation de régies régionales de la santé hôtes, ne semblent pas être une solution, vu l'expérience qu'a connue la Saskatchewan par rapport à ce modèle. De plus, cette méthode n'est pas compatible avec l'attribution, à chacune des régies régionales de la santé, la responsabilité des services de santé publique locaux.

Une des solutions proposées durant la phase de consultation consistait à retirer la santé publique des régies régionales de la santé et à l'organiser et à l'offrir de façon distincte de ces régies. Apparemment, cette solution semble avoir été largement celle préférée à l'intérieur du groupe de santé publique au moment de la création des régies régionales de la santé, mais selon les réactions obtenues durant l'étude, elle semble être devenue moins attrayante au fur et à mesure que la possibilité de travailler à l'intérieur des régies régionales de la santéⁱ est devenue évidente. Il ne faudrait pas croire cependant que le travail au sein des structures de santé intégrées n'a pas posé de défis extrêmement difficiles pour la santé publique dans l'ensemble du pays, mais les discussions à la récente conférence sur la régionalisation et la santé publique ont porté principalement sur les moyens à prendre pour mieux relever ces défis et maximiser les possibilités plutôt que d'abandonner le modèle.

Il existe deux principales raisons pour lesquelles il faudrait inclure la santé publique à l'intérieur des structures de santé intégrées. Premièrement, cette approche facilite l'intégration de la planification et de la prestation des services. Par exemple, le fait que la santé publique ferait partie de la même structure organisationnelle peut favoriser de meilleures relations de travail entre la fonction de contrôle et de surveillance communautaires des maladies transmissibles de la santé publique et le contrôle des infections dans les établissements.⁴³ Cette approche peut également appuyer l'utilisation intégrée de l'information de surveillance pour planifier les interventions générales des régies de la santé relativement aux épidémies d'influenza et faciliter la planification des mesures d'urgence.⁴⁴

Les régies de la santé qui sont établies depuis assez longtemps indiquent la valeur de la capacité de planifier dans tout le spectre des services de prévention primaires, de dépistage, de traitement, de réadaptation et de palliation.⁴⁵ Les réformes prévues pour les soins de santé primaires apportent d'autres avantages, soit le renforcement des fonctions de la santé publique dans ce secteur comme le soutien d'un plus grand nombre d'activités de prévention clinique. L'intégration des services peut être assurée sans que la santé publique fasse partie de la même structure. Il est tout simplement plus difficile de le faire à travers les limites organisationnelles. Même si ces exemples d'intégration à l'intérieur du système de santé sont importants, il est essentiel de reconnaître que la plupart des partenaires de la santé publique sont à l'extérieur de la structure des régies régionales de la santé, et englobent divers organismes communautaires comme les écoles, les milieux de travail et les municipalités. Ces liens sont une exigence fondamentale de la pratique de la santé publique et ne devraient pas être influencés, que la santé publique soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la régie de la santé.

i La régionalisation et la nouvelle santé publique. Quatrième conférence nationale sur la régionalisation. Centre d'analyse de la régionalisation et de la santé. Montréal. Avril 2005.

Il y a une deuxième raison pour laquelle il faut rattacher la santé publique à des structures de santé intégrées; il faut mettre les compétences en santé publique en application des concepts de la santé de la population à la disposition de l'analyse basée sur le système des questions de santé à l'intérieur des régions régionales de la santé. Ces compétences sont liées aux programmes et services de la santé publique mais dépassent leur gestion et leur prestation. Le but est d'appuyer la structure de santé intégrée pour réaliser son objectif, qui est l'adoption d'une approche basée sur la santé de la population afin de réorienter la planification et la prestation de tous les services de santé. Même si cet objectif est atteint à de nombreux paliers de l'organisme, il faut que la santé publique participe activement au niveau de la direction de la région de la santé intégrée, ce qui est reflétée dans les PCT de l'Angleterre, les régions régionales du Québec et les modèles de région de la santé dans les autres provinces et territoires.

Ces deux raisons sont un argument convaincant pour maintenir la santé publique à l'intérieur des régions régionales de la santé et renforcer leur capacité à exercer ses fonctions. Pour y arriver, il faut accorder une attention sérieuse à plusieurs caractéristiques conceptuelles. Compte tenu des bassins de population des régions régionales de la santé, il ne faut pas confondre ces régions avec celles qui existent dans d'autres provinces ou territoires. Si le concept d'une plus grande région régionale de la santé s'applique partout, il faut l'appliquer à l'ensemble de la province de la Nouvelle-Écosse. Autrement dit, du point de vue de la santé publique, la Nouvelle-Écosse est une seule région composée d'une série de régions locales ayant des responsabilités dévolues pour faciliter l'évaluation, l'établissement des priorités et la prestation des services sur une base locale.

Percevoir la Nouvelle-Écosse comme une seule région du point de vue de la santé publique a plusieurs répercussions. D'abord, il faut penser à la santé publique comme un système intégré plutôt que comme une fausse dualité d'un système provincial et d'un système local. De plus, on possède une vaste expérience de l'organisation et de la prestation des services de santé publique à l'intérieur des structures des régions régionales de la santé qui peut s'avérer utile. Par exemple, les responsabilités et le personnel hautement spécialisés sont normalement consolidés au sein d'équipes fonctionnelles qui appuient le personnel de la santé publique de première ligne. L'organisation de ces responsabilités et de cette capacité spécialisées a été abordée dans les discussions précédentes des centres de responsabilité au niveau provincial. Si l'on considérait la Nouvelle-Écosse comme une seule région avec des autorités locales dévolues, il faudrait percevoir la santé publique comme un système à deux niveaux verticalement intégrés, mais qui est aussi intégré horizontalement aux autres parties du système de santé au niveau provincial et au niveau des régions régionales de la santé. Cette perspective est expliquée plus en détail ci-dessous.

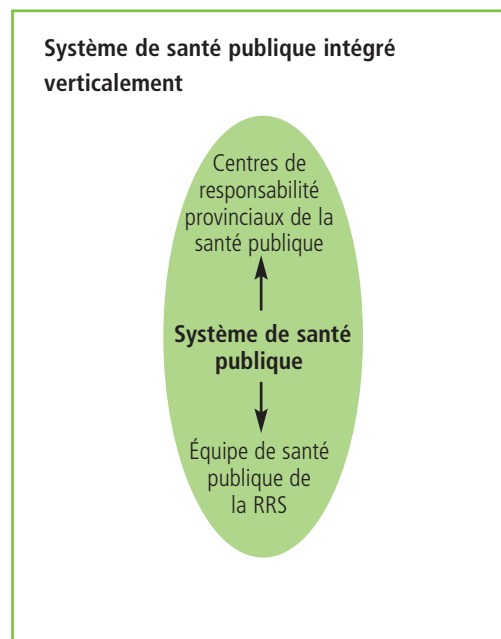
6.3. Système de santé publique intégré verticalement

La santé publique est axée sur les besoins de la population et sur les interventions auprès de celle-ci, ce qui distingue cette partie du système de santé des services axés sur les individus. Même si la santé publique offre des programmes et des services aux individus, ces programmes et services ont généralement pour but d'améliorer la santé de la population. Par exemple, les cas individuels de maladies transmissibles sont étudiés et des mesures d'intervention sont prises, mais il s'agit d'une composante de la stratégie globale de prévention d'autres maladies chez les autres.

Il faut reconnaître que le système de santé publique a des caractéristiques uniques par rapport aux autres parties du système de santé général. En soins cliniques, un médecin de soins primaires qui a besoin d'aide pour un problème qui dépasse son expérience ou ses connaissances, consulte un spécialiste qui est normalement situé à l'hôpital du niveau secondaire local. Si le spécialiste à cet établissement a aussi besoin d'aide, il consultera l'hôpital d'enseignement du niveau tertiaire. Si la situation peut se régler par une consultation téléphonique, le patient peut être dirigé vers le milieu approprié.

La santé publique est semblable en ce sens que les praticiens de première ligne du système ont besoin de solliciter les conseils et l'aide du prochain niveau du système. La différence essentielle c'est que le prochain niveau est situé à l'intérieur du gouvernement provincial et fédéral. C'est-à-dire que le rôle de la santé publique et les types d'expertise requis aux niveaux provincial et fédéral seront extrêmement différents de ceux des autres types de services. On ne demande pas à un haut fonctionnaire provincial de pouvoir fournir des conseils sur la gestion clinique d'un patient atteint d'une maladie grave. Toutefois, on s'attend à ce qu'il possède une certaine expertise en santé publique au niveau provincial pour aider dans les cas d'épidémies inhabituelles ou de grandes épidémies ou pour fournir des conseils fondés sur l'expérience concernant le meilleur moyen à prendre pour apporter des changements aux politiques sur le tabagisme au sein d'une communauté.

Il y a une autre distinction : même si un patient qui a besoin d'un plus haut niveau de soins peut être transféré en dehors de la région régionale de la santé vers une autre partie de la province pour obtenir ces soins, les communautés ne peuvent pas être transférées avec les épidémies de maladies, les épidémies d'obésité ou les contaminants environnementaux qui y sont associés. Le système doit être conçu pour que des services de soutien soient disponibles et soient à la disposition de la région régionale de la santé qui en a besoin.



Il y a eu une tendance au pays à percevoir les programmes et les services de santé publique comme des programmes et des services dispensés uniquement par les régies locales. Dans une telle situation, on perçoit la programmation comme une responsabilité de la régie locale tandis que la fonction de la province est d'établir des normes et de surveiller ces programmes. Comme l'indiquent les paragraphes précédents, l'échelon provincial doit participer activement au soutien de la prestation des services et des programmes par la régie locale et dans certains cas, c'est le niveau le plus approprié pour offrir certains aspects des programmes choisis (p. ex. grandes campagnes de marketing social, surveillance, etc.). Il est donc plus opportun de penser à une seule série de programmes de santé publique et de reconnaître les contributions et les rôles relatifs des niveaux du système dans la prestation de ces programmes. C'est ce procédé qui est choisi pour le programme de santé publique du Québec³³ qui est utilisé comme la base de la planification de tous les niveaux du système.ⁱ

Les niveaux du système doivent fonctionner ensemble de la même façon que les membres d'une équipe sportive. Les membres de l'équipe sont engagés envers une stratégie globale et ils doivent communiquer et se passer la rondelle ou la balle souvent. Toutefois, il existe des rôles définis pour les membres de l'équipe afin qu'ils ne finissent pas par se nuire les uns aux autres et pour que toutes les tâches soient couvertes. Si un sport d'équipe est joué par des solistes, il en résulte alors habituellement une perte. En santé publique, l'absence d'un jeu d'équipe peut empêcher celle-ci de couvrir toutes les tâches de façon efficace, et cela peut nuire à sa capacité de prévenir des urgences ou d'intervenir en cas d'urgence. Le succès exige des rôles bien définis, des mécanismes de communication, et une capacité suffisante pour les deux niveaux du système, un programme de santé publique précis, un système de mesure du rendement et des mécanismes de responsabilisation.

Pour faciliter des rôles distincts, une des principales différences entre les deux systèmes est le client. Comme le montre le Tableau 5, au niveau de la régie régionale de la santé, les principaux clients des services sont les particuliers, les familles et les communautés de la localité, ainsi que les intermédiaires locaux qui ont des contacts avec ces clients. Les intermédiaires locaux comprennent entre autres les fournisseurs de soins de santé primaires, les enseignants, le personnel de l'hygiène au travail, le personnel municipal (p. ex. loisirs). En revanche, les principaux clients du niveau provincial sont le personnel de la santé publique de la régie régionale de la santé, les tranches de population qui dépassent celle des régies régionales de la santé et les partenaires ou les intermédiaires du niveau provincial. Afin d'exercer son rôle de soutien, le personnel du niveau provincial doit être très expérimenté et souvent avoir un niveau de connaissances plus spécialisées. Les membres du personnel de la santé publique de la régie régionale de la santé sont des praticiens de la santé publique compétents mais ils n'auront pas tendance à être aussi spécialisés que leurs homologues provinciaux.

ⁱ Les compétences de base pour les praticiens de la santé publique ont été indiquées explicitement récemment et une série de consultations régionales sur leur application est prévue par l'Agence de santé publique du Canada pour l'automne ou l'hiver de 2005.

Tableau 5 : Distinction entre le niveau provincial et le niveau de la régie régionale de la santé

	Provincial	RRS
Client primaire	<ul style="list-style-type: none"> Personnel de la santé publique de la RRS, populations au-delà d'une simple RRS, partenaires du niveau provincial 	<ul style="list-style-type: none"> Individus, familles, communauté locale Intermédiaires pour atteindre les milieux ci-dessus (p. ex. écoles, milieux de travail, municipalités, fournisseurs de soins de santé primaires)
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> Très expérimenté Plus de connaissances spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences en santé publique de première ligne principalement Compétences très développées du directeur et du personnel choisi

De façon plus détaillée, on pourrait faire aussi une distinction entre les deux niveaux par rapport au personnel et à la programmation comme l'indique le Tableau 6.

Tableau 6 : Distinction entre le niveau provincial et niveau local du système – Type de personnel et programmation

	Provincial	Local
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la Santé Épidémiologistes Spécialistes du programme multidisciplinaire de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> Directeur de la santé publique Personnel de la santé publique de première ligne (Infirmières en santé publique, promoteurs de la santé, développement communautaire, nutrition, services dentaires, etc.)
Programmes et services	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une évaluation des besoins en matière de santé de la population de la province – appuyer l'interprétation et l'analyse du niveau de la régie régionale de la santé Assurer la surveillance (maladies transmissibles, maladies non transmissibles, blessures et déterminants en amont connexes) Établir les normes du programme Établir des mécanismes d'imputabilité Offrir une direction et un soutien spécialisé pour les pratiques fondées sur l'expérience Interventions provinciales (politique, réglementation, marketing social, etc.) Développement de l'infrastructure (systèmes d'information, législation, développement de la main-d'œuvre, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Prestation des services individuels : <ul style="list-style-type: none"> Immunisations Services cliniques pour MTS Counseling individuel Visite à domicile Etc. Déclaration de cas, suivi et enquête Développement communautaire local, collaboration avec partenaires communautaires, promotion de la santé et prévention de la maladie (p. ex. coordonnateur de la lutte contre le tabagisme, coordonnateur de la prévention des maladies chroniques, etc.)

Voici des exemples qui expliquent davantage l'aperçu conceptuel précédent du système, et fournissent une description plus concrète du fonctionnement d'un tel système.

Exemple : Contrôle des maladies transmissibles

Les cas et les regroupements de maladies transmissibles à déclaration obligatoire se présentent au niveau local de sorte que le personnel de la régie régionale de la santé serait chargé d'enquêter sur ces maladies et de gérer les protocoles provinciaux établis suivants (p. ex. Guide provincial de contrôle des maladies transmissibles). Les cas entrés dans le système d'information publique manuellement ou par transfert électronique à partir du laboratoire et vérifiés par le personnel local sont accessibles aux fins d'analyse locale et en même temps à l'équipe de contrôle des maladies transmissibles au niveau provincial à des fins de surveillance. L'analyse épidémiologique par l'équipe provinciale de contrôle des maladies transmissibles génère de façon routinière des produits de surveillance et une analyse pour la régie régionale de la santé dans un délai rapide. Une analyse plus détaillée du temps et des tendances géographiques est effectuée par le personnel de l'équipe provinciale du contrôle des maladies transmissibles qui cherche les profils de l'apparition des maladies (p. ex. cartographie SIG des cas entériques par rapport aux sources d'approvisionnement en eau, profils des cas survenant dans plusieurs régies régionales de la santé, etc.).

