

Chapitre 4

SOUTENIR L'INFRASTRUCTURE DE SANTÉ PUBLIQUE : une ordonnance pour le renouvellement

Les chapitres 2 et 3 ont montré de quelle manière et pour quelles raisons la prestation des services de santé publique au Canada était fragile et inégale. Les Canadiens doivent pouvoir se reposer sur la santé publique pour les protéger des risques pour la santé, connus ou encore inconnus, et leur assurer une gamme complète de services. Certains phénomènes sont prévisibles (les poussées saisonnières de grippe, p. ex.), mais le moment et l'endroit de la manifestation de la plupart des menaces à la santé publique sont imprévisibles. Comme l'épisode du SRAS l'a démontré, leur nature peut également être imprévisible. Les structures et les processus nécessaires pour assurer les fonctions de santé publique de base constituent l'infrastructure de santé publique (ISP). Cette infrastructure est analogue aux soins individuels de santé, où les interventions cliniques telles que la chirurgie et la pharmacothérapie exigent une infrastructure d'hôpitaux, de médecins, d'infirmiers, d'équipement, d'écoles médicales, d'industries pharmaceutiques, et ainsi de suite. Nous nous pencherons donc dans ce chapitre sur la nature de l'ISP et nous recommanderons des stratégies pour son renouvellement aux niveaux fédéral, provincial/territorial et municipal.

4A. Éléments essentiels de l'infrastructure de santé publique

Le schéma d'ISP précisé ci-dessous est semblable à celui utilisé par les CDC. Les trois premières catégories s'appliquent à l'ensemble du système, aux paliers local, provincial/territorial et municipal.

a. Capacité organisationnelle

- S'entendre sur des stratégies visant à maintenir la capacité du système de santé publique, à mettre en vigueur des améliorations sur les grandes questions de santé, à établir des priorités et à procéder à des investissements stratégiques.
- Une législation moderne, harmonisée dans toutes les juridictions.

- Des fonctions, programmes et services essentiels définis.
- Une structure de gouvernance efficace qui assure la clarté dans la répartition des pouvoirs décisionnels et des responsabilités publiques, la précision des rôles et des responsabilités du point de vue du système dans son ensemble et qui optimise les ressources afin d'atteindre les objectifs en matière de santé publique.
- La visibilité du milieu de la santé publique ainsi que son leadership et des communications efficaces avec le public.
- Des mécanismes pour consulter et entreprendre une planification commune afin d'élaborer des stratégies nationales sur les questions importantes en matière de santé publique.
- Des mécanismes visant à soutenir les organisations non gouvernementales et à les consulter.

b. L'effectif de la santé publique

- Personnel en nombre adéquat.
- Normes pour les qualifications et les compétences.
- Planification des ressources humaines en santé publique.
- Programmes de formation accessibles et efficaces sous plusieurs formes.
- Possibilités d'apprentissage permanent et de perfectionnement professionnel.

c. Processus opérationnels et systèmes en matière d'information et de renseignements optimaux

- Programmes et processus opérationnels définis, optimisés et reconnus, incluant une capacité rationalisée et améliorée d'aider à la gestion des poussées infectieuses et des menaces pour la santé, incluant des liens avec les systèmes cliniques.
- Normes et pratiques exemplaires.
- Recherches relatives à la population et à la santé publique.

- Une ressource centrale pour l'application des connaissances et la prise de décisions basées sur les faits, y compris l'identification des besoins en recherche.
- L'évaluation des programmes relatifs à la population et à la santé publique.
- Une infrastructure de l'information, incluant une architecture d'information, des modèles et des normes, le transfert de technologie, la protection de la confidentialité et la gestion de l'information, le développement de sources de données et le développement de systèmes.

On peut ajouter à ces trois catégories une quatrième catégorie de fonctions qui relève naturellement du niveau national. Elle comprend l'expertise, les installations ou l'équipement qui constituent des réserves spécialisées ou une capacité en cas d'épidémie qui se dispense ou s'organise mieux sur le plan national, ainsi que les activités officielles de liaison à l'échelle internationale. La fonction de santé publique fédérale participe aux trois premières catégories et assure la quatrième.

d. Capacité stratégique nationale

- Ressources nationales permanentes
 - Assistance technique
 - Élaboration de protocoles techniques et de directives cliniques
 - Laboratoires de référence
- Capacité spécialisée en cas de surcharge
 - Personnel
 - Matériel
 - Assistance logistique
 - Gestion et(ou) coordination des épidémies et des urgences
- International
 - Liaison avec les pays étrangers et les organisations internationales et communication mutuelle de rapports.

Le présent schéma montre d'abord et avant tout que l'organisation d'un système de santé publique efficace ne présente pas de grands mystères. La plupart de ces fonctions sont suffisamment explicites. Plutôt que d'élaborer ici sur chacune d'entre elles, nous nous concentrerons sur quelques fonctions générales et critiques. Les chapitres suivants comporteront des précisions supplémentaires sur la gestion des épidémies, la surveillance des maladies, les laboratoires et les ressources humaines en santé.

4B. Un nouvel accent national sur la santé publique

4B.1 Considérations générales

Plusieurs intervenants en santé ont réclamé dans leur présentation la revitalisation de l'organisation de la santé publique sur le plan national et la création d'un centre d'expertise professionnelle extragouvernemental. Par exemple, l'Association médicale canadienne a recommandé la « création d'un Bureau canadien de surveillance et de contrôle des maladies en tant que principal organisme canadien en santé publique, qui fonctionnerait de façon autonome du gouvernement ». L'Association canadienne de santé publique a fait rapport sur des consultations indiquant que « la première étape cruciale doit être d'augmenter la capacité actuelle de première ligne de la santé publique et de créer un Bureau national de santé publique ». La Société canadienne des maladies infectieuses était également favorable à un « CDC Nord » doté d'un mandat spécifique pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses.

Nous avons constaté précédemment qu'un organisme national de santé publique constituait un modèle courant dans les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada assure actuellement plusieurs des fonctions fédérales de santé publique au Canada. L'organigramme de son organisation (se reporter à l'Appendice 4.1) comprend de multiples centres, dont certains ont leur siège à l'extérieur d'Ottawa. Le Comité, en suggérant une restructuration majeure des activités de la Direction générale, ne désire pas manquer de respect envers la culture et les réalisations de Santé Canada ou de la fonction publique fédérale en général. Toutefois, 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 Santé Canada et le Parlement d'autre part. Un nouvel organisme pourrait aussi donner des conseils d'experts aux organismes de réglementation dans les domaines de la salubrité des aliments, des risques environnementaux et des produits thérapeutiques.

Les processus par lesquels les politiques sont élaborées et communiquées peuvent être moins qu'optimaux pour la prestation des services spécialisés de santé publique ou même de conseil sur les questions de réglementation. Alors que la méthode scientifique exige une communication relativement libre de l'information, les gouvernements

tendent à chercher à contrôler les communications et à une fonction politique en quelque sorte hiérarchique remontant jusqu'à l'autorité démocratique suprême – les débats et la prise de décisions par le Parlement. Certains observateurs croient qu'une seule organisation ne peut s'acquitter concurremment de ces deux fonctions mais que ces filières doivent plutôt être réunies en bâtissant des ponts plus larges entre les distillateurs de faits et les responsables des politiques. De plus, une orientation vers les services et une culture de collaboration sont essentielles pour que le nouvel organisme national remplisse le mandat auquel les Canadiens s'attendent à bon droit. Ces caractéristiques sont au moins partiellement distinctes de celles des autres fonctions relatives à l'élaboration des politiques.

Le Comité croit que les scientifiques et les professionnels trouveraient un organisme de santé publique autonome plus attrayant en tant qu'employeur. Un organisme aurait davantage de souplesse pour développer des ententes de coopération ou des ententes contractuelles avec les institutions d'enseignement et d'autres partenaires du secteur privé, facilitant ainsi les recherches et améliorant l'accès à des talents de premier plan. Le statut d'agence pourrait également permettre d'établir un horizon plus lointain et une plus grande stabilité du financement ainsi que de diminuer les risques d'une diversion des fonds à d'autres fins.

La création d'une agence ne peut pas dépolitiser les échanges entre juridictions, mais elle peut réduire le risque que la santé des Canadiens devienne par inadvertance l'otage d'un différend juridictionnel entre paliers de gouvernement. Une agence extérieure au gouvernement et dirigée par un professionnel de la santé publique pourrait trouver de nouvelles avenues pour faire participer les professionnels de la santé publique des provinces et territoires et insuffler une énergie nouvelle à l'effectif de la santé publique. La création d'une agence harmoniserait également la prestation des services de santé publique avec celle de plusieurs autres pays.

