

Perspective pan-Canadienne des enjeux systémiques en matière de santé publique

Jean-François LUC*

Lex Electronica, vol. 13 n°2 (Automne / Fall 2008)

Le présent texte fait suite à une conférence donnée dans le cadre du colloque *De certains défis en santé publique à l'aube du XXI^e siècle*, tenu lors du 76^e Congrès de l'Acfas, organisé à Québec le 6 mai 2008.

Bien qu'au Canada, on attribue l'attention accrue sur la capacité en santé publique aux événements associés au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003, plusieurs autres défis en santé publique – outre les épizooties – ont fait surface et continueront de se manifester, présentant ainsi diverses menaces infectieuses et non infectieuses pour la santé. Le Canada, comme beaucoup d'autres pays, doit parvenir à maintenir et améliorer la capacité de pallier ces multiples défis. Au cours des dernières années, le renforcement de l'infrastructure en santé publique a pris de l'ampleur, y compris en matière d'accords interjuridictionnels, de recherche, de transfert et d'application des connaissances, de systèmes d'information et de main-d'oeuvre.

LES DÉFIS

En considérant des mesures telles l'espérance de vie totale et l'espérance de vie d'un individu en bonne santé, on constate que la situation sanitaire du Canada continue de s'améliorer et de dépasser celle de nombreux pays.

Même si de nombreuses difficultés subsistent pour les maladies infectieuses – notamment les menaces de pandémie de grippe et les tendances inquiétantes concernant le VIH (virus d'immunodéficience humaine), le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), la syphilis, les organismes résistants aux antibiotiques et autres infections nosocomiales – la majeure partie du fardeau de la « mauvaise santé » et de la mortalité est liée aux maladies chroniques. Les tendances actuelles en matière d'obésité (e.g. environ 1 Canadien sur 4 est obèse), du manque d'activité physique (les données de 2004 de Statistique Canada indiquent que plus de la moitié de la population canadienne fait peu ou pas d'activité physique), et l'augmentation des cas de diabète de type 2 risquent de freiner et peut-être même d'inverser l'accroissement de l'espérance de vie. Ces tendances menacent notre système de santé. Tenter de régler ces problèmes uniquement par des moyens curatifs ou même par des méthodes de prévention individuelle n'est pas abordable et difficilement

* Directeur, politiques et partenariats, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada.

réalisable. Il est donc essentiel d'adopter de vigoureuses stratégies axées sur la population. La mesure de l'état de santé global de la population canadienne révèle de graves disparités. Les différences d'espérance de vie à la naissance et les autres critères de mesure de l'état de santé sont bien connus. Par exemple, en 1996, les hommes qui, dans les secteurs de recensement, se situaient dans le quintile le plus pauvre, vivaient 5 années de moins que ceux du quintile supérieur.

De plus, les populations autochtones ont toujours une santé notablement plus mauvaise que l'ensemble de la population. À titre d'exemple, l'espérance de vie chez les Autochtones est inférieure de plus de 7 ans pour les hommes et plus de 5 ans pour les femmes par rapport au reste de la population canadienne. Les cas de diabète sont au moins 3 fois plus élevés et ceux de tuberculose sont multipliés par 8.

L'ensemble de nos efforts pour améliorer la prestation des services de santé accessibles à tous n'a pas pu diminuer radicalement les disparités. Les individus et les communautés résistantes et en bonne santé sont moins vulnérables aux crises et aux désastres et s'en remettent plus rapidement. Par conséquent, le rôle de la santé publique ne se limite pas à se préparer et à intervenir face aux situations d'urgence de toute sorte (infectieuse ou non, humaine ou naturelle), mais aussi à améliorer l'état de santé de la population, de diminuer les disparités et de renforcer les services sanitaires.