Un coordonnateur des maladies transmissibles est le principal responsable au sein de la régie régionale de la santé de la mise en oeuvre adéquate du programme de contrôle des maladies transmissibles. Le médecin-hygiéniste désigné pour cette régie régionale de la santé entretiendrait d'étroites relations avec le coordonnateur du contrôle des maladies transmissibles et les autres membres du personnel de la régie régionale de la santé et serait, en vertu de la loi, chargé des dossiers de protection de la santé au sein de cette régie régionale de la santé. L'équipe provinciale de contrôle des maladies transmissibles offre des connaissances axées sur le contenu pour différents volets du programme.

Appuyé par le personnel au niveau provincial, les régies régionales de la santé effectuent une évaluation locale des besoins et des priorités liés aux maladies transmissibles (p. ex. lacunes dans la couverture de l'immunisation, taux de MTS/groupes de MTS, taux d'hépatite en raison de l'utilisation de drogues injectables, etc.). Ces résultats sont intégrés aux stratégies fondées sur l'expérience pour répondre aux besoins locaux dans le plan d'action global de santé publique local. Ce plan de santé publique local s'inscrit dans le plan global des régies régionales de la santé et est mis en oeuvre dans le cadre du plan de santé publique provincial.

La communication entre les coordonnateurs du contrôle des maladies transmissibles des régies régionales de la santé et de l'équipe provinciale des maladies transmissibles est assurée sur une base régulière pour revoir les tendances des maladies et les priorités en matière d'intervention et de développement de systèmes ainsi que les ententes entre les régies régionales de la santé (p. ex. rapport, ententes d'aide mutuelle, calendriers d'appel, etc.). Même si des coordonnateurs de contrôle des maladies transmissibles sont situés dans toutes les régies régionales de la santé, on pourrait accroître l'efficacité si les appels étaient répartis entre les régies régionales de la santé. Une grande régie régionale de la santé qui dessert un million de personnes aurait probablement une personne de service, même s'il faut avoir des mécanismes dans des situations inhabituelles pour mobiliser le personnel local. Quelle que soit la taille d'un service ou d'une équipe de santé publique, il faut des arrangements préétablis pour l'aide mutuelle. Plus l'équipe de santé publique est petite, moins élevé sera le seuil exigeant de faire appel à une autre régie.

Exemple : Prévention des maladies chroniques

La prévention des maladies chroniques présente des similitudes avec la prévention et le contrôle des maladies transmissibles, même si l'équilibre entre les interventions proactives et réactives fait presque entièrement partie d'une perspective proactive. Au sein de l'équipe de santé publique de la région régionale de la santé, certains membres du personnel s'occupent principalement de ce secteur, qui comprend un coordonnateur de la prévention des maladies chroniques, et un personnel se concentrant sur un seul facteur de risque (p. ex. tabagisme, activités physique, saine alimentation). Le personnel au niveau provincial, y compris le médecin-hygiéniste de la région régionale de la santé aiderait celle-ci à évaluer les besoins et à utiliser l'information pour l'établissement d'un plan d'action pluriannuel local adapté aux possibilités et aux circonstances locales. À titre de principaux agents du transfert des connaissances, les membres du personnel provincial appuieraient l'utilisation d'une intervention efficace dans le cadre du plan d'action local.

Il y a des communications régulières entre les coordonnateurs de la prévention des maladies chroniques des régions régionales de la santé et l'équipe provinciale de prévention des maladies chroniques concernant les tendances des maladies et les facteurs à risque, les priorités en matière de mesures d'intervention et de développement du système, la synergie de la région régionale de la santé et les plans au niveau provincial, les méthodes exemplaires, etc.

Le Tableau 7 présente un exemple plus concret de la façon dont les niveaux local et provincial se soutiennent mutuellement pour des volets choisis d'une stratégie provinciale hypothétique de l'obésité.

Les activités à un niveau du système appuient les mesures prises par les autres. Cette approche exige la coordination et l'intégration des efforts. Le personnel de la santé publique qui est le mieux placé pour déterminer comment faire participer l'école ou le maire de la localité fait partie de la région régionale de la santé. Qu'on fasse la promotion de nouvelles pistes pour cyclistes ou d'un club de marche communautaire (p. ex. Volkssport), ces démarches doivent être adaptées aux conditions locales. Une bonne pratique en santé publique utilise la meilleure preuve disponible. Par exemple, si on essaie de travailler avec le système scolaire local, les résultats des interventions efficaces^{46,47} dans ce milieu doivent être pris en compte et appliqués lorsque cela convient. Le niveau provincial (et fédéral) du système est le principal responsable du transfert des connaissances pour appuyer l'intégration des interventions efficaces à la pratique locale.

Ces exemples comprennent des hypothèses sous-jacentes qui ont été incluses dans la première liste des préalables pour le succès de la mise en oeuvre. Un de ces exemples est la présence d'un programme de santé publique fondé sur l'expérience, qui est un point de référence courant pour les régions régionales de la santé et les équipes provinciales. Comme dans le cas du Québec, c'est la boîte à outils des interventions approuvées que les niveaux du système peuvent choisir afin de trouver un juste équilibre des interventions efficaces pour les priorités locales. Tout en facilitant l'adaptation des programmes aux besoins locaux, cette méthode assure une prise de décisions à l'intérieur des limites des interventions efficaces. Une explication plus détaillée des normes du programme se trouve dans la Section 8.3.

Tableau 7 : Éléments choisis et rôles de la province et de la région régionale de la santé par rapport à une stratégie provinciale de l'obésité.

	Province	Local (RRS)
Évaluation du fardeau, tendances	<ul style="list-style-type: none"> • Principale responsabilité – collecte des données, analyse, diffusion 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la différence entre les circonstances locales et la situation provinciale (données et informateur clé en particulier et information de groupe de discussion)
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Regrouper les principaux ministères du gouvernement et secteurs non gouvernementaux pour tracer une orientation stratégique • Exemple : travailler avec le ministère de l'Éducation concernant l'orientation stratégique pour l'activité physique régulière et les politiques sur l'alimentation en milieu scolaire • Exemple : travailler avec l'Union des municipalités concernant le rôle clé qu'elle exerce pour créer des milieux qui favorisent des habitudes de vie saines (« vie active par conception ») 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les bureaux locaux d'autres ministères du gouvernement à la mise en oeuvre d'activités conformes à l'orientation générale • Exemple : travailler avec les conseils scolaires locaux et les écoles pour faciliter la mise en oeuvre des choix d'activités physiques quotidiennes et d'alimentation saine • Exemple : travailler avec les municipalités locales pour promouvoir l'activité physique (p. ex. forêt-parc et zones de loisirs; pistes sécuritaires pour piétons et pour cyclistes; programmes de loisirs, représentants élus comme modèles; activité physique; etc.)
Média	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier et lancer une campagne provinciale dans les médias • Planifier comment la campagne dans les médias s'inscrit dans un programme global 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser la diffusion de messages clés dans les médias et les milieux locaux (p. ex. écoles, milieux de travail, commerces, organismes de bienfaisance et religieuses) • Établir le lien entre une série d'interventions locales (sensibilisation, développement des compétences, politique globale, etc.) pour appuyer la campagne
Transfert des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner les pratiques exemplaires • Appuyer leur utilisation • Diffuser les conclusions et les leçons apprises entre les régions régionales de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les meilleures preuves à la pratique locale

Un préalable connexe est l'établissement de mécanismes de reddition des comptes. Les exemples comprennent la référence à l'élaboration d'un plan d'action de santé publique fondé sur les besoins évalués et les priorités. Ce préalable a pour but de créer un élément clé du cadre de responsabilité global pour la santé publique qui était également décrit plus en détail dans la Section 8.3.

Pour que les deux niveaux du système puissent exercer leurs rôles, il faut un effectif qualifié suffisant. Toutefois, même si le nombre d'employés était augmenté, les régies régionales de la santé ne pourraient pas atteindre une masse critique d'expertise et de capacité. Il faut des liens étroits, un soutien continu et une coordination entre les régies régionales de la santé et le niveau provincial. Les rapports après le SRAS font valoir l'importance de la capacité au niveau provincial et de la participation et du soutien de ce niveau à l'échelon local.⁵⁻⁷ Ce soutien est encore plus important si l'on tient compte de la capacité de chaque régie régionale de la santé. Comme on l'a décrit précédemment, contrairement aux autres composantes du système de santé, les niveaux provincial et de la régie régionale de la santé sont fonctionnels et doivent travailler ensemble dans un système intégré.

La transition de 4 régions de services partagés vers neuf régies régionales de la santé a manifestement des répercussions pour accroître le nombre de directeurs de santé publique. Ces personnes sont d'une importance cruciale pour le succès des services de santé publique rattachés aux régies régionales de la santé et elles auront besoin de grandes compétences en santé publique, y compris en analyse basée sur les systèmes. Les secteurs de programme qui partagent un personnel et des gestionnaires entre les régies régionales de la santé devront vérifier comment ils peuvent mieux se réorganiser. Par exemple, certaines régions de services partagés partageaient des gestionnaires et des coordonnateurs du contrôle des maladies transmissibles. Il faudra donc un plus grand nombre de coordonnateurs qualifiés en contrôle des maladies transmissibles dans chaque régie régionale de la santé. Le simple fait de combler ces postes n'améliorera pas grandement la capacité du niveau local du système. Cette amélioration dépendra ultimement d'un effectif accru de praticiens de santé publique. Une autre section abordera la question de la main-d'œuvre en santé publique de façon plus détaillée.

6.3.1. Intégration horizontale

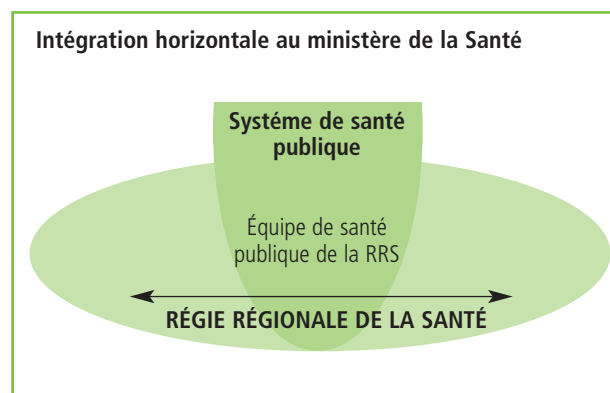


La description précédente, prise de façon isolée, peut donner l'impression qu'il existe par rapport à la santé publique un silo distinct des autres aspects du système de santé. La santé publique doit être un système à l'intérieur d'un autre système plus vaste, qui exige l'intégration horizontale au niveau provincial et au niveau de la région régionale de la santé. Une section précédente sur les caractéristiques conceptuelles du niveau provincial du système a fait valoir le besoin de la présence de la santé publique au niveau de la direction du ministère de la Santé, ainsi que le besoin d'une collaboration intersectorielle avec les autres

ministères du gouvernement et les secteurs non gouvernementaux. Le plan d'action de la santé publique provincial doit s'inscrire dans le plan de santé provincial global et le personnel de la santé publique provincial devra collaborer sur divers dossiers stratégiques, y compris les mesures de soins de santé primaires, la planification des mesures d'urgence et la collaboration entre les secteurs. Ceux-ci représentent des exemples de l'intégration horizontale de la santé publique au niveau provincial.

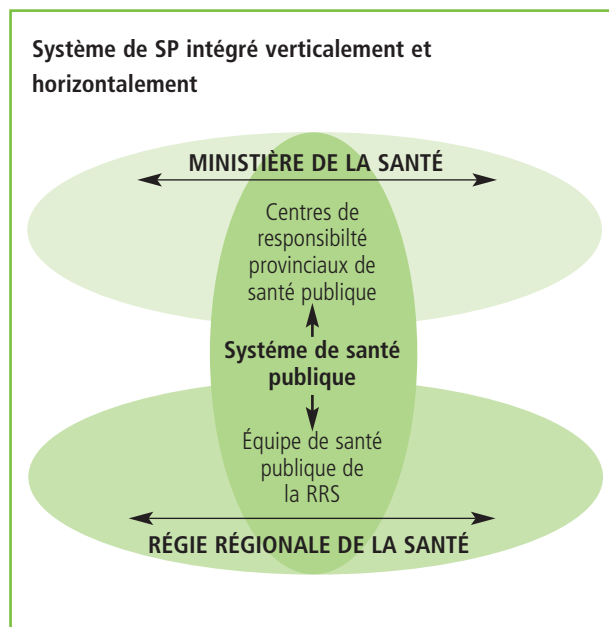
À l'intérieur de la région régionale de la santé, l'équipe de santé publique dirigée par son directeur établira des liens et travaillera avec divers composantes de la région régionale de la santé. Une explication précédente des possibilités d'inclure la santé publique dans les régions régionales de la santé a donné des exemples de la façon dont la santé publique peut raffermir ses liens avec les autres composantes du système de santé, en plus de ses partenariats traditionnels avec des organismes communautaires. Voici certains de ces exemples :

- Contrôle des maladies transmissibles de la santé publique et contrôle des infections dans les établissements;
- Mesures d'urgence au niveau de la région régionale de la santé;
- Prévention et gestion des maladies chroniques dans tout le continuum;
- Application des données sur la santé de la population pour la planification et l'établissement des priorités au sein des régions régionales de la santé.



Un mécanisme décrit pour l'intégration verticale est l'utilisation du plan d'action de santé publique local. Une partie de l'intégration horizontale envisagée fonctionnerait comme suit : Les mêmes plans d'action de santé publique s'inscriraient dans le plan global de la région régionale de la santé. Ainsi, les plans de santé publique locaux faciliteraient simultanément l'intégration verticale et l'intégration horizontale.

Ces éléments étant regroupés, le système fonctionne comme un système vertical intégré, bien qu'il soit intégré horizontalement au niveau de la région régionale de la santé et au niveau provincial. Pour réaliser cette vision, il faut une action stratégique afin de mettre en place les nombreux éléments d'appui et de déployer un effort continu pour que le système fonctionne comme prévu. Il faudrait accorder une grande attention à la mise en oeuvre et à la séquence. Ces sujets sont abordés plus en détail plus loin dans le rapport.



La fragmentation du personnel de la santé publique à l'intérieur des régions régionales de la santé est une difficulté qu'a représentée la régionalisation dans les provinces sauf au Québec. Le regroupement au niveau provincial est important, mais le maintien d'une seule équipe de santé publique au niveau de la région régionale de la santé est tout aussi important.