Par analogie, la prestation des services individuels de santé n'est elle-même généralement pas assurée directement par les gouvernements fédéral ou provinciaux. Elle est déléguée à un grand nombre d'individus, d'institutions et d'organismes. Nous entrevoyons la possibilité, grâce à une nouvelle agence, d'un partenariat amélioré avec les prestataires de services individuels de santé, particulièrement à la lumière des échanges parfois virulents aux tables F/P/T ces dernières années. Une agence assurerait également une certaine continuité du leadership et protégerait les fonctions de santé publique de la durée lamentablement courte, au cours de la dernière décennie, des mandats des représentants principaux F/P/T en santé et des ministres de la Santé.

4B.2 Que signifie « national »?

Le lexique des politiques F/P/T canadiennes et la nécessité de renforcer l'infrastructure de santé publique à tous les paliers de gouvernement mènent logiquement à deux options pour l'agence nationale. L'une est une agence F/P/T répondant aux représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux. C'est le modèle approuvé par le Conseil des médecins hygiénistes en chef. L'autre est une agence fédérale ressemblant davantage aux CDC des É.-U.

Commençons par l'option de l'agence F/P/T. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en est actuellement un exemple; il a incorporé un financement et une gouvernance des F/P/T. Quoique structurée en tant que société sans but lucratif, la Société canadienne du sang (SCS) constitue une autre variante distincte. Elle est régie et financée par les provinces et territoires et le gouvernement fédéral joue le rôle d'autorité réglementaire nationale à son endroit. La création d'une agence de ce type entraînerait des négociations difficiles et longues pouvant exacerber les tensions existant aux tables F/P/T. La SCS a un mandat de service plus limité et un budget beaucoup plus modeste que ce qui serait couvert par les fonctions de santé publique en place. L'option d'agence F/P/T brouillerait également la hiérarchie des responsabilités. Comme le professeur Kumanan Wilson¹ l'a mentionné au Comité, le modèle de la SCS a d'autres lacunes. Les provinces l'ont critiqué parce qu'il importait au Canada le problème américain des mandats fédéraux non financés, du fait qu'il jumelait une réglementation nationale à la prestation et au paiement des provinces. Même en présumant de nouveaux fonds fédéraux participant au partage des dépenses de fonctionnement d'une agence nationale régie par les P-T et une réglementation fédérale visant à instaurer l'uniformité des activités dans l'ensemble des provinces, cette variante semble entièrement irréaliste. En général, l'option d'une agence F/P/T n'est pas compatible avec les demandes relatives à des rôles clairs et une vigueur renouvelée du fédéral et des provinces en santé publique.

Le SRAS a néanmoins montré aux Canadiens la nécessité d'une coordination des fonctions dans des secteurs tels que la surveillance des maladies, la gestion des épidémies et l'intervention d'urgence. Ces secteurs impliquent inévitablement une progression ascendante des activités du palier municipal ou régional aux paliers provincial, interprovincial et fédéral. Nous reviendrons à ces éléments dans le chapitre 5. Le Comité se contentera pour l'instant de souligner l'attrait logique d'un réseau F/P/T structuré afin de renforcer et d'aider à la coordination de la surveillance des maladies et à la gestion des épidémies à une échelle réellement pancanadienne, en liaison avec le travail du réseau F/P/T efficace existant déjà dans le domaine des mesures et des interventions d'urgence. Un nouveau

¹ Le lecteur intéressé pourra obtenir davantage de renseignements au sujet des travaux de Wilson sur le fédéralisme à l'adresse <http://www.iigr.ca/publication/detail.php?publication=301> (accédé le 21 août 2003).

réseau pour les maladies infectieuses nécessiterait un financement réservé qui irait d'un organisme fédéral aux centres et organismes provinciaux de façon équitable, transparente et strictement axée sur des missions. Il pourrait devenir un rempart contre de nouvelles menaces semblables au SRAS. Un tel réseau, cependant, demande un pivot fédéral qui puisse faire le poids dans la surveillance des maladies, la gestion des épidémies et l'intervention d'urgence. Et, pour les raisons exposées au chapitre 3, le gouvernement fédéral doit être en position d'œuvrer plus généralement en appui aux programmes de santé publique provinciaux et municipaux. À cette fin, le Comité appuie la création d'une nouvelle entité fédérale de santé publique que nous appellerons, par souci de commodité, *l'agence canadienne de santé publique*.

4B.3 La structure de la nouvelle agence fédérale de santé publique

Le Comité a étudié certaines options possibles au sein de l'appareil gouvernemental actuel.

Une **société d'État** offre une indépendance substantielle des contrôles relatifs aux finances et au personnel qui accompagnent une administration ministérielle. La loi habilitante de chaque société d'État précise le mandat, les pouvoirs et les objectifs de la société. Les sociétés d'État sont responsables devant le Parlement par l'entremise des ministres responsables désignés. Le gouvernement fédéral conserve son autorité et son influence sur les sociétés d'État par : i) la nomination et la rémunération des administrateurs et du directeur général; ii) des directives et des règlements; et iii) l'approbation des plans d'entreprises et des budgets. Le Comité conclut qu'une société d'État placerait la nouvelle agence à trop grande distance du Parlement et du gouvernement – un sujet d'inquiétude, étant donné le besoin d'assurer l'intégration des activités de santé publique à une grande diversité de ministères, le moindre n'étant pas Santé Canada.

Les **Organismes de service spéciaux** (OSS) sont conçus de manière à équilibrer les contrôles (et d'éviter les risques) en encourageant l'innovation et l'initiative. Les OSS appuient un ensemble de valeurs – comprenant l'innovation, un pouvoir accru en première ligne, des activités axées sur la clientèle, l'autorégulation, une meilleure gestion du personnel et la responsabilisation à l'égard des résultats – ce qui mènera à une plus grande efficacité du fonctionnement et à une qualité améliorée des services. Partenariat technologique Canada, Formation et perfectionnement Canada et le Réseau canadien d'information sur le patrimoine sont des exemples d'OSS. Les OSS ne sont pas des entités légales autonomes et sont créés sous réserve de l'approbation du Conseil du Trésor. Nous rejetons cette option pour la raison que les OSS restent partie intégrante de leur organisation ministérielle de base et sont responsables envers elle, en conservant toutes les relations de travail existantes.

Les **Organisations de services ministériels** sont des unités opérationnelles ou grappes d'unités au sein d'un ministère. Leur organisation vise la prestation de services aux clients du ministère. Tout comme les OSS, elles fonctionnent à l'intérieur d'un cadre de gestion approuvé par le sous-ministre et le Conseil du Trésor, mais peuvent représenter une plus grande portion des activités d'ensemble du ministère que l'OSS type. Aucune loi distincte n'est nécessaire. Le Service météorologique du Canada (SMC) d'Environnement Canada est le seul organisme de ce genre qui existe. Encore une fois, cette option n'assure pas l'indépendance nécessaire ou la possibilité d'intégrer les activités de nombreux ministères.

Les agences distinctes (organismes créés par une loi), aussi connues sous le nom d'**agences de service prévu par un texte législatif** ou établissements publics, ouvrent une quatrième option. L'Agence canadienne d'inspection des aliments, les Instituts de recherche en santé du Canada, Statistique Canada et l'Agence des douanes et du revenu du Canada font partie de cette catégorie. Ce sont des organisations axées sur une mission créée par une loi spécifique qui régit l'organisation et la prestation de services au sein du gouvernement fédéral. Elles assurent généralement des services administratifs, de recherche, de supervision, de consultation et/ou de réglementation de nature gouvernementale. La loi énonce le cadre à l'intérieur duquel chaque agence fonctionnera, incluant son mandat, son régime de gouvernance, ses pouvoirs et autorités et les exigences relatives à la responsabilisation.

Les agences distinctes ne diffèrent que peu les unes des autres. Elles partagent les caractéristiques suivantes :

- dirigées par un directeur général (DG) faisant directement rapport au ministre;
- appuyées par un « Conseil » dont les membres sont nommés par le gouverneur en conseil;
- assujetties à l'orientation ministérielle;
- elles sont des employeurs distincts en vertu de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* (augmentation des pouvoirs/de la souplesse en matière de dotation, p. ex.);
- gérées en fonction d'un plan d'entreprise;
- l'accent est mis sur le rendement et la responsabilisation à l'égard des résultats;
- elles disposent de pouvoirs financiers et administratifs plus vastes que les ministères traditionnels, p. ex. la capacité de conclure des ententes de partenariat et des accords d'octroi de licence et d'obtenir des dépenses et retenues de recettes et autorisations de dépenser de nouveau permanentes;

- elles sont sous la surveillance du vérificateur général et assujetties à la *Loi sur les langues officielles*, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur l'accès à l'information* ainsi qu'aux exigences du Programme de coordination de l'image de marque.