L'ENTREPRISE

L'« entreprise de santé publique » au Canada ressemble à celle des États-Unis dans la mesure où le rôle directeur (y compris la majeure partie du mandat législatif) est entre les mains des provinces ou des états. La plupart des lois régissant la santé publique sont provinciales, mais les organismes fédéraux ou locaux jouent aussi un rôle important. Bien entendu, le contexte canadien est différent étant donné que la plupart des services de soins de santé sont couverts par une « assurance universelle » financée par les fonds publics.

La plupart des services dans les cliniques de prévention sont donnés par des médecins ou des fournisseurs de soins de première ligne, et non par des agences de santé publique qui ciblent davantage leurs interventions au niveau de la population. Il persiste toutefois une certaine confusion quant à la distinction entre la santé publique et les services de soins de santé financés par le public.

Dans la plupart des régions du Canada, les responsabilités en santé publique incombent à des autorités sanitaires régionales ou instances équivalentes. Celles-ci s'occupent des hôpitaux et d'autres services de soins de santé à l'intérieur d'une zone délimitée. L'administration et le financement de la santé publique sont, par conséquent, intégrés au reste du système. L'Ontario constitue une exception, car cette province dispose d'unités de santé municipales financées en partie par les impôts locaux.

Le Canada possède relativement peu d'organisations de santé publique de première ligne – il en existe un peu plus de 130 – et, mis à part les apports mineurs des municipalités en

Ontario, elles ne dépendent pas des impôts locaux. Néanmoins, les capacités des services de santé publique varient d'une région à l'autre du Canada et ces variations dépendent le plus souvent du niveau de financement et de la capacité d'attirer et de garder une main d'oeuvre qualifiée.

La mission de l'entreprise de santé publique va bien au-delà des lois provinciales et territoriales et dépasse le cadre des agences sanitaires locales à caractère officiel. Au fil de son histoire, le concept de santé publique a englobé des fonctions de réglementation dans les domaines de l'environnement, de l'alimentation, des produits pharmaceutiques, des produits de consommation et de la sécurité du public. Beaucoup de travail est entrepris au niveau fédéral et l'engagement des provinces et des territoires est considérable. Des organisations non gouvernementales telles que les organismes de bienfaisance, les associations professionnelles et les regroupements communautaires se mobilisent souvent dans des activités de santé publique et peuvent participer à d'autres volets de l'entreprise de santé publique par l'intermédiaire de coalitions, de stratégies, de programmes communs ou de dispositions de financement.

Une importance tout aussi grande doit être accordée à la concertation entre la santé publique et les autres composantes du système de santé dont les soins primaires, les services de santé mentale, l'hygiène du milieu de travail et les interventions d'urgence. Beaucoup de travail reste à faire au niveau de cette concertation.

L'INFRASTRUCTURE

Le Rapport Naylor¹ (Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique) – commandé par le ministère fédéral de la Santé à la suite de la crise du SRAS de 2003 – souligne l'importance de renforcer l'infrastructure de la santé publique ainsi que la nécessité pour la santé publique de se montrer capable de faire face à tout un éventail de menaces sanitaires, qu'elles soient connues ou non, naissantes, aiguës ou chroniques.

Les capacités organisationnelles

Les capacités dont dispose le système de santé publique – son aptitude à définir les objectifs et les priorités, à élaborer des stratégies et à gérer les rapports entre les différentes composantes – constituent une priorité énoncée dans le rapport Naylor².

Ces dernières années, beaucoup de progrès ont été réalisés dans ce domaine, incluant l'élaboration d'une série d'objectifs ambitieux pour le Canada de même que plusieurs stratégies nationales de santé publique (par exemple la lutte contre le cancer, l'hygiène sanitaire, la prévention des maladies chroniques, du diabète et du VIH-sida).

¹ NAYLOR, D.C., *Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada : un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique*, Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Ottawa, 2003, 232.

² *Id.*

Le travail des comités fédéraux/provinciaux/territoriaux a permis d'élaborer un ensemble de six fonctions de santé publique :

1. Évaluation de la santé de la population;
2. Surveillance des maladies et des blessures;
3. Promotion de la santé;
4. Prévention des maladies et des blessures;
5. Protection de la santé; et
6. Préparation et interventions en situation d'urgence.