6.4. Rôle des médecins-hygiénistes régionaux

Au cours des dernières années, la Nouvelle-Écosse a eu quatre postes de médecins-hygiénistes régionaux, un pour chaque région de services partagés. La moitié de ces postes toutefois ont été vacants pendant longtemps. Le poste du Cap-Breton a été vacant pendant 12 ans avant d'être pourvu il y a deux ans et celui à Truro a été vacant pendant la majeure partie de la dernière décennie. De nombreux facteurs contribuent probablement à cette situation, y compris la difficulté à recruter des spécialistes dans des petits centres où la population est peu nombreuse, l'état global du système de santé publique et l'absence de programmes de formation au Canada atlantique pour les médecins spécialistes en santé publique. Même si les ressources n'étaient pas un problème, et qu'il y avait un nombre énorme de médecins-hygiénistes, la plupart des régions régionales de la santé sont trop petites pour soutenir ou nécessiter un médecin-hygiéniste.

L'approche suggérée est que les médecins-hygiénistes régionaux jouent deux rôles. Un de ces rôles serait de contribuer à une équipe multidisciplinaire provinciale. Ainsi le médecin-hygiéniste peut s'occuper d'un domaine d'intérêt ou d'expertise particulier et faire bénéficier cette équipe de ses connaissances en médecine communautaire. Le médecin-hygiéniste fournirait également un soutien généralisé en médecine communautaire à la région régionale de la santé désignée.

Il faudra une certaine flexibilité et une certaine expérience par rapport à la présence des médecins-hygiénistes situés à l'intérieur des plus grandes régions régionales de la santé, tout en faisant partie encore d'un centre de responsabilité provincial. Par exemple, un médecin-hygiéniste pourrait être membre du centre de responsabilité de prévention des blessures et des maladies chroniques et être le médecin-hygiéniste désigné pour une région régionale de la santé en particulier. Dans le dernier rôle, le médecin-hygiéniste serait le conseiller spécialisé désigné auprès du directeur de la santé publique de la région régionale de la santé, du directeur général de la région régionale de la santé et du personnel de santé publique. Il garderait ses principales responsabilités en matière de protection de la santé au sein de la région régionale de la santé comme l'explique la loi sur la protection de la santé (*Health Protection Act*) et fournirait des conseils spécialisés pour l'élaboration, l'application et l'évaluation du plan d'action de santé publique local.

6.5. Mesure n° 5 pour le renouvellement du système

- 5** Transition du système de santé publique sous-provincial de façon contrôlée du modèle de la région de services partagés actuel vers un modèle situé à l'intérieur des régions régionales de la santé. Il faudra pour ce faire :
- a. Être guidé par la vision du système de santé publique qui est verticalement intégré entre le niveau provincial et le niveau de la région régionale de la santé du système, chaque niveau étant intégré horizontalement aux autres composantes du système de santé.
 - b. Rôles, responsabilités et responsabilisation définis pour les deux niveaux du système.
 - c. Directeur de la santé publique dans chaque région régionale de la santé qui a la gestion et la responsabilité des programmes de santé publique au sein de la région régionale de la santé et qui fournit une analyse au niveau de la population et des conseils aux dirigeants supérieurs et au conseil de la région régionale de la santé.
 - d. Maintien d'une équipe de santé publique intacte dirigée par le directeur de la santé publique.
 - e. Capacité suffisante aux deux niveaux du système afin d'exercer les rôles et les responsabilités.
 - f. Attentes et engagement d'aide mutuelle entre les régions régionales de la santé pour assurer une capacité de réaction dans certaines situations (p. ex. épidémies et urgences).
 - g. Médecins-hygiénistes ayant un double rôle :
 - i) Médecin-hygiéniste pour une ou plusieurs régions régionales de la santé
 - ii) Membre d'une équipe programmatique provinciale.

7. Inspecteurs de la santé publique

Un des éléments clés du système de santé publique ne relève pas du ministère de la Santé et de Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse. Contrairement à ceux de la plupart des autres provinces et territoires¹, les inspecteurs de la santé publique (ISP) de la Nouvelle-Écosse responsables de la qualité de l'eau potable, de la salubrité des aliments et des inspections communautaires sont rattachés au ministère de l'Environnement et du Travail (MET) et au ministère de l'Agriculture et des Pêches (MAP). Ces deux ministères se considèrent comme des composantes clés du système de santé publique.

Tous les inspecteurs de la santé publique et tout le personnel technique du ministère de la Santé ont été mutés au ministère de l'Environnement en 1994. Le but principal de ce changement semble avoir été de résoudre les préoccupations concernant la responsabilité et le risque du chevauchement des responsabilités entre les deux ministères concernant les eaux et les eaux usées. Malgré les incidences possibles du transfert d'une composante principale du système de santé publique à un autre ministère, les conditions de l'évaluation de ce transfert ou la signature d'un protocole d'entente avant le transfert n'étaient pas des conditions du transfert. Un protocole d'entente entre le ministère de la Santé, et le ministère de l'Environnement et du Travail a été signé dix ans plus tard, en plus du protocole d'entente conclu entre le ministère de la Santé, et le ministère de l'Agriculture et de la Commercialisation qui a été créé peu après le transfert des responsabilités de la sécurité des aliments du ministère de l'Environnement. Un autre protocole d'entente est aussi en vigueur maintenant entre le ministère de l'Environnement et du Travail, et le ministère de l'Agriculture et des Pêches.

Au cours de la présente étude, la communauté de la santé publique a exprimé des préoccupations, notamment la difficulté de gérer les questions locales en matière de santé publique en raison de la fragmentation des responsabilités et des ressources, de l'importance moins grande accordée aux services d'inspection communautaire au cours de la dernière décennie, et des inquiétudes concernant le cadre de réglementation de l'eau potable. Il existe une situation particulièrement préoccupante. Même si les médecins-hygiénistes ont des responsabilités en matière de protection de la santé qui sont prévues par la loi, le ministère de la Santé, Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse et la régie régionale de la santé n'ont pas d'inspecteurs de la santé publique pour aborder ces problèmes. Les médecins-hygiénistes doivent donc compter entièrement sur les effectifs d'autres ministères du gouvernement qui, dans certains cas, ne sont pas des inspecteurs de la santé publique accrédités pour exercer leurs responsabilités professionnelles et prévues par la loi.

¹ Dans seulement trois des 13 autres provinces et territoires, soit Terre-Neuve-et-Labrador, Québec et Manitoba, des inspecteurs de la santé publique travaillent à l'extérieur des organismes de la santé.

L'évaluation approfondie et la résolution des problèmes liés à l'étendue et à la configuration actuelles des responsabilités et des ressources ne relèvent pas du mandat de la présente étude. Il faut un processus multiministériel qui cerne les principaux enjeux et préoccupations du point de vue des trois ministères et qui pourra servir à l'analyse et à la discussion des solutions qui pourraient être adoptées pour mieux structurer les responsabilités, les ressources et les liens requis. Ce processus pourrait renforcer davantage une approche de systèmes englobant plusieurs ministères pour les questions de santé publique. Bien que les programmes de santé environnementale soient un volet important du renouvellement général du système de santé publique en Nouvelle-Écosse, les autres changements au système décrits dans le présent rapport peuvent être effectués pendant la mise en oeuvre d'une solution pour cet aspect.

7.1. Mesure n° 6 pour le renouvellement du système

- 6 Les ministères de la Santé, de l'Environnement et du Travail, et de l'Agriculture et des Pêches entreprennent un processus collectif pour réaliser les buts suivants :
 - a. Cerner, d'après le point de vue des trois ministères, les principaux enjeux et préoccupations concernant la répartition actuelle des responsabilités et des ressources en matière de santé publique;
 - b. Déterminer les différents enjeux relatifs à la santé publique et les programmes connexes qui doivent être offerts;
 - c. Déterminer la meilleure répartition des responsabilités et des ressources requises pour donner suite aux constatations mentionnées au paragraphe b;
 - d. Dresser un plan de mise en oeuvre pour atteindre le but du paragraphe c.



8. Bâtir l'infrastructure du système

Les deux sections précédentes ont expliqué surtout les améliorations à la structure du système de santé publique. Des structures homogènes et rationnelles sont des éléments très importants mais elles ne suffisent pas à assurer le fonctionnement général du système. C'est pourquoi il faut accorder une attention particulière à la fondation d'appui ou à l'infrastructure du système. Les sections 3 et 4 font un survol des composantes de l'infrastructure et de leur état actuel en Nouvelle-Écosse respectivement. La présente section porte sur une analyse plus approfondie et les mesures requises pour renouveler le système.

8.1. Main-d'œuvre en santé publique compétente et suffisante

Le renouvellement du système de santé publique dépendra ultimement d'une main-d'œuvre suffisante et compétente en santé publique. Comme il est indiqué dans le Rapport Naylor :

« Toute tentative d'améliorer la santé publique échouera si elle ne reconnaît pas l'importance fondamentale de maintenir, dans tous les services de santé locaux au Canada, un personnel adéquat et composé de professionnels de la santé hautement compétents et motivés. »³

La Commission Campbell a abondé dans le même sens que le Rapport Naylor :

« On a reconnu, de façon non ambiguë au cours des dernières décennies, une détérioration générale de la capacité en santé publique dans l'ensemble du Canada... Le SRAS nous a fait voir que nos ressources en santé publique les plus précieuses sont les ressources humaines... Pour assurer la réussite de toute initiative de réforme de la santé publique, il est essentiel que les services de santé publique disposent d'un haut niveau d'expertise aux niveaux local et central. »⁶

La Section 6.1 décrit les centres de responsabilité envisagés pour le système à l'échelle provinciale. Chaque centre comprendrait une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé publique. Les besoins en personnel pourront être établis lorsque l'on aura déterminé, de façon plus détaillée, les responsabilités des équipes. Une analyse des lacunes pourra alors être effectuée en comparant les besoins des équipes et l'effectif réel dans les trois divisions de la santé publique actuelles.

Tableau 8 : Comparaison sommaire du personnel en santé publique (régies de la santé) de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan

Discipline et poste	Nouvelle-Écosse (Pop. : 938 134)	Saskatchewan (Pop. : 996 194)
Médecins-hygiénistes *	4	12,4
Infirmières en santé publique	164,9	274
Épidémiologistes	1	5
Inspecteurs de la santé publique	45	74,5

* Médecins-hygiénistes : La Saskatchewan compte deux autres postes non pourvus. IPS : le total est basé sur des estimations aux MET et MAP. Nota : aucune donnée pour l'ensemble du système n'est disponible à l'échelle provinciale pour les autres professionnels de la santé publique en Saskatchewan (p. ex. promoteurs de la santé). Ne comprend pas le personnel de la DGSPNI.

santé publique choisis en Saskatchewan, dont la population est semblable à celle de la Nouvelle-Écosse. Les données révèlent clairement que le nombre de professionnels de la santé publique en Saskatchewan est beaucoup plus élevé qu'en Nouvelle-Écosse pour toutes les disciplines de la santé publique pour lesquelles des données sont disponibles.

Puisque les données sur les postes de promotion de la santé n'étaient pas disponibles pour l'ensemble de la province en Saskatchewan, le tableau 9 compare les capitales des deux provinces. Puisque la taille de la Régie de la santé d'Halifax est de 60 % supérieure à celle de

Tableau 9 : Comparaison sommaire des effectifs en santé publique des capitales, Halifax et Régina

Discipline et poste	Halifax (Pop. : 391 000)	Regina (Extrapolé à 391 000)	Regina (Pop. réelle : 245 000)
Médecins-hygiénistes	2	3,7	2,3
Infirmières en santé publique	65,8	111,2	69,7
Épidémiologistes	0	1,6	1
Inspecteurs de la santé publique	?	23,1	14,5
Soins dentaires	4	6,4	4
Promotion de la santé	2	10,3	6,43
Nutritionnistes	4	10,5	6,6
Travailleurs d'approches et autres	6,66	10,0	6,25
Gestionnaires	6	14,4	9

Régina, une colonne du tableau montre l'extrapolation de la main-d'œuvre de Régina par rapport à la population d'Halifax. Cette comparaison ne vise pas à qualifier la Saskatchewan d'un exemple idéal, mais simplement de comparateur. Ce type de comparaison comporte certaines limites en raison des différences dans la structure des services. À titre d'exemple, en Saskatchewan, un plus grand pourcentage des infirmières en santé publique participent directement à l'administration des vaccins. En outre, les inspecteurs de la santé publique de la Saskatchewan sont responsables, en vertu de la loi, de la qualité de l'eau potable des milieux où se trouvent des populations plus à risque (p. ex. garderies). Néanmoins, il existe manifestement de grandes différences entre la main-d'œuvre en santé publique de la Nouvelle-Écosse et celle d'une province d'une taille semblable au pays.

Selon la répartition par discipline de la main-d'œuvre actuelle des régies régionales de la santé et des régions de services partagés, la province compte 244 postes en santé publique. Ces chiffres sont relativement bas comparativement à ceux des autres provinces et territoires. Par exemple, le tableau 8 compare le nombre de professionnels de la

Régina, une colonne du tableau montre l'extrapolation de la main-d'œuvre de Régina par rapport à la population d'Halifax.

Cette comparaison ne vise pas à qualifier la Saskatchewan d'un exemple idéal, mais simplement de comparateur. Ce type de comparaison comporte certaines limites en raison des différences dans la structure des services.

À titre d'exemple, en

L'effectif en santé publique est beaucoup moins grand que celui des unités de santé publique de l'Ontario. Par exemple, sur une base par habitant, la main-d'œuvre en santé publique de la ville de Toronto équivaut environ à trois fois celle de la Nouvelle-Écosse. La main-d'œuvre en santé publique de la région de Peel, qui a une population d'environ un million d'habitants, représente le double et ne cesse de s'accroître.

On peut soutenir que l'Ontario n'est pas un bon comparateur pour la Nouvelle-Écosse en raison de sa taille relative et de sa richesse. Vu que le besoin de nombreuses mesures relatives à la santé publique en Nouvelle-Écosse est plus grand et que la population est dispersée géographiquement, on peut aussi soutenir que la Nouvelle-Écosse devrait compter un plus grand nombre de professionnels en santé publique par habitant. Ce que l'on sait, c'est que la main-d'œuvre en santé publique de l'Ontario a été rapidement débordée à la suite d'un cas de SRAS importé et que la Nouvelle-Écosse possède seulement une fraction de cette capacité.

La capacité de la main-d'œuvre est plus qu'un simple calcul des équivalents à temps plein. Le niveau de formation doit être pris en considération. Comme il est indiqué à la Section 4.4, très peu de membres du personnel actuels possèdent une formation formelle de 2^e cycle en santé publique. Comment peut-on espérer que le secteur de la santé publique puisse fonctionner comme une science et un domaine fondé sur les preuves si le nombre de personnes ayant suivi une formation formelle en santé publique est insuffisant?

L'épidémiologie est une des sciences fondamentales de la santé publique. Pourtant, très peu d'épidémiologistes de la santé publique font partie du système. Un poste non permanent existe dans les régions régionales de la santé 7 et 8, et un nouveau poste a été créé à l'échelle provinciale. La plupart des provinces et des territoires comptent un épidémiologiste provincial qui détient un doctorat. Dans le système de la Nouvelle-Écosse, aucun épidémiologiste ne possède un doctorat. Par comparaison, la Saskatchewan compte cinq postes dans ses régions de la santé et une expertise épidémiologique additionnelle à l'échelle provinciale.