Par exemple, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) dispose de certains pouvoirs et de certaines autorisations qui la distinguent d'un ministère « ordinaire ». Les voici à titre de référence :

1. employeur distinct (p. ex., pouvoir de procéder à des nominations de l'extérieur de la fonction publique, plein contrôle sur la classification, la négociation des conventions collectives, la paie et la rémunération);
2. peut établir ses propres taux et vendre ses actifs/ses services, p. ex. la formation, l'agrément, la propriété intellectuelle, et conserver son revenu;
3. financée par des crédits parlementaires mais peut faire des dépenses ou des reports sur deux ans à la fois;
4. mécanismes améliorés de collaboration F/P/T, en ce que l'Agence peut
 - a. déléguer les pouvoirs d'inspection et de quarantaine aux fonctionnaires des P et T et à des spécialistes du secteur privé;
 - b. conclure des ententes avec un gouvernement de P ou T ou davantage pour la fourniture de services;
 - c. créer des sociétés F/P/T pour mener des activités conjointes de façon plus « intégrée »;
5. choix des fournisseurs de services, p. ex. services juridiques, services de gestion immobilière;
6. pouvoir accru en matière de passation des marchés.

Même un examen superficiel de ces caractéristiques souligne la raison d'être de la recommandation du Comité voulant que la structure de la nouvelle agence fédérale de santé publique soit semblable à celle d'une agence de service prévu par un texte législatif.

La loi pertinente pourrait être relativement squelettique dans le but de permettre son adoption rapide. Elle comprendrait probablement les autorisations appropriées et générales permettant d'aborder les questions de santé publique à propos desquelles on attend du gouvernement fédéral un leadership et une action, telles que les épidémies et les urgences nationales, avec ou sans les autorisations supplémentaires relatives à la capacité nationale de surveillances des maladies. Le pouvoir de dépenser devrait toutefois être établi et précisé, particulièrement du fait que l'Agence devra avoir recours à des transferts financiers comme moyen de renforcer l'infrastructure et de resserrer la collaboration sur un plan vraiment national.

Côté ressources humaines, il apparaît souhaitable que l'organisation dispose des pouvoirs d'un employeur distinct aux termes de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* afin de lui permettre de répondre aux défis uniques du recrutement et de maintien en poste dans un environnement de concurrence mondiale pour une expérience scientifique et en santé publique rare. La capacité de fonctionner avec un horizon financier de vingt-quatre mois et d'échapper par là au cycle vicieux des dépenses de fin d'année qui se perpétue à Ottawa ainsi qu'une souplesse accrue dans le choix des professionnels de la santé pour des secteurs tels que les technologies de l'information, les services juridiques et la gestion immobilière constituent deux autres caractéristiques souhaitables du statut d'agence.

La nouvelle agence canadienne de santé publique ferait rapport par l'entremise de son directeur au ministre de la Santé. Le ministre serait responsable en dernier recours pour l'agence, comme c'est le cas pour les CDC américain. La loi prévoira les autorisations appropriées de délégation des pouvoirs ministériels à des représentants officiels. Le ministre continuera de donner à l'agence une orientation en matière de politiques et d'obtenir toute information nécessaire pour assurer la supervision ministérielle, l'orientation et les responsabilités appropriées. Nous envisageons toutefois de doter l'agence d'un solide processus interne d'établissement des priorités et de visées stratégiques claires qui lui sera propre. En d'autres mots, la nouvelle agence disposerait d'une autonomie importante par comparaison avec, disons, la relation existant actuellement entre le ministère des Finances et l'Agence des douanes et du revenu du Canada.

La loi constituante pourrait également couvrir les autorisations légales pour l'accès et l'usage des données sensibles recueillies auprès du public et du secteur privé aux fins de la santé publique, créant ainsi une enclave de données comme celle existant à Statistique Canada. En fait, l'enclave de données de santé publique pourrait être un « compte suisse » ouvert à Statistique Canada même. En l'absence d'un tel pouvoir, et compte tenu des problèmes soulevés par les lois existantes sur la protection des renseignements personnels, qui seront précisés plus loin, l'agence pourra éprouver des difficultés à trouver un équilibre entre la protection appropriée des renseignements personnels et les attentes en termes de rendement.

Comme l'agence ferait partie du portefeuille de la Santé, il faudrait que le gouvernement éclaircisse et établisse les rôles et les responsabilités de Santé Canada, en tant que ministère, vis-à-vis l'agence. Nous reviendrons plus loin à la question de la portée du mandat de l'agence.

L'agence recevrait un crédit annuel du Parlement et resterait soumise à l'examen minutieux du Parlement, de la même façon que les ministères. C'est-à-dire que le vérificateur général assurerait la surveillance des états financiers et du rendement de l'agence, notamment une évaluation de l'équité et de la fiabilité des renseignements sur le rendement

contenus dans le rapport sur le rendement présenté au Parlement. L'agence serait également assujettie à toutes les lois régissant les ministères, telles que la *Loi sur les langues officielles*, la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, la *Loi sur l'accès à l'information* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

4C. Un médecin hygiéniste en chef pour le Canada

Le Comité a reçu de nombreuses recommandations visant la création d'un poste de leadership professionnellement qualifié au niveau national. Directeur du Service de santé publique, commissaire national de la santé publique, médecin hygiéniste en chef fédéral ou directeur de la santé publique du Canada sont des variantes servant à décrire cette fonction. Voici quelques-uns des groupes d'intervenants appuyant des variations sur ce thème : le Conseil des médecins hygiénistes en chef, l'Association médicale canadienne, la Canadian Federation of Nurses Unions, l'Association canadienne des médecins d'urgence, l'Association canadienne de santé publique et l'Association canadienne des Institutions de Santé Universitaires.

D'autres pays ont créé des postes semblables. Il existe au R.-U. des médecins hygiénistes en chef pour l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord, et la Health Protection Agency du R.-U. est dirigée par un médecin en santé publique. Aux É.-U., le Surgeon General et le Director of the Centres for Disease Control and Prevention sont tous deux des professionnels de la santé.

Le Comité a étudié différentes options en ce qui concerne ce poste. L'une d'elles serait de créer un poste de Surgeon General ou de « vérificateur général de la santé » qui soit autonome et apolitique. Ce chien de garde en matière de santé publique ferait directement rapport au ministre, comme au R.-U. Une deuxième option apparentée donnerait au titulaire de ce poste le statut de mandataire du Parlement. Les mandataires du Parlement ont habituellement des fonctions de portée générale largement liées au gouvernement et à la gouvernance. Cela ne correspond pas complètement au rôle de la santé publique. Dans les deux cas, le problème reste qu'un tel poste disposerait d'une autorité morale sans autre pouvoir significatif. Instituer la fonction en la logeant au sein d'une structure nouvelle ou déjà en place constituerait une option de rechange. Par exemple, un professionnel chevronné pourrait devenir le médecin hygiéniste en chef au sein de la nouvelle agence, comme le vétérinaire en chef du Canada qui fait rapport à l'ACIA. Cela est réalisable, mais pourrait encore placer le médecin hygiéniste en chef dans une position plutôt difficile lorsqu'il s'agit de soulever de façon autonome des questions liées à des préoccupations générales en matière de santé publique.

Si le médecin hygiéniste en chef était également le directeur général de la nouvelle agence fédérale de santé publique, il serait alors logiquement en mesure d'agir comme défenseur des intérêts et de faire preuve de leadership tout en ayant les outils nécessaires pour mettre en œuvre un programme de changement. Nous reconnaissons la possibilité de conflit d'intérêt dans ce double rôle, du fait que le médecin hygiéniste en chef a intérêt à s'assurer que l'agence sera perçue comme s'acquittant efficacement de ses responsabilités. Toutefois, étant donné la visibilité de l'agence, une surveillance ministérielle appropriée et – comme il est décrit plus loin – la création de la Commission consultative nationale de santé publique, cette possibilité peut être réduite.

Il est possible de concevoir des protections assurant l'indépendance du médecin hygiéniste en chef analogues à celles de divers territoires et provinces. Dans les situations d'urgence mettant en péril la santé du public de leur juridiction, les agents de santé des provinces et territoires ont souvent le pouvoir autonome d'informer le public et de conseiller les mesures à prendre pour sa protection. Des exemples de protection de l'indépendance des médecins hygiénistes en chef existent. En Colombie-Britannique, le médecin hygiéniste de la province a le pouvoir de faire directement rapport à l'assemblée législative :

Si le médecin hygiéniste de la province juge que l'intérêt de la population de la Colombie-Britannique sera mieux servi en présentant un rapport au public sur des questions de santé en Colombie-Britannique, ou sur la nécessité d'édicter une loi ou d'apporter des changements aux politiques ou pratiques en matière de santé en Colombie-Britannique, le médecin hygiéniste de la province doit produire ce rapport de la manière qu'il jugera la plus indiquée... Le médecin hygiéniste doit chaque année présenter au ministre un rapport sur la santé de la population de la Colombie-Britannique comprenant, s'il y a lieu, des renseignements sur la santé de la population mesurée par rapport aux objectifs en matière de santé de la population, et le ministre doit déposer ce rapport devant l'Assemblée législative aussitôt que possible (Health Act, ch. 179, 2.3 (3) et (4)).