Ces 6 fonctions diffèrent des 10 services essentiels que l'on retrouve aux États-Unis surtout dans la manière dont leur fonctionnement est agencé et exprimé –mais pas tellement sur le plan du contenu.

Des progrès ont aussi été réalisés sur le plan des « règles » – tant à l'intérieur d'un domaine de responsabilité donné ou pour prévoir les interactions entre les diverses composantes de cette « entreprise ». La *Loi sur la quarantaine*³ a été modernisée et plusieurs provinces et territoires ont actualisé leurs lois de santé publique ou sont en train de le faire – par exemple le projet de loi déposé en Colombie Britannique au cours des dernières semaines. Il existe un intérêt soutenu pour favoriser la convergence entre les différentes lois régissant la santé publique – que partage d'ailleurs le *Programme sur la législation et l'éthique en santé publique*⁴ que j'ai le plaisir de diriger au sein de l'Agence de santé publique du Canada⁵.

Le rapport Naylor⁶ a établi que les accords intergouvernementaux sont en nombre insuffisant, mais que ce manque est rapidement comblé. Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza*⁷ dans le secteur de la santé ainsi que les protocoles d'entente fédéral-provinciaux-territoriaux sur l'aide réciproque et le partage de renseignements en cas d'urgence touchant la santé du public font l'objet d'une attention pressante.

La nature globale des menaces à la santé publique est bien connue. Le Canada continue son engagement auprès de partenaires internationaux, tant de manière bilatérale que multilatérale. Citons par exemple le *Règlement sanitaire international*⁸ de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le *Cadre de coopération sur l'entente concernant les*

³ *Loi sur la quarantaine*, L.R. 1985, c. Q-1.

⁴ Agence de la santé publique du Canada, *Programme sur la législation et l'éthique en santé publique* (en ligne sur le site de l'ASPC, http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/publ_health_law-fra.php, date d'accès : 20 août 2008).

⁵ Agence de la santé publique du Canada, *À propos de l'Agence* (en ligne sur le site de l'ASPC http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-fra.php, date d'accès : 20 août 2008).

⁶ NAYLOR, D.C., préc., note 2.

⁷ Agence de la santé publique du Canada, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza* (en ligne sur le site de l'ASPC <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php>, date d'accès : 20 août 2008).

⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Règlement sanitaire international (2005)* (en ligne sur le site de l'OMS http://www.who.int/csr/ihr/IHRBrief_No.1_FR.pdf, date d'accès : 20 août 2008).

*maladies chroniques*⁹ et la *Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé*¹⁰.

Une étape clé du renforcement des capacités à travailler collectivement s'est concrétisée par la formation, en 2005, d'un *Réseau pancanadien de santé publique*¹¹. Celui-ci permet de mobiliser les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que d'autres experts dans le cadre de groupes chargés de maladies transmissibles, de la préparation-intervention en situation d'urgence, des laboratoires, de la surveillance et de l'information, de la prévention des maladies chroniques et des blessures, de la promotion de la santé, et des ressources humaines en santé publique.

L'Agence de santé publique du Canada a été créée en septembre 2004. Placée sous la gouverne du Dr. David Butler-Jones – le premier administrateur en chef de la santé publique du Canada – l'Agence constitue une plateforme des activités du gouvernement fédéral en matière de santé publique¹². Ces activités comprennent le leadership, la coordination, la recherche, l'application des connaissances, l'élaboration de lignes directrices, de pratiques exemplaires (« best practices ») et l'offre de services spécialisés (tels que le Laboratoire national de microbiologie et les services de quarantaine aux frontières).

Systèmes de connaissances et d'information

Le rapport Naylor¹³ a aussi indiqué que les systèmes d'information et de connaissances constituent des éléments importants de l'infrastructure de santé publique. Ceci englobe la production de connaissances, leur traduction en pratique, la surveillance et les autres formes d'informations pertinentes à la santé publique.