L'importance d'une approche générale pour le développement de la main-d'œuvre en santé publique a été soulignée dans diverses publications au Canada et ailleurs.⁴⁸⁻⁵⁰ Les principales composantes d'une telle approche sont :

- Surveillance de la composition de la main-d'œuvre en santé publique et prévision du nombre et du mélange de praticiens requis pour répondre aux besoins du système;
- Évaluation des besoins en matière de formation axée sur les compétences;
- Collaboration avec le secteur universitaire afin d'offrir une gamme pertinente d'options de formation axée sur les compétences pour la formation de base et continue de la main-d'œuvre en santé publique;
- Incitatifs et soutien à l'acquisition et à l'amélioration de ces compétences;
- Mesures pour assurer la capacité du secteur de la santé publique d'offrir des stages;
- Application des pratiques pour le recrutement et le maintien en poste du personnel, et appui au cheminement de carrière.

La santé publique est un créneau relativement petit mais spécialisé. Le développement de la main-d'œuvre ne peut pas être laissé au hasard. Il faut des efforts particuliers pour s'assurer que le système puisse compter sur une main-d'œuvre suffisante, compétente et répartie équitablement. La Nouvelle-Écosse a une occasion évidente de collaborer avec les établissements d'enseignement, les autres provinces de l'Atlantique et des partenaires nationaux, en vue de combler les lacunes de la formation en santé publique. À titre d'exemple, aucun programme au Canada atlantique n'offre une formation interdisciplinaire professionnelle de 2^e cycle en santé publique (p. ex. programmes de maîtrise en santé publique). Aucun programme de formation spécialisée à l'intention des médecins en santé publique n'est offert dans cette région du pays.

Le système gouvernemental de santé publique est le principal employeur des professionnels de la santé publique et a un intérêt intrinsèque à s'assurer qu'il existe des programmes de formation en santé publique et que ceux-ci répondent aux besoins du système. La main-d'œuvre actuelle doit être élargie et renforcée. À mesure que le système est reconstruit, les postes devront être adaptés et créés de manière à offrir une combinaison intéressante de défis, de responsabilités et de rémunération.

Les changements au système créeront diverses demandes. Par exemple, le transfert de quatre régions de services partagés à neuf régions régionales de la santé créera des besoins immédiats d'un plus grand nombre de directeurs de la santé publique dans les régions régionales de la santé et probablement d'autres postes exigeront des connaissances hautement spécialisées (p. ex. coordonnateurs des maladies transmissibles). Diverses stratégies seront probablement requises pour recruter, former et encadrer le personnel qui devra exercer ces rôles.

8.2. Systèmes d'information et de connaissances

Utilisation de l'information sur la santé publique

- Identifier les épidémies et circonstances inhabituelles (p. ex. groupe de cancer).
- Décrire et évaluer les tendances (p. ex. taux d'obésité accru).
- Comprendre les nouvelles maladies.
- Cerner les besoins.
- Établir les priorités.
- Concevoir et mettre en oeuvre les politiques et les programmes.
- Déterminer les lacunes et les besoins en matière de recherche.
- Mettre à l'essai les hypothèses.
- Évaluer l'impact et l'efficacité des interventions.
- Démontrer la responsabilisation.

La santé publique est un secteur axé sur l'information. Pour qu'une méthode soit efficace, il faut compter sur la disponibilité et l'analyse de nombreux types de données, dont la mortalité, la morbidité, l'utilisation des services, les déterminants de la santé, et les valeurs et préférences communautaires. L'encadré indique les divers buts de l'information sur la santé publique. L'importance des données et de l'information est reflétée dans deux des cinq principales fonctions de base (évaluation et surveillance) qui sont axées surtout sur la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion de l'information. Il faut renforcer ces fonctions dans le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse.

Le SRAS a démontré que les systèmes d'information sont très importants pour gérer les épidémies. Comme le commentait le médecin-hygiéniste d'alors à Toronto, le service de santé publique a dû gérer une épidémie de SRAS avec des centaines de cas et des milliers de contacts à l'aide de dossier papier et des papillons adhésifs avec codes de couleur.³ L'information et les politiques ont changé constamment en fonction de la diffusion au moment voulu des documents pour tenir au courant les nombreux médecins en santé publique qui étaient touchés. La lutte contre une maladie au XXI^e siècle avec des outils du XIX^e siècle n'est manifestement pas la méthode idéale.

Dans l'ère post-SRAS, les systèmes d'information sur les maladies transmissibles (MT) sont un secteur de priorité nationale. Les systèmes d'information actuels sur les maladies transmissibles de la Nouvelle-Écosse sont plus développés que pour tout autre secteur de la santé publique, mais ils ne répondent pas aux normes prévues. Le système de déclaration électronique de Santé Canada qui a été mis sur pied il y a quelques années est actuellement inactif. On a de nouveau recours à un système de dossiers papier. Une analyse des lacunes effectuée en 2004 à l'échelle nationale à partir d'un cadre d'architecture de solution conceptuelle a révélé des lacunes importantes ou allant de modérées à importantes dans chacune des cinq fonctions opérationnelles de l'architecture de solution conceptuelle en Nouvelle-Écosse.ⁱ

Le budget fédéral de 2004 prévoyait 100 millions de dollars pour *Inforoute* afin d'appuyer le système d'information sur les maladies transmissibles au pays. On ne sait pas au juste quand il sera accessible à l'échelle provinciale. Même si elle arrive à point nommé, cette initiative comblera une partie seulement des besoins du système d'information générale du système de santé publique.

Le système de santé publique a établi une *Stratégie de la technologie d'information en santé publique* à la fin des années 2003 et constate ce qui suit :

- Peu d'investissements dans des solutions de technologie d'information depuis de nombreuses années;
- Disponibilité et utilisation des ordinateurs variant grandement d'une région de services partagés à l'autre;
- Aucun cadre provincial uniforme;
- Fragmentation des solutions de TI qui ont été développées indépendamment pour répondre aux besoins;
- Applications d'aujourd'hui axées surtout sur la surveillance des maladies transmissibles – peu de soutien accordé aux mandats plus vastes de la promotion de la santé en général, et de la prévention des maladies et des blessures.⁵¹

La Stratégie de la technologie d'information révèle que la stratégie d'information de la province accorde la priorité à la mise en oeuvre du dossier de santé électronique (DSE). Le DSE est une source potentielle de données pour la surveillance et l'évaluation de la santé publique. Le secteur de la santé publique devra aussi contribuer au dossier de santé longitudinal individuel.

ⁱ Fonctions opérationnelles de l'ASC : gestion des références (client, fournisseur, registres de vocabulaire); gestion de cas (demande); services cliniques (disponibilité et intégration des données cliniques); gestion des épidémies (gestion des épidémies potentielles); services d'analyse des données (outils, statistiques, analyse des tendances, rapidité de l'information, outils géo-spaciaux, etc.).

La Stratégie de la technologie d'information a tracé les orientations stratégiques suivantes :

- Adoption par la Nouvelle-Écosse du système d'information sur la santé publique sur Internet (SISPI) de Santé Canada – qui est un des modules possibles qui sera appuyé par *Inforoute* pour la surveillance des maladies transmissibles et la gestion des épidémies.
- Évaluation de l'utilisation d'autres solutions existantes afin de répondre aux besoins prioritaires non abordées par le SISPI – notamment les applications des notes Lotus préparées dans une région de services partagés et Epi-Info des CDCⁱ.
- Création ou amélioration de l'infrastructure technologique requise pour appuyer les applications proposées et les utilisateurs en santé publique – dont tous les niveaux d'infrastructure depuis les ordinateurs portatifs et de bureau jusqu'aux serveurs et réseaux.
- Mécanismes de soutien continu pour accroître autant que possible la convivialité et les avantages du système, et pour assurer sa viabilité.

Le premier plan quinquennal de mise en oeuvre, relativement modeste, était évalué à six millions de dollars. Même si les fonds pour la stratégie se font toujours attendre, certains transferts de fonds fédéraux destinés à l'infrastructure sont attribués à des projets particuliers (p. ex. système d'inventaire biologique).

La planification axée sur les besoins suppose que de l'information et des données sont disponibles pour évaluer les besoins. La loi sur les régies de santé (*Health Authorities Act*) décrit les attentes des conseils communautaires de la santé relativement à l'évaluation des besoins locaux mais aucun soutien officiel n'a été ciblé pour l'ensemble du système. Au moins une région de services partagés a conclu des ententes de soutien entre la santé publique et les conseils communautaires de la santé. Cette même région est la seule du système qui compte un épidémiologiste et possède des systèmes d'information et de connaissances électroniques les plus développés. Pour que la santé publique soutienne adéquatement la planification axée sur les besoins, il faudra développer et rendre accessibles des systèmes de surveillance et des sources de données, et posséder les ensembles de compétences voulus pour utiliser cette information.

Dans d'autres provinces et territoires, des organisations, comme les observatoires de santé publique (Angleterre) et les unités de renseignements sur la santé (Ontario), ont été établies pour appuyer l'utilisation et l'interprétation de l'information en vue de la prise de décisions à l'échelle locale. Le centre de responsabilité d'évaluation de la santé de la population devrait jouer un rôle semblable pour appuyer les régies régionales de la santé et le gouvernement provincial en vue d'accomplir cette fonction prévue. L'unité de recherche sur la santé publique de l'Université Dalhousie est une ressource importante qui devrait être examinée pour voir s'il est possible de créer des partenariats dans ce domaine. D'autres analyses seront aussi nécessaires afin d'établir un équilibre pour les ensembles de compétences entre les niveaux du système. Dans chaque régie régionale de la santé au Manitoba par exemple, une personne est responsable de l'évaluation des besoins tandis que le personnel ayant des compétences très spécialisées travaille surtout à l'échelle provinciale.

ⁱ Epi Info est un logiciel grand public conçu pour la communauté des praticiens et chercheurs en santé publique. Il permet de construire une base de données avec format facile, de faire la saisie des données et d'analyser les statistiques épidémiologiques, les cartes et les graphiques.

Les systèmes de connaissances désignent la production de nouvelles connaissances et l'appui de l'utilisation des connaissances actuelles. Compte tenu des ressources humaines limitées, les liens souhaités avec les établissements d'enseignement pour les professionnels de la santé de la Nouvelle-Écosse sont sous-développés. Sans un personnel désigné et des fonds ciblés, la recherche appliquée à la santé publique ne s'est pas effectuée. Selon la description précédente de la main-d'œuvre de la santé publique, les lieux de stages comme les unités d'enseignement en santé représentent un milieu naturel pour offrir une combinaison de type d'enseignement, de recherche appliquée, d'élaboration et d'évaluation de programmes. Des possibilités régionales (p. ex. centres de collaboration nationaux) existent aussi. Elles seront décrites dans une prochaine section.

Il est à espérer que l'ASPC établira les volets de la gestion des connaissances en santé publique nécessaires (p. ex. un portail pour les données nationales sur la santé et l'information sur l'efficacité). Il faut aussi tenir compte des besoins à l'échelle provinciale qui comprennent les manuels constamment mis à jour, les pratiques optimales et les protocoles qui doivent être immédiatement disponibles pour appuyer la prise de décisions. Une région de services partagés a préparé un ensemble d'applications de Lotus Note pour assurer cette fonctionnalité qui, selon la stratégie de la technologie d'information, doit être accessible en vue de sa diffusion dans l'ensemble de la province. Il importe de souligner que, même si de telles innovations sont un atout, à moins d'être introduites dans l'ensemble du système, elles ne constituent pas une force pour le système car ce dernier est aussi fort que son maillon le plus faible.

8.3. Normes relatives à la santé publique et rendement du système

Les normes relatives à la santé publique définissent les attentes du système. Par exemple, en Ontario, le but énoncé dans les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* est d'établir les exigences minimales des programmes et services de santé publique de base visant à prévenir les maladies, et à promouvoir et à protéger la santé.³² Le *Programme de santé publique du Québec* définit les activités de santé publique qui sont nécessaires pour améliorer la santé et le mieux-être de la population.³³ Pour ces deux provinces, les attentes des programmes sont officiellement liées à la loi sur la santé publique. Le système de l'Ontario définit les exigences minimales tandis que l'approche du Québec consiste à désigner des activités comme prévues dans l'ensemble de la province et d'autres qui peuvent s'appliquer à des régions de la province. Le plan de santé publique local prévoit le mélange exact de programmes pour un organisme de santé publique particulier selon les besoins locaux.

Comme il est décrit à la Section 6.3, il est prévu que les normes structurées sous la forme d'un programme de santé publique provincial constitueront le fondement basé sur la preuve pour le développement des régies régionales de la santé et l'élaboration des plans de santé publique provinciaux. Cette approche diffère de celle utilisée dans plusieurs provinces et territoires par le passé selon laquelle les normes provinciales servaient à définir (et étaient parfois perçues comme les contrôlant) les actions locales en matière de santé publique. L'approche suggérée est de reconnaître que, pour toutes questions de santé publique, certaines mesures peuvent être adoptées à l'échelle de la régie régionale de la santé, certaines s'appliquent à plusieurs régies régionales de la santé et certaines sont de nature provinciale. Elles doivent être intégrées afin d'atteindre les résultats escomptés.

Les régions régionales de la santé suivent un cycle itératif d'évaluation, de fixation des priorités, de choix d'interventions efficaces, de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des programmes. Vu les changements aux normes de la société que la santé publique essaie d'influencer, la planification et la mise en oeuvre des programmes doivent être un projet pluriannuel global. Les interventions isolées à intervalles sont essentiellement trop faibles pour avoir un impact et réaffecter les ressources à des fins autres que les résultats visés. Les priorités en santé publique indiquées dans le plan d'action de la santé publique des régions régionales de la santé seront aussi reflétées dans le plan général des régions régionales de la santé. Comme il est décrit à la Section 6.3, le personnel provincial devra être disponible pour appuyer les diverses étapes du processus. Les plans d'action individuels sur la santé publique des neuf régions régionales de la santé seraient résumés dans le plan général de santé publique provinciale en plus des contributions à l'échelle provinciale. Ce processus vise les objectifs suivants :

- Évaluation des besoins comme la base de la planification et de la fixation des priorités des programmes;
- Utilisation des interventions axées sur l'expérience;
- Adaptation des programmes de santé publique aux besoins et aux priorités à l'échelle locale;
- Élaboration de programmes de santé publique intégrés verticalement;
- Élaboration de programmes de santé publique intégrés horizontalement au sein des régions régionales de la santé.

L'élaboration du programme de santé publique peut s'inspirer des normes du programme de 1997 et du travail considérable qui a été fait au cours des dernières années dans d'autres provinces et territoires. Par exemple, le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont participé activement à l'élaboration et à la mise à jour de normes fondées sur l'expérience. La méthode d'application du programme est importante et la participation active des intervenants du système sera essentielle dès l'élaboration. En général, il faut créer et développer un milieu de collaboration afin d'appliquer la meilleure expérience aux questions de santé les plus importantes.

Un des principaux thèmes des divers rapports post-SRAS est le besoin d'imputabilité du système et l'évaluation du rendement du système. La population de la Nouvelle-Écosse et ses représentants élus doivent connaître le niveau d'efficacité du système sur une base continue et son rendement probable dans une situation d'urgence. Pour ce faire, il faut investir dans des mécanismes de surveillance et de responsabilisation.