Au Manitoba, à la suite de l'examen par l'ombudsman des événements entourant le retard d'un avis donné au public, le contrat d'emploi entre la province et le médecin hygiéniste en chef précise :

Bien que responsable devant le ministère, le médecin hygiéniste en chef peut agir de façon autonome au besoin dans l'intérêt de la santé de la population. Dans ces situations, le médecin hygiéniste en chef a le pouvoir d'émettre des avis aux médias et des bulletins de santé publique ou de prendre d'autres mesures. Le médecin hygiéniste en chef informera au préalable ou dès que possible le sous-ministre et/ou le ministre de ces actions, conformément au protocole en place (annexe « I », (12)).

En bref, des mesures appropriées visant la sauvegarde de l'indépendance du **médecin hygiéniste en chef du Canada** (MHCC) peuvent être mises en place sans compromettre sa responsabilité en tant que directeur de l'agence.

Le MHCC serait une voix nationale écoutée en matière de santé publique, particulièrement au cours des épidémies et autres urgences sanitaires, ainsi qu'un symbole très visible de l'engagement fédéral à protéger et à améliorer la santé des Canadiens. Il devra évidemment être formé aux communications en temps de crise et y exceller. Le MHCC devra annuellement présenter un rapport au Parlement sur l'état de la santé publique et devra obtenir le pouvoir de présenter un rapport spécial à un comité parlementaire spécial sur tout sujet d'importance pressante ou de première urgence qui ne devrait pas être reporté.

Les tâches du médecin hygiéniste du Canada pourraient en outre comprendre :

- protéger et promouvoir la santé des Canadiens en appuyant la prévention efficace des maladies et des programmes et activités de promotion de la santé;
- articuler des politiques et conseils scientifiques en santé à l'intention du ministre fédéral de la Santé et, sur demande, aux ministres de la Santé des provinces et territoires, sur toute la gamme des questions cruciales de santé publique et du système de santé publique;
- assurer un leadership dans la promotion des initiatives spéciales en santé (p. ex., en ce qui a trait aux inégalités en matière de santé, à la prévention des traumatismes chez les enfants, à la santé des autochtones) auprès des entités, gouvernementales ou non, sur le plan national et international;
- rehausser la qualité des pratiques de santé publique dans les disciplines professionnelles par la promotion des normes et des priorités de recherche appropriées.

4D. Portée du mandat de l'agence canadienne de santé publique

La portée des mandats des agences, centres et instituts de santé publique varie largement à travers le monde. Il est prématuré en ce moment pour le Comité de recommander précisément quels programmes et activités inclure, autrement que pour manifester son appui à une organisation forte et inclusive. Il faut plutôt procéder à un examen systématique de la portée du mandat de la nouvelle agence. Bien que l'option de créer deux agences ou plus (comme au R.-U.) existe, nous appuyons une structure unitaire. La liste des secteurs à inclure suit, accompagnée d'un tableau précisant quelles activités tombent dans la sphère d'agences ou de centres particuliers dans différentes juridictions.

1. Prévention et contrôle des maladies infectieuses
2. Laboratoires de référence en microbiologie
3. Mesures et interventions d'urgence
4. Exposition à des produits chimiques
5. Lutte antipoison
6. Hygiène de l'environnement
7. Prévention et contrôle des maladies chroniques
8. Prévention et contrôle des blessures
9. Santé périnatale et infantile/Développement humain (programmes)
10. Subventions pour la promotion de la santé
11. Contrôle du tabac
12. Contrôle des médicaments
13. Dépistage
14. Santé au travail
15. Protection des produits alimentaires
16. Radioprotection
17. Application des connaissances
18. Recherche
19. Infostructure
20. Collaborations internationales

Agences	Éléments
CDC de la C.-B.	1, 2, 4, 5, 6, 12, 15, 16, 18, 20
Institut national de santé publique du Québec	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 18 20
New Zealand Institute for Environmental Science Research	1, 2, 4, 6, 18, 19
U.K. Health Protection Agency	1, 2, 3, 4, 5, 18
U.K. Health Development Agency	9, 17
Centre européen de prévention et de contrôle des maladies	1, 3
Finlande : Institut national de santé publique	1, 2, 6, 11, 18
Suède : Institut de contrôle des maladies infectieuses	1, 2, 18
Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseinstituttet)	1, 2, 18
U.S. Centres for Disease Control and Prevention	1, 2, 3, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20
Agence canadienne d'inspection des aliments	15

Au Canada, nombres de ministères et d'organismes gouvernementaux sont engagés dans des activités touchant la santé publique, dont l'Agence canadienne d'inspection des aliments, l'Agence des douanes et du revenu du Canada, Citoyenneté et Immigration Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et Environnement Canada. Dans chaque cas, une relation active existe avec Santé Canada. Cette division des rôles n'est peut-être pas uniformément optimale. À titre d'exemple, le domaine des effets de l'environnement sur la santé a été gravement négligé au Canada et exige des investissements urgents; nous considérons qu'il s'agit d'un programme d'activités que la nouvelle agence doit soutenir.

Des programmes spécifiques au sein de Santé Canada couvrent aussi des aspects non réglementaires du tabac et de la nutrition. Certains croient que ces fonctions devraient demeurer liées aux activités réglementaires correspondantes; d'autres soutiennent qu'il faut les transférer à la nouvelle agence. Le Comité croit que la réglementation des aliments, des produits pharmaceutiques et thérapeutiques, des pesticides ou des produits de consommation devraient rester exclus du mandat de l'agence. Bien que son travail doive inspirer la réglementation des risques environnementaux et, occasionnellement, générer des conseils d'experts visant les fonctions réglementaires fédérales énumérées, il ne faut pas s'attendre à ce que l'agence s'occupe des mécanismes de la réglementation. Pour les raisons qui seront exposées dans le chapitre suivant, le Comité considère que le Centre de secours et de services d'urgence sera intégré à la nouvelle agence, tout en maintenant des liens interfonctionnels avec les autres ministères du gouvernement fédéral. La nouvelle agence devrait créer des opportunités pour s'engager dans des activités recevant actuellement moins d'attention de la part de Santé Canada que ce qui serait jugé idéal, tels que la prévention et le contrôle des blessures et la santé mentale.

Les zoonoses présentent, pour des raisons évidentes, un intérêt particulier pour le Comité. Le coronavirus du SRAS n'est que le dernier d'un nombre croissant de virus dont on pense qu'ils ont migré des animaux aux humains avec des effets dévastateurs au cours des récentes décennies. Le vétérinaire en chef du Canada travaille actuellement de concert avec l'ACIA, à titre de directeur général de la Division de la santé des animaux et de la production, et est responsable de l'administration de la *Loi sur la santé des animaux*. Ses responsabilités plus spécifiques comprennent les systèmes de surveillance, d'attester que le Canada est libre des maladies de la liste « A » de l'Office international des épizooties (OIE), de représenter le Canada sur le plan international et d'aider à gérer les épidémies vétérinaires concernant des maladies à déclaration obligatoire.

Au risque de simplifier à l'excès, on peut dire que l'ACIA considérerait qu'une maladie animale fait partie de son mandat si elle entraînait des inquiétudes concernant la sécurité alimentaire ou le commerce de l'alimentation, ou si une loi la rendait responsable d'une maladie. Cela mène à la situation étrange où la rage et l'encéphalite équine (qui présentent des risques pour la santé humaine, mais ont peu de répercussion sur la sécurité des aliments) sont considérés comme faisant partie du mandat de l'ACIA en raison de la législation, alors que le virus du Nil occidental (qui touche la santé humaine et animale mais qui n'est pas un problème lié à la sécurité alimentaire) se trouve exclu de son mandat. Tel que le précisait une présentation de l'Association canadienne des médecins vétérinaires (ACVM), les vétérinaires collaborent avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et conservent et mettent à jour des listes complètes de maladies animales à déclaration obligatoire. L'ACVM déclare que « malgré les importants programmes de surveillance des maladies animales, il n'existe aucun lien avec les programmes de santé publique; ni à l'échelle nationale, ni à l'échelle provinciale, ni à l'échelle locale... Le rôle

des vétérinaires tel que défini dans les lois fédérales, particulièrement pour les maladies à déclaration obligatoire, est beaucoup plus clair que ce ne semble être le cas pour la santé humaine ».

Les zoonoses sont couvertes par les structures actuelles de Santé Canada. Celles-ci comprennent la Division des infections d'origine hydrique, alimentaire et zoonotique du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, le laboratoire des zoonoses et des pathogènes spéciaux (Laboratoire de niveau de biosécurité 4) du Laboratoire national de microbiologie et le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire à Guelph. Néanmoins, la nouvelle agence devra clairement développer de solides partenariats avec les instituts de médecine vétérinaire et les vétérinaires praticiens au Canada. À cet égard, le Comité remarque que le rapport Lac Tremblant de 1994 recommandait que le gouvernement de l'époque « s'occupe des zoonoses, de façon à ce que des moyens efficaces de partage de l'information soient instaurés entre tous les groupes concernés (c.-à-d. la médecine vétérinaire, Agriculture Canada, les organismes de réglementation, le Centre canadien Coopératif de la Santé de la Faune, la santé publique) ». Des progrès ont été réalisés, mais il faut faire davantage.