L'*Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada* (IRSC) est un bailleur de fonds et un promoteur clé de la recherche et de la santé publique. Certains ONG et provinces financent aussi la recherche, et l'Agence a ses propres programmes de recherche, souvent réalisés avec des collaborateurs de l'extérieur. L'intérêt demeure tant pour la recherche pertinente aux activités de santé publique (e.g. sur les interventions) que pour la traduction des résultats qui en sont issus en support à la prise de décision pour les politiques et les programmes. À ce chapitre, un réseau à financement fédéral de six centres de collaboration nationaux, réparti d'un bout à l'autre du Canada, s'applique à faire la synthèse des résultats de recherche existants et à travailler avec décideurs et praticiens pour en favoriser l'utilisation dans la prise de décision en matière de santé publique.

⁹ Agence de la santé publique du Canada, *Communiqué* (en ligne sur le site de l'ASPC http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2005/2005_2-fra.php, date d'accès : 26 septembre 2008).

¹⁰ Organisation mondiale de la santé, *La Commission des Déterminants sociaux de la Santé* (en ligne sur le site de l'OMS www.who.int/social_determinants/fr/index.html, date d'accès : 26 septembre 2008).

¹¹ Réseau pancanadien de santé publique, *Au sujet du Réseau* (en ligne sur le site du Réseau pancanadien de santé publique http://www.phn-rsp.ca/About_f.html, date d'accès : 20 août 2008).

¹² Agence de la santé publique du Canada, *Communiqué* (en ligne sur le site de l'ASPC http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/phac_nr-fra.php, date d'accès : 20 août 2008).

¹³ NAYLOR, D.C., précit., note 2.

De plus, trois provinces possèdent des organismes auxquels leur gouvernement délègue des responsabilités de surveillance, de recherche, de traduction des connaissances et certaines formes de formation. Au Québec, un des ces organismes – l'*Institut national de santé publique du Québec* – héberge le *Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé*.

Le SRAS a aussi fait ressortir la nécessité d'améliorer les réseaux d'information utilisés en santé publique. En 2004, l'*Inforoute Santé du Canada* – une société indépendante à but non lucratif, financée par le gouvernement fédéral, et mandatée pour accélérer l'utilisation des systèmes électroniques d'information sur la santé et des dossiers de santé électroniques au pays – a reçu des fonds additionnels pour ajouter aux systèmes réseaux existants et les déployer sous la forme de *Panorama*. Une fois terminé, ce nouvel outil permettra aux autorités en matière de santé publique de suivre les cas de maladies transmissibles et de gérer les épidémies afin de minimiser les répercussions sur la population.

La main-d'oeuvre en santé publique

Plusieurs autres efforts dignes de mention sont en cours pour renforcer l'infrastructure de santé publique : coordination des laboratoires de santé publique, élaboration de normes et constitution de stocks de médicaments et de matériel d'urgence.

La question la plus importante, toutefois, est peut-être l'avenir de la main-d'oeuvre en santé publique, qui vieillit: les postes des régions rurales, éloignées ou autochtones sont difficiles à combler, les programmes de formation s'adressant à certaines professions sont insuffisants et ne répondent pas à la demande et les possibilités de poursuite du perfectionnement professionnel sont inadéquates.

À ce chapitre, plusieurs développements sont dignes de mention, notamment : la création d'écoles de santé publique, l'expansion des programmes de maîtrise professionnelle, comme celle en hygiène publique, l'accroissement de la pertinence des programmes de formation et de l'accès aux possibilités de perfectionnement professionnel.

Cette évolution présente des parallèles évidents avec les États-Unis. De plus, comme aux États-Unis, nous assistons à l'élaboration d'un ensemble de compétences (compétences fondamentales applicables à tous les professionnels en santé publique, compétences spécialisées et niveaux supérieurs pour chaque compétence) comme fondement de nombreuses activités liées à la main-d'oeuvre.