Aucun mécanisme ne peut traiter toutes les dimensions devant être évaluées. L'utilisation des normes de programme comme un volet d'un cadre de planification générale constitue une composante du cadre de responsabilisation mais il en faut d'autres. L'inclusion du gouvernement provincial et des régies régionales de la santé dans le processus d'évaluation est un élément clé. Voici les composantes proposées :

- Planification en fonction des besoins;
- Finances – notamment un investissement dans un système général de suivi et des fonds réservés pour la santé publique à l'intérieur des régies régionales de la santé;
- Évaluation et accréditation sur place – idéalement ferait partie de l'accréditation actuelle des régies de la santé, mais il est généralement reconnu que la composante de ce processus relatif à la santé publique doit être grandement renforcée pour établir ce mécanisme de responsabilisation;
- Rapports du rendement du système – un bulletin équilibré pour la santé publique proposé donnerait un aperçu de l'harmonisation de la structure, des ressources et des activités en santé publique avec ses fonctions de base. »⁵² Le bulletin proposé évalue le rendement dans quatre quadrants : déterminants de la santé et statut, engagement communautaire, ressources et services, intégration et aptitude à répondre aux attentes.

Il existe un principe fondamental en gestion : ce qui est mesuré se réalise. Afin de planifier, de mettre en oeuvre et d'assurer la responsabilisation, il faut recueillir des données. Comme il a déjà été mentionné, il existe un besoin considérable d'information et d'élaboration du système de connaissances. De même, il faudra des expertises pour pouvoir évaluer et appliquer l'information et les connaissances.

8.4. Laboratoire de santé publique

Le laboratoire de santé publique (LSP) est un élément clé du système de santé publique et est d'une importance capitale en cas d'épidémie. Le SRAS a fait ressortir les faiblesses dans la capacité des laboratoires en Ontario et les conséquences qu'il y a à séparer, du point de vue organisationnel, le laboratoire de santé publique du reste du système de santé publique. Les études du système ont par la suite recommandé de remédier à ces lacunes et d'établir un lien officiel entre le laboratoire de santé publique et le système de santé publique, comme c'est le cas dans les agences de santé publique faisant autorité ailleurs (p. ex. Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, Institut national de santé publique du Québec, ASPC, CDC des États-Unis, Health Protection Agency du Royaume-Uni).

La Nouvelle-Écosse dépend de deux laboratoires d'hôpital d'enseignement pour remplir les fonctions de laboratoire de santé publique. Un directeur du laboratoire de santé publique a été désigné, mais il n'y a aucune désignation particulière de la fonctionnalité de la santé publique requise, aucuns fonds ciblés ou aucune obligation de rendre compte au système de santé publique.

La proposition élaborée par le directeur du laboratoire de santé publique et le Bureau du médecin-hygiéniste en chef est une étape préliminaire pour aborder certaines lacunes. Les attentes envers le laboratoire de santé publique de la province doivent être précisées et les responsabilités doivent être clairement définies en collaboration avec le système de santé publique. Le laboratoire de santé publique pourrait demeurer dans les laboratoires de l'hôpital, mais il devrait être tenu de rendre compte de ses activités au directeur provincial de la santé publique.

Le renforcement des capacités du laboratoire de santé publique est un domaine où la Nouvelle-Écosse n'a pas besoin de travailler en vase clos. Vu les populations relatives des quatre provinces de l'Atlantique, il faudrait vraisemblablement examiner des solutions régionales afin d'assurer les fonctions de laboratoire spécialisées et d'accroître grandement la capacité de réaction.

À l'échelle nationale, le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada a établi un plan pluriannuel pour le développement des laboratoires au pays. Une fois mis en oeuvre, ce plan assurera le développement et la coordination des systèmes à l'échelle nationale. Une composante clé du plan est qu'il ne se limite pas au laboratoire de santé publique provincial et qu'il englobe les nombreux laboratoires qui effectuent des analyses ayant trait à la santé publique.

8.5. Législation

La législation est tout aussi importante pour la santé publique. Comme le soutient Gostin :

« L'adoption et l'application de la loi... sont un moyen essentiel qui permet au gouvernement d'énoncer les conditions pour que les gens mènent une vie plus saine et plus sécuritaire. La loi établit la mission des régies de santé publique, détermine leurs fonctions et précise la manière d'exercer leur autorité. La loi est un outil pour les organisations sanitaires qui sert à influencer les normes d'un comportement sain, à déterminer et à écarter les menaces pour la santé, et à établir et à appliquer les normes relatives à la santé et à la sécurité. »⁵³

D'après l'étude nationale d'informateurs clés du rapport sur la capacité du Comité consultatif sur la santé de la population, la plupart des modifications à la loi, que planifiaient ou souhaitaient les provinces et les territoires, comprenaient la création d'une loi qui couvre toutes les fonctions de la santé publique, l'obligation pour les autres organismes de rendre compte de leurs actions concernant les déterminants de la santé et la responsabilisation envers les nouvelles structures régionales. »¹ La Loi sur la santé publique du Québec, tout comme le modèle de la loi sur la santé publique des États-Unis,⁵⁴ sont des exemples de loi générale et moderne sur la santé publique. La Colombie-Britannique élabore aussi un cadre général semblable pour décrire son système de santé publique. Comme il est mentionné dans la première étape du rapport, le compte rendu législatif récent de la Nouvelle-Écosse est axé uniquement sur la fonction de protection de la santé. Il faudra élargir ce secteur pour inclure les autres fonctions de la santé publique ainsi que les approches et la responsabilisation prévues. On ne peut pas réviser une loi sans savoir exactement ce qu'elle doit contenir. L'expérience relative aux diverses mesures décrites dans le rapport permettra de documenter l'élaboration de la loi sur la santé publique générale de la province. Le renouvellement législatif de la santé publique devrait donc être réalisé en séquence plus tard au cours de la mise en oeuvre générale du renouvellement du système.

8.6. Préparation aux situations d'urgence

La préparation aux situations d'urgence est la principale responsabilité du système de santé publique. Comme il a été mentionné, un centre de responsabilité spécial est envisagé au sein de l'organisation provinciale de santé publique pour aborder cette question. Le processus de planification comporte des exigences particulières mais la capacité d'intervenir en cas d'urgence dépend grandement de l'état de l'infrastructure du système. Le déterminant le plus important de la capacité de réaction est la capacité courante du système. À moins de pouvoir compter sur une main-d'œuvre compétente et suffisante en place, sur de fortes caractéristiques organisationnelles du système et sur des systèmes d'information et de connaissances adéquats, il sera très difficile de répondre à une forte augmentation soudaine de la demande. L'expérience du SRAS a démontré les conséquences d'un manque de planification préalable et d'attention accordée à l'infrastructure du système. Il n'est pas possible de dresser un plan au milieu d'une crise complexe et de s'attendre à ce que le système fonctionne à son dénominateur commun ou à son maillon essentiel le plus bas.

Les épidémies de SRAS ont commencé par une seule personne infectée dans la région de Toronto. Bien qu'il soit causé par un nouvel agent pathogène, le SRAS n'était pas une épidémie relativement importante et ne comportait pas non plus un agent particulièrement transmissible ou mortel. Il a néanmoins paralysé le système des services de santé personnels

de la province et dévasté l'industrie touristique. Le tableau 10 montre une comparaison qualitative des aspects choisis à l'échelle locale du système de santé publique en Nouvelle-Écosse et de la ville de Toronto.

Le tableau 10 aborde vraisemblablement tout sentiment de confiance excessive. Pour presque tous les indicateurs, la capacité de la Nouvelle-Écosse est inférieure à celle du service de santé publique de Toronto. La présence des régions régionales de la santé permet d'établir des liens plus étroits avec le secteur des soins actifs, ce qui devrait faciliter la communication et la

Tableau 10 : Comparaison qualitative de la préparation de la Nouvelle-Écosse à réagir à un incident de santé publique de niveau moyen

Indicateur	Ville de Toronto*	Nouvelle-Écosse – RRS**
Système d'information sur les maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Plate-forme DOS archaïque 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur papier
Nombre d'employés – au niveau local	<ul style="list-style-type: none"> • 75 par 100 000 habitants 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 par 100 000 habitants
Expertise épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisante 	<ul style="list-style-type: none"> • Presque nulle
Médecins-hygiénistes	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques-uns
Laboratoire de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Séparé du système de santé publique, du point de vue administratif • Capacité insuffisante 	<ul style="list-style-type: none"> • Séparé du système de santé publique, du point de vue administratif • Fonctionnalité dépendant du laboratoire de soins actifs tertiaires
Plan contre la grippe pandémique	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> • Partiel – surtout une liste de contrôle des étapes de planification à suivre
Liens organisationnels officiels avec établissements de soins actifs	<ul style="list-style-type: none"> • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui

*Au moment du SRAS; **Au moment de l'étude.

coordination entre la santé publique et les soins actifs avant et pendant une urgence. La capacité de muter le personnel du secteur des soins actifs au secteur de la santé publique pourrait être utile, selon que le secteur des soins actifs est aussi dépassé ou non par les conséquences d'un incident de santé publique (comme dans le cas du SRAS et ce qui devrait se produire si l'incident est susceptible de s'étendre) et selon que les compétences générales en santé comme la vaccination sont nécessaires pour la gestion de l'épidémie. Si, comme dans le cas du SRAS, ce sont des compétences dans les études des maladies et la gestion des épidémies en particulier, le personnel du secteur des soins actifs serait beaucoup moins utilisé car, en général, il ne possède pas ces compétences.

Possédant le plus grand service de santé publique au pays, la ville de Toronto n'est évidemment pas l'indice de comparaison parfait pour la Nouvelle-Écosse. Toutefois, ce choix est valide car il fournit des données précises et irréfutables des incidences d'une menace modéréeⁱ pour la santé publique au niveau du développement de l'infrastructure.

En raison de sa taille et de sa population, Toronto sera toujours une ville où le risque d'agents pathogènes importés est plus élevé. Toutefois, vu la présence d'un aéroport international et d'un important port de mer, la Nouvelle-Écosse n'est pas à l'abri d'un tel risque ni d'autres types d'urgence de santé publique. Actuellement, l'infrastructure du système de santé publique de la province ne se compare pas bien à un système qui a été qualifié de « défaillant. »⁶ Comme l'a démontré le SRAS, les situations d'urgence en santé publique sont non seulement des menaces pour la santé du public, et les systèmes de services de santé publique et de santé personnels, mais ils sont aussi une menace pour l'économie de la province. L'estimation initiale de l'impact économique d'un cas de SRAS s'élevait à plus de 1,5 milliard de dollars dont près des trois quarts ont été perdus dans l'industrie touristique et des voyages à l'échelle nationale.⁵⁵

En plus du besoin d'une infrastructure adéquate comme préalable, il faut aussi établir la capacité de planification, de formation et de mise à l'essai. Les situations d'urgence sont, par leur nature, des événements rares. Donc, il faut un leadership, des communications et des ressources pour s'assurer que la préparation se poursuit et pour éviter qu'on cède à la complaisance.

8.7. Dépenses du système

Plusieurs mesures relatives à l'infrastructure et à la structure décrites dans le présent rapport visent à créer un système de santé publique plus efficace. L'investissement total dans le système est très important. Les dépenses du système déterminent, dans une large mesure, la possibilité de développer le système. Actuellement, les dépenses en santé publique de la Nouvelle-Écosse pour des programmes et des services de santé publique de base représentent environ 1,2 % des dépenses gouvernementales en santé. Compte tenu des comparaisons qui précèdent, il n'est pas inattendu que l'investissement dans la santé publique par les autres provinces et territoires soit en général plus élevé.

ⁱ Oui, puisque des situations d'urgence en santé publique peuvent survenir, le SRAS était une épidémie moyenne. Après l'épisode de SRAS, le Bureau de santé publique de l'Association médicale canadienne a suggéré une échelle à cinq points pour classer les urgences en santé publique, 5 étant le niveau le plus grave. Un sondage informel auprès des spécialistes en santé publique révèle que le SRAS se situerait environ entre 1,8 et 2,5 sur cette échelle de 5 - c.-à-d. les menaces imaginables pour la santé publique sont beaucoup plus graves que l'épidémie de SRAS.

Il est difficile d'établir une comparaison directe entre les budgets de la santé publique des provinces et des territoires en raison de l'absence de mécanismes uniformes pour recueillir l'information sur les dépenses et de mesures de rendement uniformes pour évaluer l'impact de ces investissements. Le Rapport Naylor donne des estimations approximatives des dépenses en santé publique des provinces et des territoires qui figurent au tableau 11 sur une base par habitant.

Les comparaisons entre les provinces et les territoires sont sommaires en raison du manque d'information concernant surtout ce qui est pris en compte (ou non). Les petits territoires et petites provinces, comme la

Nouvelle-Écosse, sont désavantagés car certains aspects de l'infrastructure du système comportent des coûts fixes, quel que soit le nombre d'habitants. Le tableau 11 indique seulement une différence de 20 % dans le financement du système de l'Ontario et de celui de la Nouvelle-Écosse. Par contre, comme il est mentionné plus tôt, plusieurs unités de santé publique en Ontario ont de 200 à 300 % plus de personnel que la Nouvelle-Écosse par habitant. Malgré l'incertitude concernant les grands écarts entre la Nouvelle-Écosse et les autres provinces et territoires, il ne semble faire aucun doute que le niveau des investissements actuels en Nouvelle-Écosse est inférieur à celui de plusieurs autres provinces et territoires, et que, selon les nombreux rapports post-SRAS, le niveau d'investissement et le développement du système sont considérés inadéquats.

La capacité d'atteindre les résultats escomptés, comme une meilleure santé, une viabilité accrue du système de soins de santé et la préparation aux situations d'urgence, dépendront du niveau et de l'efficacité des investissements. De même qu'on ne s'attend pas à traiter une personne souffrant d'hypertension avec un dixième de la dose de médicament recommandée, on ne peut pas penser à atteindre les résultats démographiques escomptés avec une fraction de la dose de prévention requise. Par exemple, l'application de toutes les recommandations sur le contrôle du tabac basé sur l'expérience formulées par les CDC des États-Unis²⁸ nécessiterait un investissement annuel d'environ 15 millions de dollars en Nouvelle-Écosse. Cela représente environ la moitié du budget actuel de la santé publique et pour seulement un facteur de risque. Pourtant, le tabagisme représente, pour le système de soins de santé en Nouvelle-Écosse, des coûts directs annuels de 168 millions de dollars en plus de tous les autres coûts indirects pour la société et de productivité.