La production d'un rapport annuel sur l'état de santé des Canadiens ainsi que, de temps à autre, d'autres rapports portant sur des aspects spécifiques de la santé de la population, constitue une autre fonction qui pourrait être renforcée et confiée au moins partiellement à la nouvelle agence. L'ICIS produit à l'heure actuelle un rapport annuel sur la santé des Canadiens. Ces renseignements, ainsi que la capacité d'analyse connexe, sont essentiels pour que la nouvelle agence fixe des objectifs et travaille à leur réalisation en collaboration avec les provinces et territoires.

Nous avons délibérément laissé de côté une question de grande importance en guise de commentaire final pour cette section. Les indicateurs de l'état de santé des Premières nations et des Inuit reflètent une situation dramatique par rapport à l'état de santé des populations de la majorité. Ces disparités dans l'état de santé sont honteuses. Elles existent dans le cas de diverses maladies infectieuses comme dans le cas de maladies non infectieuses. Y répondre exige une approche large des déterminants de la santé et du développement des collectivités devant clairement être soutenue et guidée par les communautés autochtones affectées. Les tensions résurgentes entre le droit et les aspirations des Peuples autochtones à une plus grande autodétermination au sein de la fédération canadienne ainsi que l'incertitude entourant l'efficacité et l'efficience du renforcement du modèle historique des systèmes de santé distincts pour les communautés des Premières nations et inuit présentent un défi permanent à la préparation de réponses adéquates. Tôt dans ses délibérations, le Comité a pris la décision stratégique de ne pas s'aventurer dans ce terrain difficile, croyant qu'un verdict superficiel ferait plus de mal que de bien et qu'il valait mieux laisser le champ

libre à des évaluations générales bénéficiant d'un calendrier plus généreux que celui laissé actuellement au Comité sénatorial permanent sur les Affaires sociales, les sciences et la technologie présidé par le sénateur Michael Kirby. Pour le moment, nous dirons seulement que l'exercice de définition de la portée devra s'inspirer d'un examen attentif de la prestation des services de santé et la promotion de la santé pour les Premières nations et les Inuits du Canada.

4E. Une agence fédérale dotée d'une orientation pancanadienne

Les ambiguïtés et les tensions juridictionnelles affligent depuis longtemps les activités et les programmes en santé tout comme les services individuels de santé au Canada. Le chapitre 9 examine de quelle manière le gouvernement fédéral pourrait collaborer avec les provinces pour clarifier certaines des ambiguïtés juridictionnelles et renforcer le rôle législatif en santé publique dans le cadre de l'examen général en cours de la législation sur la santé. Cependant, les tentatives unilatérales de centralisation de l'autorité au sein d'une fédération fragile dotée d'un partage complexe des pouvoirs et responsabilités sont généralement génératrices de conflits et non de progrès. Les mesures visant à créer la collégialité, le consensus et des buts communs peuvent mener à une collaboration transcendant les tensions entre juridictions. De fait, comme nous l'avons déjà indiqué, une partie de la justification d'une nouvelle agence est de prendre un certain recul par rapport aux lignes de faille F/P/T. Nous étudierons ici par conséquent certaines des caractéristiques de l'agence qui pourraient lui prêter une saveur et une orientation nationale plutôt que fédérale. La distribution des fonctions de la nouvelle agence, la création de ce que nous appelons, en nous inspirant du modèle australien, le Programme de partenariats en santé publique afin de distribuer des fonds aux provinces, territoires et municipalités pour soutenir les fonctions de santé publique de première ligne et la nomination d'une Commission consultative nationale de santé publique s'inspirant d'un processus de nomination F/P/T en constituent trois grandes caractéristiques.

4E.1 Une agence, plusieurs emplacements

Santé Canada exploite actuellement un système de bureaux régionaux et l'administration centrale du ministère se trouve au pré Tunney, à Ottawa. Très peu des fonctions de base de la SPSP sont assurées dans ces bureaux régionaux et les liens avec les agences provinciales et municipales de santé varient d'un bureau à l'autre. Nous trouvons peu d'avantages à disséminer le personnel de l'agence dans ces bureaux. D'un autre côté, la SPSP a des intérêts majeurs à l'extérieur d'Ottawa. Le Laboratoire national de microbiologie, à Winnipeg, au Manitoba, et le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire de Guelph, en Ontario, sont particulièrement pertinents en ce qui a trait au mandat du Comité.

Le Comité ne croit pas que l'agence devrait être centralisée à un seul nouvel emplacement. Cela entraînerait une transition à partir des présentes dispositions, perturberait le personnel et empêcherait de capitaliser sur la gamme complète d'opportunités de partenariat dans les juridictions des provinces et territoires ainsi que des municipalités. Nous présumons, de plus, que les fonctions de base à Ottawa connaîtront une certaine expansion en accord avec les recommandations de financement et la stratégie nationale en santé publique (voir plus loin). Mais l'agence doit être perçue comme présente dans tout le Canada de façon tangible et visible.

Il existe par conséquent deux options logiques. L'une est de concentrer l'établissement ou l'expansion des fonctions de l'agence dans des emplacements spécifiques reflétant la situation géographique présente de la SPSP. L'autre est d'agrandir judicieusement certains des sites actuels et de déléguer délibérément certaines fonctions actuelles ou nouvelles à de nouveaux emplacements à travers le Canada. Dans le cadre de cette dernière vision, que le Comité appuie, des efforts explicites seraient consentis pour circonscrire des pivots régionaux (à Vancouver, Edmonton, Winnipeg, Toronto, Montréal et Halifax, par exemple) qui offriraient chacun une ressource nationale spécialisée et différenciée en soutien au système entier (comme ce qui se fait à Winnipeg avec le Laboratoire national en microbiologie).

Nous précisons au chapitre suivant notre recommandation portant sur un réseau national de centres pour le contrôle des maladies infectieuses, fondé sur un système de pivots provinciaux et régionaux, comme l'a recommandé l'Association canadienne de santé publique, et faisant fond sur les forces existantes par des partenariats engageant les provinces et territoires, les universités ainsi que d'autres partenaires éventuels. Même sans disposer de précisions sur le concept de réseau, on peut facilement imaginer un système pleinement évolué où chaque centre national possède deux composantes, toutes deux dynamisées par des partenariats avec les centres universitaires locaux, l'agence municipale de santé concernée et d'autres intervenants :

1. Un centre régional se concentrant sur la surveillance des maladies infectieuses et la gestion des épidémies, avec un financement F/P/T, lié en réseau avec un comité national d'orientation et faisant rapport à un directeur nommé par une autorité provinciale et territoriale spécifique (soit sous une seule juridiction, soit sur une base multijuridictionnelle ou régionale). Le personnel rémunéré par des fonds fédéraux pourrait œuvrer au sein du centre régional provincial ou territorial (ou ailleurs dans les agences de santé publique provinciales ou territoriales) dans le cadre d'un système de détachements stratégiques au sein d'un service national de santé publique.

2. Un centre financé et administré au niveau fédéral, servant de ressource nationale et dirigé par un directeur au sein de la nouvelle agence fédérale, et faisant rapport au médecin hygiéniste en chef du Canada.

Dans le meilleur des mondes, les activités de ces pivots régionaux se renforceraient mutuellement et une culture commune vouée à la protection de la santé des Canadiens émergerait. Les centres régionaux spécialisés au sein de la nouvelle agence complémenteraient les fonctions de soutien technique des ministères des provinces et territoires. Par exemple, les fonctions des laboratoires de santé publique pourraient logiquement être amalgamées à un centre régional de contrôle des maladies infectieuses d'une province ou d'un territoire. Si un laboratoire fédéral était créé en tant que ressource spécialisée et coimplantée, le partage de l'infrastructure et des fournitures serait bienvenu. Ces pivots constitueraient un cadre idéal pour la recherche appliquée, les praticiens et les universitaires travaillant dans des programmes conjoints de recherche. Ils constitueraient également un cadre idéal pour différentes catégories de programmes de formation.

Enfin, certains centres fédéraux de ressources spécialisées pourraient eux-mêmes fonctionner en réseau. Bien que cela diminue la masse critique pour les pivots régionaux et la synergie F/P/T, l'approche de réseau possède d'autres avantages. L'important, dans tous les cas, est d'éviter de bâtir un empire au pré Tunney et de créer une nouvelle culture de rayonnement, de partenariat et d'excellence. En ce qui concerne les partenariats, toute nouvelle agence doit procéder à des consultations étendues avec les intervenants de la communauté élargie de la santé, y compris le secteur bénévole, les associations de fournisseurs de services et les syndicats, afin de s'assurer de canaliser de façon utile l'énergie et la créativité des organisations non gouvernementales (ONG).