Une série de lignes directrices initiales s'appliquant aux programmes de maîtrise en hygiène publique a été élaborée. L'accréditation de programmes et d'écoles est envisagée. L'élaboration de meilleurs moyens de caractérisation et de dénombrement de la main-d'oeuvre en santé publique – condition préalable à l'amélioration de sa planification – se révèle difficile et laborieuse.

Les contributions fédérales au développement de la main-d'oeuvre en santé publique comprennent notamment : i) la collaboration avec les IRSC pour financer des bourses d'étude et des postes du corps enseignant en santé publique; ii) un programme d'éducation permanente à distance sur le Web; iii) le Programme canadien de formation en épidémiologie d'intervention; et iv) l'appui à la poursuite de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la stratégie fédérale-provinciale-territoriale de ressources humaines de santé publique, par le biais du Réseau pancanadien de santé publique.

Je m'en voudrais de passer sous silence la récente mise sur pied du *Service de santé publique du Canada*¹⁴. Ce programme vise à améliorer la capacité du Canada en santé publique en déployant des agents de santé publique auprès d'autorités de toutes les régions du pays afin de mieux répondre à leurs besoins. Entre autres, ces agents fourniront un soutien additionnel en cas d'écllosion de grippe pandémique.

Ces déploiements ont des effets bénéfiques, non seulement pour les organismes d'accueil, mais également pour les travailleurs canadiens de la santé publique qui peuvent ainsi acquérir la formation en cours d'emploi et l'expérience sur le terrain. En travaillant en étroite collaboration avec les principaux intervenants, le Service jouera un rôle critique dans le développement des futurs leaders en santé publique au Canada.

En août 2007, le premier d'une vingtaine de postes d'agent de santé publique était comblé – celui-ci au sein de l'organisme Eastern Health, à St-John's, Terre-Neuve. Ces agents seront déployés auprès d'autorités sanitaires provinciales, territoriales ou locales et d'ONG axés sur la santé publique de toutes les régions du pays. Le Service se prépare également à offrir à des étudiants diplômés la possibilité d'obtenir un soutien financier et d'acquérir de l'expérience en santé publique dans le cadre de leur programme de maîtrise ou de doctorat.

Le but de ces efforts est de faire en sorte que chaque organisme de santé local à travers le Canada puisse disposer de suffisamment de professionnels de santé publique ayant acquis et ayant la chance de conserver les compétences pertinentes.

CONCLUSIONS

La santé publique au Canada partage, avec les États-Unis et de nombreux autres pays, un passé tumultueux et pour le moins difficile. Au cours des récentes décennies, le financement des services de santé individuelle a pris de plus en plus le pas sur la santé publique, en dépit d'une succession de rapports faisant ressortir les besoins et l'importance de cette dernière. Ceci dit, il y a lieu de croire que les mesures prises pour renforcer l'entreprise de santé publique, alliées à d'autres investissements de la part du gouvernement fédéral et de beaucoup de gouvernements provinciaux/territoriaux, ont amélioré la capacité de protéger et de favoriser la santé des Canadiens.

¹⁴ Agence de la santé publique du Canada, *À propos du Service de la santé publique du Canada* (en ligne sur le site de l'ASPC <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphs-sspc/index-fra.php>, date d'accès: 20 août 2008).

Les prestataires et décideurs gouvernementaux et non gouvernementaux en santé publique élaborent aussi des moyens de garantir une meilleure coopération. Néanmoins, des défis de toutes sortes – que ce soit sous la forme de la menace de pandémie de grippe ou de la fréquence sans cesse accrue de facteurs de risque pour la santé – nous rappellent qu’il demeurera important pour tous les éléments de notre collectivité de continuer à collaborer, à améliorer nos capacités et infrastructures propres et communes pour réussir à améliorer la santé des Canadiens.

Comme l’a si bien dit le dramaturge Henrik Ibsen : « *Une collectivité est comme un navire; tout le monde doit être prêt à tenir la barre* ». C’est ce qu’il nous faut. Aucun d’entre nous ne peut y parvenir seul.

Merci.