Tableau 11 : Dépenses provinciales estimatives par habitant en santé publique, 2002

	C.-B.	Manitoba	Ontario	Québec*	N.-É.	Moyenne provinciale (extrapolée)
Dépenses en santé publique par habitant	57	37	37	36	30	44

Source : Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, 2003.³

*Québec : dépenses non indiquées dans le Rapport Naylor mais provenant d'un rapport du Québec.³⁶

Des organisations ont entrepris récemment une évaluation du montant qui devrait être dépensé dans le domaine de la santé publique. Essentiellement,

- D'après la modélisation effectuée pour le Trésor de sa Majesté en Angleterre, le double des investissements dans la prévention et la promotion (250 millions de livres), au cours des dix premières années du modèle, était associé à la plus faible augmentation des coûts des soins de santé pendant les dix années subséquentes.⁵⁷
- La mise en oeuvre du programme de santé publique fondé sur l'expérience du Québec³³ pourrait nécessiter presque le double du budget annuel de la santé publique de la province, qui passerait de 265 à 506 millions de dollars.⁵⁶
- Le Comité permanent de l'Assemblée législative en Colombie-Britannique a analysé les coûts actuels directs et indirects liés à la santé et a évalué les économies que représenteraient des améliorations modestes des principaux facteurs de risque; il a recommandé que le financement des projets de santé publique passent progressivement de 3 % à au moins 6 %.⁵⁸
- La Société du cancer de la Colombie-Britannique a recommandé récemment d'accroître les fonds destinés à la prévention de la maladie d'au moins 5 % du budget des soins de santé en mettant l'accent sur les maladies chroniques.⁵⁹

Il existe une grande similitude dans les conclusions des divers groupes qui recommandent que l'investissement pour répondre aux besoins de santé publique soit doublé et atteigne de 5 à 6 % des dépenses gouvernementales du système de santé afin d'obtenir des résultats optimaux des projets de prévention et de promotion.

Puisque le niveau d'investissement actuel dans la santé publique en Nouvelle-Écosse est d'environ 1,2 %, il est difficile de faire accepter une augmentation qui représenterait quatre fois le niveau actuel des investissements. Ce qui est évident toutefois, c'est que la Nouvelle-Écosse doit établir son système de santé publique et, comme première étape, chercher à obtenir la parité avec les autres provinces et territoires. Une augmentation de l'investissement dans le système de l'ordre de 50 à 100 % est donc l'étape initiale la plus appropriée et la plus réalisable. Ce niveau d'investissement devra être maintenu pendant plusieurs années et servir à établir la capacité à l'échelle provinciale et à l'échelle des régies régionales de la santé. Selon les efficacités réalisées par la mise en place d'une gestion de l'information moderne et de structures simplifiées, l'impact de cet investissement sera probablement plus grand que celui des niveaux de financement semblables à l'époque pré-SRAS. D'autres analyses devront être effectuées pour déterminer le besoin d'autres investissements.

Un défi est associé au financement de la santé publique aux deux niveaux, celui d'établir un équilibre entre la prévention à long terme et les demandes immédiates de soins. Ce phénomène n'est pas unique au Canada. Comme il est mentionné dans un livre blanc paru récemment en Angleterre sur la manière de faciliter les choix santé, le National Health Service se dégage d'une crise de plusieurs décennies axées sur l'attente d'un traitement, ce qui libère les ressources, le temps et l'espace requis pour la prise de mesures efficaces en prévention.⁶⁰ Le modèle établi par le Trésor de Sa Majesté documente cette perspective, montrant qu'un investissement accru en santé publique peut avoir un impact sur la viabilité du système de soins de santé.⁵⁷ Une plus grande viabilité nécessite des investissements.

Les investissements dans le domaine de la santé publique doivent être visibles et faire l'objet d'un suivi. Si la santé publique est un secteur de base, son financement doit donc être explicite. Les fonds pour la santé publique attribués aux régions régionales de la santé doivent être visibles, contrôlés et protégés. Conformément à l'orientation de la santé de la population, les régions régionales de la santé sont encouragées à trouver d'autres fonds pour accroître davantage leur budget de santé publique. À mesure que les régions régionales de la santé reçoivent de nouveaux investissements en santé publique, il faudra réparer les iniquités des niveaux de financement qui se sont créés au fil des ans.

8.8. Mesures n° 7 à 16 pour le renouvellement du système

- 7 Élaborer et mettre en oeuvre une stratégie de perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique en mettant l'accent sur les lacunes importantes de la main-d'œuvre actuelle.
- 8 Accroître la taille générale de la main-d'œuvre ainsi que les ensembles de compétences spécialisées, y compris, mais non exclusivement :
 - a. Épidémiologistes,
 - b. Professionnels de la santé publique ayant une maîtrise,
 - c. Directeurs de la santé publique des régions régionales de la santé.
- 9 Créer un partenariat avec le secteur universitaire afin de développer et d'établir des programmes de formation et des stages pratiques, y compris appuyer le développement d'une unité d'enseignement en santé publique.
- 10 Revoir, mettre à jour et mettre en oeuvre une stratégie des technologies de l'information afin d'améliorer l'infrastructure de l'information pour appuyer les fonctions de base et les programmes de santé publique.
- 11 Établir pour le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse des normes basées sur l'expérience applicables à l'échelle provinciale et aux régions régionales de la santé, qui peuvent être adaptées aux circonstances locales et qui appuient la planification à l'échelle locale et provinciale.
- 12 Établir un mécanisme de responsabilisation à plusieurs composantes pour le système de santé publique :
 - a. Planification, fixation des priorités et mise en oeuvre des interventions axées sur l'expérience;
 - b. Suivi financier de l'investissement dans le système et son application;
 - c. Rapports sur le rendement du système;
 - d. Rapports sur la santé du public.
- 13 Élaborer et mettre en oeuvre un plan stratégique afin d'assurer la prestation de services de laboratoire de santé publique de qualité élevée en Nouvelle-Écosse par le laboratoire de santé publique provincial et afin d'assurer la responsabilisation des fonctions de santé publique par le réseau provincial de laboratoires envers le système de santé publique.

- 14 Rédiger une loi sur la santé publique qui décrit, de manière générale, les fonctions, approches, structures, rôles et responsabilités du système de santé publique.
- 15 Préparer le système de santé publique à réagir aux épidémies et aux autres situations d'urgence en santé publique en prévoyant :
 - a. des ressources pour la planification, la formation et l'exercice pour les situations d'urgence;
 - b. une capacité continue et de réaction suffisante.
- 16 Mettre en oeuvre un plan pluriannuel (c.-à-d. de 5 à 10 ans) pour doubler le financement actuel du système de santé publique afin d'accroître la capacité du système provincial de promouvoir la santé, et de prévenir les maladies et les blessures de façon optimale, et d'être prêt à réagir aux situations d'urgence en matière de santé publique. [Le financement actuel du système de santé publique représente environ 1,2 % des dépenses du système de santé provincial ou 31 millions de dollars, sans les coûts des vaccins ou des inspecteurs de la santé publique].



9. Possibilités

Les défis propres aux petits territoires et petites provinces que représente l'établissement d'infrastructure d'un système créent de plus grands incitatifs à déterminer les possibilités de partenariat. Puisque d'autres provinces et territoires, et partenaires du système évaluent aussi les possibilités de collaboration, le climat est idéal pour envisager des projets conjoints qui, autrement, ne seraient pas possibles. Cette section décrit quelques possibilités clés qui sont actuellement visibles en raison de leurs liens réciproques et indique que d'autres possibilités se manifesteront probablement avec le temps.

9.1. Liens avec le secteur universitaire

La Nouvelle-Écosse compte de nombreux établissements d'enseignement qui pourraient s'engager davantage dans le système de santé publique. Plusieurs possibilités existent pour raffermir ces liens :

- Participation officielle à l'évaluation des besoins en santé et à la surveillance (p. ex. unité de recherche sur la santé de la population);
- Élaboration de programmes de formation :
 - Programme de maîtrise en santé publique (p. ex. maîtrise en santé publique, maîtrise ès sciences de la santé),
 - Formation des spécialistes en médecine communautaire qui sont la source de médecins-hygiénistes;
- Liens officiels afin d'appuyer les unités d'enseignement en santé publique affiliées à l'université pour offrir une formation pratique dans diverses disciplines ainsi que le site de la recherche appliquée et de services (p. ex. postes subventionnés de médecin-chercheur).

9.2. Solutions pour la région de l'Atlantique

Plusieurs défis que doit relever la Nouvelle-Écosse existent probablement dans les autres provinces de l'Atlantique. Un nombre accru d'organismes liés à la santé offrent une perspective régionale, y compris :

- Transformation du bureau régional de la DGSPSP de Santé Canada en un bureau régional de l'Agence de santé publique du Canada;
- Bureau régional de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada responsable des services de santé publique aux communautés des Premières nations dans les quatre provinces;
- Création d'un centre national de collaboration en santé publique sur les déterminants de la santé au Canada atlantique;
- Modèle de formation par plusieurs établissements dans plusieurs provinces (FCRSS);
- Réseau atlantique pour la recherche en prévention financé par les IRSC;
- Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire.

La présence de ces organismes régionaux dans les provinces de l'Atlantique devrait faciliter la recherche de solutions régionales à un certain nombre de défis qui pourraient comprendre :

- Programmes de formation de base planifiés et offerts à l'échelle régionale :
 - Programmes de formation en médecine communautaire,
 - Épidémiologistes de population,
 - Programmes de maîtrise en santé publique;
- Programmes de formation continue;
- Échange d'idées entre les systèmes de santé publique provinciaux et fédéral – prêts de service, congés sabbatiques;
- Développement d'un système d'information;
- Développement d'un système de surveillance (indicateurs et analyse);
- Capacité de laboratoire et de réaction;
- Élaboration du programme et du contenu (p. ex. manuels sur le contrôle des maladies transmissibles).

9.3. Financement fédéral du système de santé publique

En plus du partenariat avec les autres provinces et territoires, et le gouvernement fédéral sur le développement de l'infrastructure, il faut aborder les paiements de transfert ciblés pour appuyer le système de santé publique. Pour la première fois en 2004, le budget fédéral prévoyait le transfert de ces fonds. Cette situation contraste grandement avec l'expérience dans d'autres pays.

Aux États-Unis, le CDC fournit des niveaux de financement élevé aux États et des fonds ciblés sont attribués aux niveaux locaux. En plus du financement direct, le CDC prête plusieurs membres du personnel aux services de santé publique des États. En Australie, environ 50 % du système de santé publique est financé par des subventions à la santé publique ciblées par le gouvernement fédéral. En Angleterre, la santé publique est financée au moyen d'un service de santé national.

Le budget fédéral de 2004 prévoyait 100 millions de dollars sur une période de trois ans pour les provinces et les territoires sur une base par habitant pour renforcer l'infrastructure du système. Cet investissement est un important précédent et d'autres possibilités seront examinées pour élargir ce modèle à l'avenir. Plus vite la Nouvelle-Écosse entamera le renouvellement de son système de santé publique, plus elle sera en mesure de solliciter une aide externe. Un argument important pour le financement peut être fondé sur la nature des modèles de financement dans d'autres pays, les défis intrinsèques des petits territoires et petites provinces quant à l'infrastructure de la santé publique, et les occasions de collaboration régionale et d'investissement pour renforcer le secteur de la santé publique au Canada atlantique.

9.4. Secteurs non gouvernementaux

Plusieurs organismes de bienfaisance en santé ont un intérêt indissociable pour le fonctionnement du système de santé publique et étaient des participants enthousiastes à la présente étude. Comme il est décrit précédemment, le système de santé publique du gouvernement doit avoir la capacité de collaborer avec le secteur non gouvernemental à divers projets. Le secteur des affaires est un autre groupe important qui devrait avoir un intérêt pour le système de santé publique. Il s'agit non seulement de posséder une main-d'œuvre plus productive et plus en santé mais aussi de protéger l'entreprise contre les impacts évitables des situations d'urgence.

9.5. Mesures n° 17 à 20 pour le renouvellement du système

- 17 Discuter avec le secteur universitaire de la Nouvelle-Écosse des possibilités de collaboration avec le système de santé publique en matière de formation, de recherche appliquée et de service.
- 18 Discuter avec les organismes régionaux du Canada atlantique et les autres provinces de l'Atlantique des possibilités de collaboration aux fonctions du système de santé publique mutuellement avantageuses et au développement de l'infrastructure.
- 19 Créer un partenariat avec le gouvernement fédéral et l'Agence de santé publique du Canada afin de renforcer, en collaboration, le système de santé publique en Nouvelle-Écosse.
- 20 Discuter avec le secteur non gouvernemental des possibilités d'accroître la collaboration entre les systèmes de santé publique formels et informels en Nouvelle-Écosse.



10. Mise en oeuvre

L'état des systèmes de santé publique de la Nouvelle-Écosse et des autres provinces ne s'est pas aggravé du jour au lendemain. Les défis actuels se sont accumulés depuis des années. Il faudra donc, d'une manière réaliste, des années pour renouveler le système. Plus tôt débute la remise en état, plus rapidement sera achevé le renouvellement. Trois raisons fondamentales justifient une action. Elles sont le résultat des contributions à la santé publique :

- Améliorer la santé du public;
- Prendre des mesures concrètes pour faire face à l'incapacité de maintenir les augmentations de fonds dans le système des soins de santé;
- Prévenir et réduire l'impact des urgences en santé.

Le moment est venu d'agir. Le présent rapport établit une carte routière préliminaire pour le développement du système. Au départ, il faudrait mettre l'accent sur la structure et la capacité du système à l'échelle provinciale avant d'effectuer une transition des équipes des régions de services partagés aux équipes des régies régionales de la santé. La principale raison est qu'il faut bien appuyer les équipes des régions de services partagées et établir des processus administratifs afin de ne pas intensifier les lacunes en matière de capacité. Les premières étapes à l'échelle provinciale sont, entre autres :

- Nommer un directeur provincial de la santé publique;
- Regrouper les trois divisions actuelles par le réaménagement des effectifs en équipes fonctionnelles;
- Évaluer et résoudre les besoins relatifs à la capacité;
- Entamer les travaux pour régler la situation de la santé environnementale et des inspecteurs de la santé publique.

Il faut avoir bien examiné les composantes interdépendantes avant d'entreprendre la transition des régions de services partagés aux régies régionales de la santé. Les étapes précédentes du regroupement et du renforcement à l'échelle provinciale sont un préalable évident. Un directeur de la santé publique compétent de la régie régionale de la santé et un coordonnateur des maladies transmissibles doivent être en fonction, et tout autre écart important créé par le transfert à un modèle de régie régionale de la santé doit être comblé. Un certain nombre de processus administratifs comme les horaires des services d'appel, les accords d'entraide et les protocoles doivent aussi être établis avant la transition. Il se peut que le nouveau programme provincial de santé publique et les mécanismes de responsabilisation ne soient pas établis entièrement avant la transition mais leurs cadres doivent être suffisamment développés pour assurer le fonctionnement du système.

Le présent rapport établit la carte routière préliminaire du développement du système, mais bien d'autres questions relatives à la mise en oeuvre devront être étudiées par les intervenants du système au cours des prochains mois et des prochaines années. À mesure que les structures sont simplifiées et que les processus administratifs sont modifiés, les responsabilités et les rôles individuels évolueront naturellement. Manifestement, les tâches à accomplir ne manquent pas. Le système devra, comme le fait un hôpital pendant des rénovations majeures, continuer de fonctionner pendant le processus de reconstitution. Pour ce faire, une équipe de mise en oeuvre sera créée pour gérer les nombreux projets qui seront entrepris au cours d'une période pluriannuelle. Par exemple, plusieurs mesures sont des projets en soi dont il faudra évaluer les enjeux davantage, élaborer les plans, obtenir l'approbation et assurer la mise en oeuvre. Il faudra faire appel à des membres du personnel et à des consultants externes pour réaliser plusieurs de ces étapes. L'équipe de mise en oeuvre sera le groupe de base chargé de gérer les diverses composantes du projet. Le groupe accomplira aussi des tâches de secrétariat pour un groupe directeur formé de plusieurs intervenants qui devra superviser le renouvellement du système. L'équipe devra aussi s'assurer que divers mécanismes de communication seront utilisés pour tenir tous les intervenants au courant de la mise en oeuvre des nombreuses étapes requises.