4E.2 Une Commission consultative nationale en santé publique

Le Comité envisage également la création rapide d'une **Commission consultative nationale en santé publique**. Cette Commission conseillerait le médecin hygiéniste en chef du Canada sur les moyens les plus efficaces de créer et de mettre en œuvre une stratégie nationale en santé publique qui renforce la collaboration pancanadienne afin de protéger et d'améliorer la santé des Canadiens. La Commission serait présidée par un Canadien s'étant distingué et étant bien connu dans le domaine de la santé; sa composition doit refléter la diversité géographique, culturelle et linguistique du Canada ainsi que l'ensemble des disciplines et des intervenants en santé publique. La Commission compterait également des représentants internationaux reconnus dans le domaine de la santé publique.

Afin de conserver des voies hiérarchiques appropriées et claires, l'agence et son directeur général doivent faire rapport au ministre; la Commission n'est donc pas un conseil d'administration au sens habituel de la gouvernance d'entreprise, mais joue plutôt un rôle consultatif et stratégique. On pourrait demander aux réseaux et comités consultatifs existant aux paliers F/P/T ainsi qu'aux intervenants clés du domaine de la santé de proposer des candidatures. Afin de faciliter la collaboration pancanadienne et l'intégration des fonctions de santé publique à un programme élargi en santé, il serait possible de stipuler que les nominations au conseil seraient validées par la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada (F/P/T). Dans tous les cas, le ministre fédéral de la Santé nommerait les membres pour des mandats de durée limitée et il pourra demander à la Commission des commentaires sur le rendement du MHCC.

4E.3 Une stratégie nationale en santé publique

Tel que noté au chapitre 3, plusieurs pays ont des stratégies cohérentes et des objectifs convenus sur le plan national en matière de santé. Ces nations fondent la législation, les programmes, la surveillance, les normes, le financement et la responsabilisation en une stratégie et des objectifs nationaux.

Le Canada ne dispose pas à l'heure actuelle d'une approche stratégique d'ensemble dans le domaine de la santé; c'est le cas pour la santé publique comme pour les soins de santé. Plusieurs groupes d'intervenants, dont la Canadian Nurses Association et l'Association canadienne de santé publique, ont demandé la création d'une stratégie nationale en santé. Ce thème est nettement ressorti également au sein des groupes consultatifs regroupant le personnel des soins hospitaliers de première ligne et leurs syndicats.

Certaines provinces ont des objectifs spécifiques en matière de santé. Des stratégies sectorielles existent aussi au niveau fédéral, avec des degrés variables de collaboration, pour des sujets d'intérêt tels que les modes de vie sains, les maladies cardiovasculaires, le cancer et l'immunisation. De plus, les provinces tirant leur financement de transferts fédéraux ainsi que de leur propre assiette de revenu voudront établir leurs propres priorités en matière de santé publique. Le Comité voit toutefois d'énormes avantages dans un processus de collaboration visant à intégrer les stratégies existantes et à forger un consensus F/P/T sur les objectifs. Les citoyens canadiens méritent une stratégie nationale en santé qui comprenne des cibles spécifiques en matière de santé, des points de repère pour mesurer les progrès faits dans leur réalisation et des mécanismes de collaboration pour optimiser la vitesse des progrès. Le Comité envisage un processus par lequel les professionnels de la santé publique des différents paliers de gouvernement et des groupes d'intervenants importants se concerteraient en vue d'établir des priorités, des objectifs et des

stratégies. Les professionnels de la santé publique d'Ottawa, des provinces et des territoires ainsi que divers partenaires non gouvernementaux doivent également mettre au point des stratégies couvrant la surveillance, l'infrastructure, l'infrastructure et les ressources humaines, des sujets étudiés plus en détail dans les chapitres 5 et 7. Le nouveau financement fédéral en santé publique devrait être explicitement lié à ces stratégies et plans, les processus et les rapports sur les résultats s'inspirant du modèle australien, et être structuré sous forme de contributions assujetties à la vérification (voir plus loin).

La stratégie nationale devrait comprendre des dispositions visant une réaction cohérente dans l'ensemble des juridictions aux épidémies de maladies transmissibles. Les plans concernant les maladies infectieuses et les urgences en santé publique devraient être coordonnés les uns avec les autres et mis à l'épreuve au cours de simulations. La stratégie ne doit toutefois pas se limiter aux maladies infectieuses : l'application de ressources accrues et les nouvelles structures devraient faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale élargie visant les causes des maladies chroniques et des blessures. Plus de recherches, plus de synthèses de recherches et une meilleure évaluation de la promotion de la santé et des autres programmes sont nécessaires dans le cadre de tout effort visant à améliorer l'efficacité et l'efficacité de la santé publique. Et ces stratégies, à leur tour, intégreraient les efforts du fédéral, des provinces et des territoires et des autres intervenants.

Le Comité considère que les communications font partie intégrante d'une stratégie en santé publique et ne constituent pas un élément séparé, distinct. Les possibilités de sensibilisation du public sont considérables dans de nombreux secteurs des maladies et de la promotion de la santé. Par exemple, on pourrait lancer une campagne nationale – développée en partenariat avec de nombreux intervenants – afin d'augmenter la sensibilisation du public aux risques de diverses maladies infectieuses et encourager de nouvelles normes de comportement favorables à la santé, p. ex. se laver les mains plus fréquemment, éviter le lieu de travail au cours de la phase contagieuse d'une maladie respiratoire, porter un masque chirurgical pour prévenir la transmission aérogène des virus, et les soins à donner au cours d'une maladie causée par un virus respiratoire ou un entérovirus pour prévenir la contamination des vecteurs passifs (un objet inanimé pouvant porter des organismes pathogènes) au milieu de travail ou à la maison. La participation accrue d'intervenants clés pour les communications avec le public, avant et pendant les poussées de maladies infectieuses, offre de nouvelles possibilités d'informer le public par l'entremise de voies de communications supplémentaires et novatrices (c.-à-d. l'employeur, le syndicat et les secteurs de l'industrie directement concernés).

4F. Financement visant à renforcer la capacité canadienne en matière de santé publique

4F.1 Observations d'ordre général

Dans l'après-SRAS, un consensus exceptionnel s'est constitué sur la nécessité pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de dépenser davantage dans le domaine de la santé publique. Les présentations et les observateurs ont proposé des chiffres : ils représentent tous une augmentation importante par rapport aux niveaux actuels de financement. Étant donné les milliards de dollars de financement supplémentaire par an consacrés au système des soins intensifs en vertu de deux accords sur la santé, nous n'avons aucune hésitation à suggérer qu'il est temps de rétablir l'équilibre et d'investir plusieurs centaines de millions de dollars par an de plus en santé publique.

Bien qu'il soit nécessaire de renforcer le fonctionnement de Santé Canada, ce n'est pas la seule priorité. L'argent fédéral neuf doit se frayer un chemin jusqu'aux premières lignes et aux activités qui servent à renforcer la capacité générique de protéger et de promouvoir la santé des Canadiens des organismes de santé publique locaux et régionaux. Le Comité s'attend à ce que les provinces et les territoires reconnaissent – affirment, en fait – leur responsabilité principale pour ces mêmes services et augmentent aussi généreusement leur appui.

La pénurie de ressources humaines en santé et le besoin urgent de dynamiser les organismes de santé publique dans certaines municipalités et provinces rendent essentiels de sérieux et honnêtes efforts dans la coordination F/P/T. Le pire des scénarios serait que le nouveau financement serve à alimenter des guerres d'enchères entre juridictions et la mobilité du personnel compétent en santé publique plutôt qu'à bâtir une capacité nouvelle.

La capacité d'appoint permettant de réagir aux poussées infectieuses et autres urgences, un programme majeur visant à augmenter les ressources humaines en santé publique, le renforcement du réseau des laboratoires en santé publique (voir le chapitre 6) et la création d'ententes sur les processus opérationnels afin de faciliter une réaction F/P/T coordonnée aux épidémies constituent des cibles évidentes d'investissements immédiats. L'immunisation, traitée en détail plus loin, est une autre cible où l'argent pourrait servir vite et bien. La liste pourrait fort bien être allongée dans différentes directions par diverses parties. La prudence est néanmoins de mise en ce qui a trait à l'allocation des fonds fédéraux afin de s'assurer que les investissements respectent les objectifs stratégiques et que les nouveaux fonds fédéraux ne fassent pas que déplacer des engagements existant déjà sans gain net appréciable.