10.1. Mesure n° 21 pour le renouvellement du système

- 21 Créer une équipe du projet pour gérer la mise en oeuvre des actions stratégiques susmentionnées; un projet pluriannuel nécessitant une équipe d'au moins cinq personnes pour gérer la mise en oeuvre des mesures établies ci-dessus.



11. Conclusions

Les systèmes de santé publique dans le monde n'ont pas reçu suffisamment d'attention au cours des dernières années. Il en est de même en Nouvelle-Écosse. La province a l'occasion de tirer des leçons des expériences des autres en établissant un système de santé publique plus solide et plus efficace qui contribuera à la santé et au mieux-être de toute la population néo-écossaise.



12. Sommaire des 21 mesures pour le renouvellement du système

Les sections précédentes du rapport contiennent 21 mesures pour le renouvellement du système. Ces éléments sont très complémentaires et doivent être considérés comme un ensemble de mesures stratégiques devant être mises en œuvre sur une période pluriannuelle. Le lecteur devrait se reporter aux sections correspondantes du présent rapport pour connaître la justification et le contexte de chaque mesure.

- 1** **Articuler et utiliser comme guide pour le système de santé publique une vision collective englobant et appuyant l'exercice des fonctions de base de la santé publique qui contribuent de façon efficace :**
 - a. à améliorer les niveaux de l'état de santé de la population et à diminuer les disparités en matière de santé;
 - b. à diminuer le fardeau pour le système de services de santé personnel et à assurer ainsi sa viabilité;
 - c. à améliorer l'état de préparation et la capacité d'intervention dans des situations d'urgence en matière de santé.

- 2** **Établir un seul poste de direction pour le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse :**
 - a. Diriger un organisme de santé publique provincial et être chargé de la coordination et du développement du système en général.
 - b. Relever du sous-ministre
 - c. Posséder de grandes compétences : santé publique, leadership et gestion (peut également exercer les responsabilités du médecin-hygiéniste en chef prévues si cela convient)
 - d. Rôles et responsabilités clairement définis
 - e. Indépendance – fait rapport au public, à l'Assemblée législative
 - f. Méthode de sélection transparente et par voie de concours prévoyant un mandat renouvelable de cinq ans

- 3** **Établir un organisme de santé publique intégré au niveau du système provincial**
 - a. Créé par le regroupement des trois entités actuelles de santé publique (c.-à-d. Bureau du médecin-hygiéniste en chef; Division de la santé de la population et de la santé publique; Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse)
 - b. Exerce cinq fonctions de base de santé publique de façon intégrée : évaluation de la santé de la population, surveillance, promotion de la santé, prévention des maladies et protection de la santé
 - c. Structuré de façon semblable aux autres organismes de santé publique intérieurs et internationaux par secteur de programme
 - d. Appellation qui définit clairement les responsabilités de l'organisme de santé publique envers le personnel, les décideurs et le public.

- 4** **Décider s'il est préférable de situer l'organisme de santé publique provincial regroupé à l'intérieur ou à l'extérieur du ministère de la Santé et établir une surveillance ministérielle adéquate.**

- 5** Transition du système de santé publique sous-provincial de façon contrôlée du modèle de la région de services partagés actuel vers un modèle situé à l'intérieur des régions régionales de la santé. Il faudra pour ce faire :
- Être guidé par la vision du système de santé publique qui est verticalement intégré entre le niveau provincial et le niveau de la région régionale de la santé du système, chaque niveau étant intégré horizontalement aux autres composantes du système de santé.
 - Rôles, responsabilités et responsabilisation définis pour les deux niveaux du système.
 - Directeur de la santé publique dans chaque région régionale de la santé qui a la gestion et la responsabilité des programmes de santé publique au sein de la région régionale de la santé et qui fournit une analyse au niveau de la population et des conseils aux dirigeants supérieurs et au conseil de la région régionale de la santé.
 - Maintien d'une équipe de santé publique intacte dirigée par le directeur de la santé publique.
 - Capacité suffisante aux deux niveaux du système afin d'exercer les rôles et les responsabilités.
 - Attentes et engagement d'aide mutuelle entre les régions régionales de la santé pour assurer une capacité de réaction dans certaines situations (p. ex. épidémies et urgences).
 - Médecins-hygiénistes ayant un double rôle :
 - Médecin-hygiéniste pour une ou plusieurs régions régionales de la santé
 - Membre d'une équipe programmatique provinciale
- 6** Les ministères de la Santé, de l'Environnement et du Travail, et de l'Agriculture et des Pêches entreprennent un processus collectif pour réaliser les buts suivants :
- Cerner, d'après le point de vue des trois ministères, les principaux enjeux et préoccupations concernant la répartition actuelle des responsabilités et des ressources en matière de santé publique;
 - Déterminer les différents enjeux relatifs à la santé publique et les programmes connexes qui doivent être offerts;
 - Déterminer la meilleure répartition des responsabilités et des ressources requises pour donner suite aux constatations mentionnées au paragraphe b);
 - Dresser un plan de mise en oeuvre pour atteindre le but du paragraphe c).
- 7** Élaborer et mettre en oeuvre une stratégie de perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique en mettant l'accent sur les lacunes importantes de la main-d'œuvre actuelle.
- 8** Accroître la taille générale de la main-d'œuvre ainsi que les ensembles de compétences spécialisées, y compris, mais non exclusivement :
- Épidémiologistes,
 - Professionnels de la santé publique ayant une maîtrise,
 - Directeurs de la santé publique des régions régionales de la santé.
- 9** Créer un partenariat avec le secteur universitaire afin de développer et d'établir des programmes de formation et des stages pratiques, y compris appuyer le développement d'une unité d'enseignement en santé publique.

- 10 Revoir, mettre à jour et mettre en oeuvre une stratégie des technologies de l'information afin d'améliorer l'infrastructure de l'information pour appuyer les fonctions de base et les programmes de santé publique.
- 11 Établir pour le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse des normes basées sur l'expérience applicables à l'échelle provinciale et aux régies régionales de la santé, qui peuvent être adaptées aux circonstances locales et qui appuient la planification à l'échelle locale et provinciale.
- 12 Établir un mécanisme de responsabilisation à plusieurs composantes pour le système de santé publique :
 - a. Planification, fixation des priorités et mise en oeuvre des interventions axées sur l'expérience;
 - b. Suivi financier de l'investissement dans le système et son application;
 - c. Rapports sur le rendement du système;
 - d. Rapports sur la santé du public.
- 13 Élaborer et mettre en oeuvre un plan stratégique afin d'assurer la prestation de services de laboratoire de santé publique de qualité élevée en Nouvelle-Écosse par le laboratoire de santé publique provincial et afin d'assurer la responsabilisation des fonctions de santé publique par le réseau provincial de laboratoires envers le système de santé publique.
- 14 Rédiger une loi sur la santé publique qui décrit, de manière générale, les fonctions, approches, structures, rôles et responsabilités du système de santé publique.
- 15 Préparer le système de santé publique à réagir aux épidémies et aux autres situations d'urgence en santé publique en prévoyant :
 - a. des ressources pour la planification, la formation et l'exercice pour les situations d'urgence;
 - b. une capacité continue et de réaction suffisante.
- 16 Mettre en oeuvre un plan pluriannuel (c.-à-d. de 5 à 10 ans) pour doubler le financement actuel du système de santé publique afin d'accroître la capacité du système provincial de promouvoir la santé, et de prévenir les maladies et les blessures de façon optimale, et d'être prêt à réagir aux situations d'urgence en matière de santé publique. [Le financement actuel du système de santé publique représente environ 1,2 % des dépenses du système de santé provincial ou 31 millions de dollars, sans les coûts des vaccins ou des inspecteurs de la santé publique].
- 17 Discuter avec le secteur universitaire de la Nouvelle-Écosse des possibilités de collaboration avec le système de santé publique en matière de formation, de recherche appliquée et de service.
- 18 Discuter avec les organismes régionaux du Canada atlantique et les autres provinces de l'Atlantique des possibilités de collaboration aux fonctions du système de santé publique mutuellement avantageuses et au développement de l'infrastructure.

- 19 Créer un partenariat avec le gouvernement fédéral et l'Agence de santé publique du Canada afin de renforcer, en collaboration, le système de santé publique en Nouvelle-Écosse.
- 20 Discuter avec le secteur non gouvernemental des possibilités d'accroître la collaboration entre les systèmes de santé publique formels et informels en Nouvelle-Écosse.
- 21 Créer une équipe du projet pour gérer la mise en oeuvre des actions stratégiques susmentionnées; un projet pluriannuel nécessitant une équipe d'au moins cinq personnes pour gérer la mise en oeuvre des mesures établies ci-dessus.



Annexe A – Autres détails concernant les sources de données pour les figures 1 à 3

Les données utilisées dans les figures 1 à 3 proviennent du site Web *Indicateurs de la santé* de Statistique Canada à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIE/free.htm>. Les données publiées comme le Volume 2005, numéro 1 (Février 2005) ont été utilisées pour créer les diagrammes à barres horizontales. Le tableau suivant fournit d'autres renseignements sur chacune des mesures. Pour plus de détails, visitez le site Web de Statistique Canada.

Indicateur	Population	Description	Source des données de Statistique Canada
Auto-évaluation de la santé (excellente ou très bonne)	Population de 12 ans et plus.	Auto-évaluation de la santé sur une échelle de cinq points.	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Espérance de vie	Excluant les données sur les naissances aux mères non résidentes au Canada, naissances dont le lieu de résidence de la mère est inconnu, décès de non-résidents et décès de résidents dont le lieu de résidence ou l'âge est inconnu.	Nombre d'années de vie d'une personne, depuis la naissance si l'âge et les taux de mortalité particuliers à l'âge et au sexe demeurent constants pendant la durée de vie précoce.	Base canadienne de données sur l'état civil - décès, 2001
Espérance de vie sans incapacité		À partir de l'espérance de vie et ajout du facteur de qualité de vie. Établit une distinction entre les années de vie sans limitation d'activités et les années avec au moins une limitation.	Base canadienne de données sur l'état civil - décès, 2001 et recensement de 1996
Années potentielles de vie perdues	Incluant les décès de l'âge de 0 à 74 ans et excluant les décès des non-résidents, province ou territoire de résidence et âge inconnus.	Nombre d'années potentielles de vie perdues lorsqu'une personne meurt « prématurément », défini pour cet indicateur comme étant avant l'âge de 75 ans.	Base canadienne de données sur l'état civil - décès, 2001
Mortalité infantile		Décès d'un enfant de moins d'un an, moyenne de trois ans.	Base canadienne de données sur l'état civil - naissances et décès, 2001

Indicateur	Population	Description	Source des données de Statistique Canada
Incidence du cancer du poumon	Excluant les non-résidents du Canada, province ou territoire de résidence et âge inconnus.	Moyenne de trois ans; taux standardisé selon l'âge de la population canadienne de 1991	Base canadienne de données sur l'état civil – décès, 2001
Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire	Excluant les non-résidents du Canada, province ou territoire de résidence et âge inconnus.	Moyenne de trois ans; taux standardisé selon l'âge de population canadienne de 1991	Base canadienne de données sur l'état civil - décès, 2001
Décès dus aux maladies vasculaires cérébrales	Excluant les non-résidents du Canada; province ou territoire de résidence et âge inconnus.	Moyenne de trois ans; taux standardisé selon l'âge de la population canadienne de 1991	Base canadienne de données sur l'état civil - décès, 2001
Diabète	Population de 12 ans et plus, incluant les femmes de 15 ans et plus ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel	Déclare avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé.	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Hypertension	Population de 12 ans et plus	Déclare avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé.	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Décès dus à des blessures accidentelles	Excluant les non-résidents du Canada; province ou territoire de résidence et âge inconnus.	Moyenne de trois ans; taux standardisé selon l'âge de la population canadienne de 1991	Base canadienne de données sur l'état civil - décès, 2001
Blessures au cours des 12 derniers mois	Population de 12 ans et plus, population à domicile seulement.	Blessures suffisamment graves pour entraîner une limitation des activités normales au cours des 12 derniers mois, excluant les microtraumatismes répétés.	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Suicide	Excluant les non-résidents du Canada; province ou territoires de résidence et âge inconnus.	Moyenne de trois ans; taux standardisé selon l'âge de la population canadienne de 1991	Base canadienne de données sur l'état civil - décès, 2001

Indicateur	Population	Description	Source des données de Statistique Canada
Poids normal	Population de 18 ans et plus, excluant les femmes enceintes et les personnes mesurant moins de 3 pieds.	Normal : Indice de masse corporelle de 18,5-24,9	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Tabac	Population de 12 ans et plus.	Anciens fumeurs qui fumaient auparavant tous les jours ou à l'occasion et devenus non-fumeurs.	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Activité physique	Population de 12 ans et plus.	Classification basée sur la durée et l'intensité de l'activité physique comme activité de loisirs quotidienne moyenne au cours des trois mois précédents. Modéré = 1,5-2,9 kcal/kg/jour	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Titulaires d'un diplôme d'études secondaires âgés de 24 à 29 ans	Population de 25 à 29 ans, excluant les résidents d'établissement.	Possède un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent.	Recensement de 2001
Enfants de 17 ans et moins dans les familles à faible revenu	Enfants de 17 ans et moins, excluant les résidents d'établissement.	Enfants demeurant dans des familles économiques dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu (niveaux de revenu par rapport auxquels les gens ont des dépenses disproportionnées pour la nourriture, le logement et les vêtements).	Recensement de 2001
Taux de chômage, 15 ans et plus	Population de 15 ans et plus.	Nombre de personnes au chômage en pourcentage de la main-d'œuvre (occupant actuellement un emploi et les sans-emploi mais disponible pour travailler et ayant cherché du travail au cours des quatre semaines précédentes).	Enquête sur la population active, 2002-2003

Annexe B – Rôles complémentaires de la santé publique et des soins de santé primaires

La documentation fournit une orientation.^{61,62} Le tableau suivant donne quelques exemples des interrelations pour des types de services particuliers.

Tableau 12 : Rôles complémentaires de la santé publique et des soins de santé primaires

Sujet	Santé publique	Soins de santé primaires
Immunisations	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer la politique (vaccins, calendrier). • Offrir le service. • Suivre les taux de vaccination de la population. • Surveiller et étudier les effets secondaires. • Élaborer et analyser couramment le système de registre d'immunisation. • Déterminer et diffuser les stratégies efficaces pour combler les lacunes de la vaccination. • Étudier les cas et les épidémies de maladies pouvant être prévenues par un vaccin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir le service. • Présenter un rapport des effets secondaires. • Participer à la mise en oeuvre des stratégies pour combler les lacunes. • Surveiller les taux de vaccination à l'échelle locale (p. ex. CSC). • Présenter un rapport sur les immunisations (documentation du registre). • Présenter un rapport des maladies pouvant être prévenues par un vaccin.
Maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Établir la politique (maladies, déclaration, traitements). • Étudier les cas et grappes de cas de maladie – assurer le suivi des contacts. • Transmettre l'information aux fournisseurs concernant les tendances, la gestion des cas et les nouveaux problèmes. • Créer un réseau de laboratoires de santé publique. • Surveiller les tendances pour identifier les épidémies. • Élaborer des stratégies pour réduire la maladie (partenariats, collaboration). • Offrir et prévoir les services pour combler les lacunes dans les soins de santé primaires (p. ex. cliniques de santé sexuelle pour les jeunes, échange de seringues). • Effectuer de la recherche appliquée. • Offrir un counseling. • Faire du marketing social et établir une politique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier, diagnostiquer et traiter. • Signaler les cas à la santé publique. • Assurer le suivi des contacts dans certains cas. • Offrir un counseling. • Participer à l'évaluation de besoins communautaires, à l'analyse des lacunes et à la recherche de solutions.