4F.2 Financement des fonctions de base de l'agence

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, les crédits de l'exercice financier 2003 des CDC américain étaient de 10,8 milliards CAD (7,2 milliards USD). Le recours à ce point de repère américain présuppose à la fois une fonction centrale renforcée dans une nouvelle agence fédérale et une augmentation des fonds à l'appui des programmes des provinces et territoires, étant donné le rôle des CDC dans les contributions versées aux autres paliers de gouvernement. La comparaison directe avec les dépenses fédérales au Canada est malaisée étant donnée que l'infrastructure de santé publique des États et des municipalités aux É.-U. est probablement plus inégale et que les dépenses par habitant au niveau local et régional sont généralement plus basses qu'au Canada une fois soustraites les dépenses engagées en services individuels de santé pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Les dépenses fédérales en santé publique au Canada devraient dans tous les cas être multipliées plusieurs fois pour atteindre un dixième des dépenses américaines suggérées par le ratio entre les populations.

L'évaluation des coûts du renforcement et du soutien de l'infrastructure de santé publique au Canada et de l'attention portée aux fonctions de base existant déjà ou aux fonctions qu'une nouvelle agence devrait raisonnablement assurer un rôle de meneur, telles la surveillance des maladies, constitue une autre approche. Nous avons étudié les estimations des catégories d'articles visant à bâtir une infrastructure de niveau modéré pour l'agence de base à long terme, mais ce sont là des estimations approximatives et l'équilibre entre les catégories évoluera avec les années. Ces estimations ne couvraient pas les montants nécessaires pour galvaniser la capacité au niveau des provinces et territoires et portaient délibérément sur une « définition étroite de la santé publique » telle qu'énoncée au chapitre 3, c.-à-d. excluant le type d'activités soutenues par les programmes de subventions et contributions aux ONG, aux universités et aux autres partenaires et que la SPSP administre actuellement. (L'amélioration des activités de base impliquerait naturellement ce genre de partenariats; la question ici est la fonction et son coût incrémentiel et non le mécanisme.) À quel total arrivent ces estimations?

Un système national de surveillance adéquat ajouterait à lui seul 40 millions de dollars par an, en présumant que les coûts seraient principalement défrayés par le gouvernement fédéral. Toutefois, comme nous les précisons dans le chapitre suivant, nous présumons que la surveillance des maladies infectieuses serait largement financée par l'agence au moyen d'une attribution distincte. On peut donc réduire cette estimation de façon importante en ce qui a trait aux fonctions de base, dans l'hypothèse d'une synergie dans la surveillance des maladies infectieuses et non infectieuses. Fixons grosso modo le nouveau coût à 15 millions de dollars par an, compte tenu du fait que les systèmes de surveillance des maladies infectieuses sont

une priorité absolue dans la présente situation et que les provinces et territoires investiront conjointement elles-mêmes dans la surveillance des maladies infectieuses. Le développement de la stratégie nationale en matière de santé, la création de normes de rendement et la préparation d'un bulletin servant à mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs en santé peuvent facilement engager 5 millions de dollars par an. L'amélioration de la préparation aux situations d'urgence sanitaire et de l'organisation des secours, exposée plus en détail au chapitre 5, ajoute au moins 10 millions de dollars par an, auxquels s'ajoutent 10 millions de plus si on tient compte du besoin pressant de mettre sur pied des équipes d'intervention d'urgence en cas d'épidémie et d'autres équipes d'intervention d'urgence sanitaire afin d'assurer la capacité d'appoint pour la santé publique et les services de santé. Les augmentations valables visant l'amélioration de la capacité relative aux maladies infectieuses pourraient atteindre 50 millions de dollars pour que les pivots fédéraux du nouveau réseau de centres de contrôle des maladies infectieuses (se reporter au chapitre 5) soient crédibles et deviennent des partenaires au soutien actif. Cela comprend les coûts d'élaboration et d'amélioration des processus organisationnels pour la surveillance et la gestion des flambées épidémiques, les améliorations apportées aux laboratoires fédéraux et certains partenariats avec des laboratoires provinciaux visant l'augmentation pressante de la capacité jusqu'à ce que les nouveaux investissements F/P/T se manifestent. L'investissement dans les ressources humaines en santé constitue un besoin pressant. L'agence doit jouer un rôle de premier plan afin d'augmenter les ressources humaines en santé publique, y compris par des programmes de formation de base en partenariat avec les collèges et les universités, par des bourses d'études et d'entretien, des détachements, des programmes d'éducation permanente et un service mobile d'épidémiologie grandement élargi. Les prévisions font état de 25 millions de dollars par an. L'investissement interne de Santé Canada pour la recherche et l'évaluation en santé publique est sévèrement inadéquat, particulièrement si la nouvelle agence vise à être un leader en matière d'action de santé publique fondée sur des données probantes ou à mener des partenariats efficaces avec l'IRSC et d'autres organismes de recherche au niveau provincial ou du secteur sans but lucratif. Un montant supplémentaire de 25 millions de dollars pourrait être dépensé efficacement en régime permanent pour la R et D, particulièrement si ces mêmes sommes vont à la synthèse des connaissances et à l'élaboration de lignes directrices. La couverture de secteurs comme l'hygiène de l'environnement, la santé mentale et la prévention des blessures est clairement insuffisante et, dans l'ensemble, pourrait demander 30 millions de dollars de plus par an.

Le financement n'a pas à provenir entièrement de nouvelles sources. Nous constatons que la santé publique a l'occasion de participer à des programmes déjà annoncés, tel que l'investissement massif dans l'Inforoute de Santé Canada et peut-être même le fonds quinquennal de 90 millions

de dollars pour la planification des ressources humaines en santé. Mais la somme des éléments mentionnés se monte déjà à 170 millions de dollars par an en nouvelles dépenses. De plus, cette liste présume que la restructuration institutionnelle ou les réformes législatives et réglementaires n'entraînent pas de nouveaux coûts. On suppose également que Santé Canada a déjà suffisamment investi dans les programmes existants pour le développement humain en santé et la prévention et le contrôle des maladies chroniques. Les deux ont trait à des secteurs extrêmement importants du portefeuille de la santé publique – rien de moins que, respectivement, des débuts sains dans la vie pour les générations futures de Canadiens et les grands fléaux non transmissibles de notre époque, tels que les maladies cardiovasculaires et le cancer. La liste fait aussi l'hypothèse que, si le mandat de la nouvelle agence est élargi, les activités qui y seront transférées ne nécessiteront pas d'augmentation des budgets.

Dans les circonstances, nous recommandons que le gouvernement fédéral prévoit au budget des augmentations pour les fonctions de base de la nouvelle agence de santé publique s'élevant, au cours des trois à cinq prochaines années, jusqu'à une cible de 200 millions de dollars par an en financement progressif en plus de ce qui est déjà dépensé pour la conception « étroite » des fonctions fédérales en santé publique énoncée dans le chapitre 3.

Comment ce chiffre se compare-t-il aux dépenses actuelles? Nous avons vu au chapitre 3 que le coût des fonctions de base de la SPSP s'élève actuellement à 187 millions de dollars par an (budget 2002). Si on ajoute une partie des subventions et contributions existantes à ce chiffre, on atteint 225 millions de dollars, ce qui constitue une estimation approximative du coût actuel des fonctions de base de la Direction générale. Nous avons estimé, grossièrement encore une fois, qu'un montant d'environ 75 millions de dollars des coûts de fonctionnement des autres directions générales de Santé Canada pouvait être considéré comme appartenant à l'ensemble « étroit » des activités de santé publique. Si l'agence ne faisait que regrouper ces fonctions, elle dépenserait environ 300 millions de dollars par an en se basant sur le budget de 2002, coût des vaccins exclus. La croissance proposée est d'environ 60 % à l'échéance, s'élevant à 500 millions de dollars par an pour les fonctions de base. La croissance devient moins importante en termes relatifs si l'on suppose que le mandat de l'agence s'élargit de façon significative.

Nous faisons cette recommandation à la lumière du besoin pressant d'augmenter la capacité fédérale en santé publique et en étant conscients que c'est encore trop peu pour resserrer l'écart important par personne qui existe lorsqu'on compare des fonctions similaires de Santé Canada et des CDC américains. Nous notons également les milliards de dollars récemment investis dans les services de santé personnels, le coût énorme de l'épidémie de SRAS et le fait qu'un montant de 200 millions de dollars représente environ le budget d'exploitation annuel d'un seul gros

hôpital communautaire. Dans les circonstances, il semble au minimum prudent d'étaler l'augmentation des dépenses pour les fonctions de base sur trois à cinq ans et d'atteindre la cible de 200 millions de dollars supplémentaires par an afin de s'assurer que la Canada dispose d'une agence fédérale efficace pour la protection et la promotion de la santé publique.

4G. Un nouveau partenariat en santé publique pour les provinces et les territoires

4G.1 Niveau de financement

Nous avons souligné le besoin de diriger des fonds aux premières lignes, où la plupart des flambées épidémiques sont contenues et où la santé publique réalise la plus grande part de son bon travail quotidien de prévention des maladies et de protection de la santé des Canadiens. Idéalement, afin d'établir le financement nécessaire, les analystes fixeraient un niveau de référence pour les programmes et services locaux, provinciaux et territoriaux en fonction d'une combinaison du consensus des experts, de l'efficacité établie, d'une analyse coût-efficacité/coût-avantage et de comparaisons avec d'autres pays. Ils mesureraient ensuite l'écart entre la réalité présente et le niveau de référence et évalueraient le coût de l'élimination de cet écart sur une période de temps raisonnable. Un tel processus serait très long et déborde le mandat du Comité.