Sujet	Santé publique	Soins de santé primaires
Prévention de maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la santé de la population. • Assurer une surveillance. • Élaborer une stratégie générale. • Créer des partenariats intersectoriels à tous les niveaux du système. • Faire du marketing social, élaborer la politique, établir les règlements. • Appuyer les interventions de prévention clinique efficaces. • Sensibiliser et développer les compétences. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister et rechercher les cas. • Étudier et traiter les facteurs à risque et la maladie. • Effectuer un examen périodique de la santé. • Offrir des interventions de prévention clinique. • Participer aux partenariats locaux. • Sensibiliser et développer les compétences.

Le tableau ne saisit pas entièrement la dynamique et la nature itérative des interrelations. Il n'indique pas non plus certaines occasions d'améliorer l'organisation des services de santé qu'offre le renouvellement des soins de santé primaires, notamment :

- Suivi et prestation des incitatifs pour atteindre des niveaux élevés d'interventions de prévention clinique efficaces;
- Production de données plus exactes sur les populations à l'aide des dossiers de santé électroniques (p. ex. immunisation, facteurs à risque, prévalence des conditions, etc.);
- Réponse aux besoins complexes du secteur de la santé d'une manière générale (p. ex. colocation et conférences de cas entre les fournisseurs pertinents – santé, services sociaux, santé mentale, visites à domicile, habitation, soins à domicile, etc.).



Annexe C – Structures des organismes de santé publique

À titre d'exemple, l'Institut national de santé publique du Québec s'occupe des volets suivants :

- Développement social et soutien aux communautés :
 - Développement et adaptation sociale, sécurité et prévention des traumatismes, soutien aux communautés, habitudes de vie;
- Systèmes de soins et de services :
 - Centre de dépistage, maladies chroniques;
- Risques biologiques, écologiques et professionnels :
 - Contrôle, prévention et surveillance des maladies infectieuses, immunisation, maladies transmissibles sexuellement et par le sang, santé au travail, salubrité de l'environnement;
- Services de laboratoire :
 - Centre de toxicologie, laboratoire de santé publique;
- Développement et programmes :
 - Évaluation et surveillance de la santé, formation, recherche, coopération internationale.⁶³

L'Agence de protection et de promotion de la santé proposée en Ontario est conceptualisée de la même manière afin de tenir compte de l'ensemble des questions relatives à la santé publique. À l'échelle fédérale, aux États-Unis, les Centres for Disease Control and Prevention (CDC) sont le prototype d'une agence de santé publique forte. Ils ont été réorganisés récemment.

- Coordinating Center for Environmental Health and Injury Prevention
- Coordinating Center for Health Information and Services
 - National Center for Health Statistics
 - National Center for Public Health Information
 - National Center for Health Marketing
- Coordinating Center for Health Promotion
 - National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
 - National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities
 - Office of Genomics and Disease Prevention
- Coordinating Center for Infectious Diseases
 - National Center for Infectious Diseases
 - National Immunization Program
 - National Center for HIV, STD and TB Prevention
- Coordinating Center for Global Health
- Coordinating Office for Terrorism Preparedness and Emergency Response
- National Institute for Occupational Safety Toxic Substances and Disease Registry⁶⁴

Cette tendance comporte toutefois quelques exceptions. Au Royaume-Uni, deux organismes ont été créés au cours des deux dernières années, un s'occupant de la protection de la santé et l'autre du développement de la santé. Il est donc prématuré de commenter leurs succès relatifs, bien que, malgré sa courte existence, l'Agence de développement de la santé ait déjà été fusionnée à un autre centre. Comme il est indiqué dans le Rapport Naylor, une structure unitaire est généralement souhaitable pour regrouper les fonctions et les responsabilités du système.³

Annexe D – Abréviations utilisées dans le présent rapport

APAS	Organisation panaméricaine de la santé
ASC	Architecture de solution conceptuelle
ASP	Administrateur en chef de la santé publique
ASPC	Agence de santé publique du Canada
BMHC	Bureau du médecin-hygiéniste en chef
CCS	Conseil communautaire de la santé
CCSP	Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population
CCSPS	Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de santé
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (U.S.)
CLSC	Centre local de services communautaires
CRS	Conseil régional de la santé
DES	Dossier de santé électronique
DG	Directeur général
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DGSPSP	Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (transférée à l'ASPC)
É.-U.	États-Unis
ETP	Équivalent à temps plein
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
F-P-T	Fédéral-provincial-territorial
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISP	Infirmière en santé publique
ISP	Inspecteur de la santé publique
LSP	Laboratoire de santé publique
MAP	Ministère de l'Agriculture et des Pêches
MEM	Ministère de l'Environnement et du Travail
MH	Médecin-hygiéniste
MHC	Médecin-hygiéniste en chef
MS	Ministère de la Santé
MSP	Maîtrise en santé publique
MT	Maladie transmissible
MTS	Maladie transmissible sexuellement
NHS	National Health Service (Angleterre)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCT	Primary Care Trust (England)
PE	Protocole d'entente
PSNE	Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse
P-T	Provincial-territorial
RRS	Régie régionale de la santé
RSP	Régions de services partagés
S.M.	Sa Majesté
SIG	Système d'information géographique
SISPI	Système d'information sur la santé publique sur Internet

SM	Sous-ministre
SMA	Sous-ministre adjoint
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TI	Technologie de l'information
UK	Royaume-Uni
V.-P.	Vice-président

Références

- 1) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Can). *Sondage sur les capacités de santé publique au Canada, points saillants*. Ottawa : Comité consultatif, 2002.
- 2) Frank J., E. DiRuggiero et B. Moloughney. *L'avenir de la santé publique au Canada : Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle*. Toronto : IRSC, 2003.
- 3) Comité national consultatif sur le SRAS et la santé publique. *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*. Ottawa : Santé Canada, 2003.
- 4) Kirby, MJL et M. LeBreton. Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir. Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa : Le Sénat, 2003.
- 5) Walker D., W. Keon, A. Laupacis, D. Low, K. Moore, J. Kitts et coll. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action*. Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto : Imprimeur de la Reine de l'Ontario, 2004.
- 6) Campbell A. *Rapport provisoire de la Commission sur le SRAS : Le SRAS et la santé publique en Ontario*. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2004.
- 7) Campbell A. *Second rapport provisoire de la Commission sur le SRAS : Le SRAS et les lois applicables à la santé publique*. Toronto : Commission sur le SRAS, 2005.
- 8) Institute of Medicine. *The future of public health*. Washington : National Academy Press, 1988.
- 9) Donaldson L. *Report of the Chief Medical Officer's Project to strengthen the public health function*. Londres : Ministère de la Santé, 2001.
- 10) Garrett L. *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*. New York : Farrar, Straus & Giroux, Inc., 1994.
- 11) Garrett L. *Betrayal of trust: the collapse of global public health*. New York : Hyperion, 2000.
- 12) Réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé (2004). 2004. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/francais/hca2003/fmm/index.html. Accès : 2005-05-15.
- 13) Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services du Canada, 1974.
- 14) Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986.
- 15) Hayward K. et R. Colman. *Une vague de changement. Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique*. Document de travail. Halifax : Santé Canada, 2003.
- 16) Colman R. et K. Hayward. *The cost of physical inactivity in Nova Scotia*. Halifax : GPI Atlantic, 2002.
- 17) Colman R., C. Dodds, S. Brooks et S. Morrison. *The cost of tobacco in Nova Scotia*. Halifax : GPI Atlantic, 2000.
- 18) Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2004*. Ottawa : ICIS, 2004.
- 19) Krever H. *Rapport de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada*. Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 1997.
- 20) *Pour le bien de la santé publique : Rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario*. Toronto : Ministère de la Santé, 2003.

- 21) Institute of Medicine. *The future of the public's health in the 21st century*. Washington : National Academy Press, 2003.
- 22) *The public health workforce: an agenda for the 21st century. A report of the Public Health Functions Project*. Washington : Public Health Service, US Department of Health and Human Services, 1998.
- 23) Centers for Disease Control and Prevention. *Public health's infrastructure : a status report*. Atlanta : CDC, 1999.
- 24) National Public Health Partnership. *Background to establishment*. 2002. Disponible à www.nphp.gov.au/backgrou.htm. Accès : 2002-10-20.
- 25) *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. 2003. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/francais/hca2003/accord.html. Accès :
- 26) Last J., éditeur. *A dictionary of epidemiology*. 4^e édition. Toronto : Oxford University Press, 2001.
- 27) Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. *Améliorer l'infrastructure du système de santé publique au Canada : Rapport du Groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 2005.
- 28) Centers for Disease Control and Prevention. *Best practices for comprehensive tobacco control programs, August 1999*. 2003. Disponible à www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac-execsummary.htm. Accès : 2005-01-17.
- 29) US Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
- 30) *Rapport de 2004 du médecin-hygiéniste en chef : poids santé, vie saine*. Toronto : Imprimeur de la Reine de l'Ontario, 2004.
- 31) Elder R. W., R. A. Shults, D. A. Sleet, J. L. Nichols, R. S. Thompson et W. Rajab. *Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review*. *Am J Prev Med* 2004; 27(1):57-65.
- 32) *Lignes directrices pour les programmes et services de santé obligatoires (Ontario)*. Décembre 1997. Toronto : Ministère de la Santé, 1998.
- 33) *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.
- 34) Agren G. *Sweden's new public health policy: national public health objectives for Sweden*. Stockholm : Institut national suédois de la santé publique, 2003.
- 35) Assemblée nationale du Québec. *Loi sur la santé publique*. Projet de loi 36. 2001.
- 36) Public Health Functions Steering Committee. *Public health in America*. 1994. Disponible à www.health.gov/phfunctions/public.htm. Accès :
- 37) Saskatchewan Health. *Public health/population health services in Saskatchewan*. 2001. Disponible à www.health.gov.sk.ca/phb_public_health/health_promotion.pdf. Accès : 2005-03-07.
- 38) Agence de santé publique du Canada. 2004. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index.html. Accès : 2005-03-08.
- 39) Lewis S. et D. Kouri. *Regionalization: making sense of the Canadian experience*. Document sur les soins de santé 2004; 5(1):12-31.
- 40) Association canadienne de santé publique. *Public health infrastructure in Canada*. 1997. Disponible à www.cpha.ca/english/policy/pstatem/infrast/page1.htm. Accès : 2004-09-01.

- 41) Robinson S. et S. Turner. *Layers of change: the status of public health in BC under current governance structures*. Vancouver : Association pour la santé publique de Colombie-Britannique, 2001.
- 42) Centers for Disease Control and Prevention. *Syphilis elimination effort tool kit*. 2005. Disponible à www.cdc.gov/std/see/description.htm. Accès : 2005-03-13.
- 43) *Does integration improve the response to infectious disease?* Centre canadien d'analyses de la régionalisation et la santé, 2004.
- 44) Neudorf C., A. Obayan, C. Anderson, et J. Chomyn. *A collaborative system-wide response to influenza outbreak management in Saskatoon Health Region*. *Revue canadienne de santé publique* 2003; 94(5):338-340.
- 45) Davis J. *Let regionalization continue to evolve*. Document sur les soins de santé 2004; 5(1):50-54.
- 46) Thomas H., D. Ciliska et J. Wilson-Abra. *Effectiveness of physical activity enhancement and obesity prevention programs in children and youth*. Hamilton : Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, 2004.
- 47) Veugelers P. J. et A. L. Fitzgerald. *Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: a multilevel comparison*. *Am J Public Health* 2005; 95(3):432-435.
- 48) Nevis Consulting Group. *Public health workforce development: Australia, England and the United States*. Ottawa : Nevis Consulting Group, 2004.
- 49) Moloughney B. *Initiative pancanadienne de formation en santé publique : Résumé de trois ateliers régionaux*. Ottawa : Santé Canada, Centre de coordination de la surveillance et Direction des politiques de soins de santé, 2004.
- 50) Office of Workforce Policy and Planning (CDC). *The public health workforce development initiative*. 2004. Disponible à www.phppo.cdc.gov/owpp/workforcedev.asp. Accès : 2004-03-15.
- 51) Eastbridge Consulting Inc. *Public health information technology strategy*. Halifax : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 2003.
- 52) Woodward G., D. Manuel et V. Goel. *Developing a balanced scorecard for public health: ICES investigative report*. Toronto : Institut de recherche en services de santé, 2004.
- 53) Gostin L. O. Public health law. Dans : Novick LF, Mays GP, éditeurs. *Public health administration : principles for population-based management*. Gaithersburg, Maryland : Aspen Publishers, 2001.
- 54) *Turning Point Public Health Statute Modernization Collaborative. The Turning Point model state public health act: a tool for assessing public health laws*. 2003. Disponible à www.hss.state.ak.us/dph/improving/turningpoint/PDFs/MSPHAWeb.pdf. Accès : 2004-10-04.
- 55) Darby, P. *The economic impact of SARS*. 2003. Disponible à www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=539. Accès : 2003-05-02.
- 56) *Plan de la santé et des services sociaux - Pour faire les bons choix*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
- 57) Wanless D. *Securing our future health: taking a long-term view*. Londres : Trésor de Sa Majesté, 2002.
- 58) Select Standing Committee on Health. *The path to health and wellness: making British Columbians healthier by 2010*. Victoria : Office of the Clerk of Committees, 2004.
- 59) Division de la Colombie-Britannique et du Yukon de la Société canadienne du cancer. *The ultimate 2010 legacy: Canadian Cancer Society challenges BC government to allocate more money for chronic disease prevention*. 2004. Disponible à http://www.bc.cancer.ca/ccs/internet/mediareleaselist/0,3208,3278_437890_291496144_langId-en,00.html. Accès : 2005-01-17.

- 60) Ministère de la Santé. *Choosing health: making healthy choices easier*. Londres : The Stationery Office, 2005.
- 61) Starfield B. *Public health and primary care: a framework for proposed linkages*. *Am J Public Health* 1996; 86(10):1365-1369.
- 62) National Public Health Partnership (Australie). *Preventing chronic disease: a strategic framework. Document d'information*. Victoria, Australie : National Public Health Partnership Secretariat, 2001.
- 63) Institut national de santé publique du Québec. 2004. Disponible à : www.inspq.qc.ca/francais/default.asp?A=1. Accès : 2005-03-08.
- 64) Centers for Disease Control and Prevention. *Centers, institutes and offices*. 2005. Disponible à : Accès : 2005-03-08.



Promotion et Protection
de la santé

www.gov.ns.ca/hpp