Comme il est noté au chapitre 3, un financement progressif visant à élever le niveau des dépenses de toutes les provinces pour égaler celui de la Colombie-Britannique exigerait 408 millions de dollars supplémentaires annuellement. Cependant, on ne peut présumer que le niveau de service de la Colombie-Britannique représente un standard « absolu » pour la prestation des services de santé publique. Comme les services de santé personnels en font la preuve, la limite des dépenses justifiables en santé publique est éminemment élastique en fonction des différents seuils de tolérance communautaire ou sociétale envers les risques pour la santé et les disparités. Le chiffre brut de 400 millions de dollars ne tient pas compte des différences potentielles dans le coût des prestations en raison d'une population géographiquement dispersée ou de proportions différentes de la population présentant des besoins plus élevés (p. ex., l'état de santé, la pauvreté, la langue, l'éducation, etc.) ou encore des coûts fixes des systèmes indépendants de la taille de la population.

Une seconde approche consiste à examiner le soutien fédéral aux soins individuels de santé. L'Accord sur la santé de 2003 assure 34,8 milliards de dollars en fonds supplémentaires pour les soins de santé sur une période de cinq ans (2003-2004 à 2007-2008). Si les dépenses en santé publique étaient fixées à au moins 3 % des dépenses pour les services individuels de santé faites par les canaux

publics, c'est une somme d'au moins 1 milliard qui aurait dû être réservée à de nouvelles dépenses en santé publique sur cinq ans afin de suivre les nouvelles dépenses pour les services individuels. Et puisque l'objectif est de rétablir l'équilibre dans une certaine mesure, le nouveau point de repère devrait être bien au-delà de 200 millions de dollars par an pour les transferts aux provinces et territoires.

Les autres estimations des dépenses nécessaires sont également approximatives. Nous avons vu au chapitre 3 que le total des dépenses en santé publique se situait de 2,0 à 2,7 milliards de dollars, selon que la définition est étroite ou large. Les dépenses provinciales, en se fondant sur des projections et des estimations grossières, sont de 1,72 milliards de dollars, ce qui comprend le coût des vaccins. Si on suppose qu'en moyenne les activités de base au niveau des provinces et territoires ainsi que des municipalités devraient connaître une augmentation de 50 %, l'augmentation des dépenses s'élèverait à environ 850 millions de dollars par an. Un point de référence arbitraire est que le gouvernement fédéral devrait couvrir au moins 50 % de l'augmentation des dépenses des provinces et territoires à titre de percepteur principal des revenus au Canada. Cela laisse la moitié de 850 millions de dollars, soit environ 425 millions, en soutien fédéral nouveau et réservé. La capacité des provinces à financer des dépenses supplémentaires en santé publique varie considérablement et la proportion du financement fédéral pour les 1,72 milliards de dollars existants a chuté entre 1977 et 2000, jusqu'à ce que le premier Accord sur la santé renverse la tendance du transfert des coûts des soins de santé aux gouvernements des provinces et territoires. On ne peut certainement pas dire qu'Ottawa défraie 50 % des dépenses actuelles des provinces et territoires en santé publique. Cela étant dit, le Comité prend note encore une fois que plus de 30 milliards de dollars de nouveaux fonds fédéraux ont été engagés à l'appui des dépenses de santé au niveau provincial dans le second Accord sur la santé.

Nous avons par conséquent convenu que le total des nouvelles contributions fédérales au financement des dépenses en santé publique des provinces et territoires (et par conséquent aux paliers local et municipal) peut raisonnablement être fixé à 500 millions de dollars par an. On présume que les gouvernements des provinces et territoires affecteront eux-mêmes davantage de fonds en santé publique au cours de plusieurs des prochaines années avec pour résultat l'apparition graduelle d'un système F/P/T beaucoup plus solide.

Nous précisons dans le chapitre suivant de quelle façon 100 millions de dollars par an en nouveaux fonds fédéraux devraient être investis dans la surveillance des maladies infectieuses et la gestion des épidémies par l'entremise des provinces et territoires ou des structures régionales. Nous recommandons aussi d'utiliser 100 millions de dollars par an pour revitaliser la Stratégie d'immunisation nationale (voir plus loin). Il faudrait cependant réserver au moins 300 millions de dollars par an pour un nouveau

Programme de partenariats en santé publique visant à renforcer l'infrastructure générale de santé publique des provinces et territoires. La question logique devient donc : de quelle manière les fonds devraient-ils être distribués?

4G.2 Financement programmé : quelques observations constitutionnelles et juridiques

La frustration causée par certains problèmes de compétence en santé publique a poussé un petit nombre d'informateurs à suggérer que le gouvernement fédéral devrait voter une nouvelle législation sur la santé afin de créer des normes nationales dans des secteurs tels que la surveillance et la déclaration obligatoire des maladies. D'autres ont demandé d'accepter de nouvelles règles strictes en échange des nouvelles contributions fédérales. Le Comité appuie la modernisation nécessaire des normes et lois existantes en matière de santé publique et l'imposition de conditions au financement comme cela se fait aux É.-U. et en Australie. Le pouvoir de dépenser fédéral a cependant des avantages comme des limitations.

Le gouvernement fédéral peut transférer des fonds à des individus, des institutions (les hôpitaux, p. ex.) et d'autres paliers de gouvernement (provinces, municipalités). Chacun est légalement libre d'accepter ou de refuser la subvention ou la contribution. Les fonds fédéraux peuvent être inconditionnels ou conditionnels. Il est largement reconnu que les transferts conditionnels ont eu pour effet d'influencer les provinces à modifier leurs priorités en matière de politique (en rendant l'assurance-maladie universelle, p. ex.). On pourrait donc créer une infrastructure renforcée au moyen de transferts faisant de l'observation provinciale des normes ou règles nationales en matière de santé publique une condition préalable au financement fédéral. Les provinces doivent cependant accepter les conditions. En théorie, si les conditions accompagnant les dépenses fédérales étaient perçues comme une tentative de réglementer des secteurs de compétence provinciale, les tribunaux pourraient accueillir favorablement une contestation constitutionnelle. De plus, les recours en cas d'inobservation par une province des conditions fédérales sont politiques et financiers, et non pas juridiques.

Le Comité a également entendu certains informateurs suggérer que, si les provinces ne coopéraient pas à la création d'une infrastructure nationale, le gouvernement fédéral devrait s'adresser directement aux municipalités et aux services de santé locaux, leur assurant des fonds fédéraux en retour de l'observation des normes fédérales sur les maladies à déclaration obligatoire, les échéanciers de déclaration, etc. Les obligations contractuelles ne peuvent cependant pas lier les tiers. Un contrat entre le gouvernement fédéral et une municipalité ne lierait pas les professionnels de la santé qui donnent les renseignements aux représentants locaux en santé publique, et les municipalités ne disposent généralement pas du pouvoir

d'imposer des normes sur les données en dehors de l'autorité de la direction générale provinciale de la santé publique. De plus, un contrat entre des autorités fédérales et des autorités municipales ne lierait pas les représentants et les institutions en santé publique de la province et les représentants locaux en santé publique sont régis par les règlements provinciaux, qui les intègrent aux systèmes de santé publique provinciaux.

L'*accord intergouvernemental* est un outil plus utile et mieux adapté à la nature du fédéralisme canadien et à la culture de collaboration qui doit exister à notre avis en santé publique. Ces ententes se présentent souvent sous forme de protocoles d'entente et sont des instruments politiques « souples ». Bien qu'ils soient parfois rédigés en langage juridique, ils n'ont pas de statut légal officiel. Les protocoles d'entente entre gouvernements sont une forme d'entente intergouvernementale. Les ententes intergouvernementales sont une caractéristique centrale du fédéralisme coopératif canadien. Ces documents vont du très général (l'Entente-cadre sur l'union sociale, p. ex.) au très détaillé (ressemblant à un contrat). L'intérêt de conclure de telles ententes est qu'elles aident à officialiser et à régulariser les relations entre paliers de gouvernement. En cas de différend, on peut étudier les modalités de l'entente et évaluer la marche à suivre en fonction de celles-ci. Dans les cas extrêmes, les ententes intergouvernementales peuvent même exiger que certaines dispositions soient enchâssées dans les lois provinciales afin de les rendre juridiquement contraignantes pour les représentants provinciaux. La Cour suprême a néanmoins statué que les ententes ne lient pas les assemblées législatives provinciales et fédérales, qui demeurent libres de voter des lois enfreignant ces ententes intergouvernementales ou d'annuler des lois votées pour rendre opérationnelle une convention intergouvernementale. Un certain nombre de protocoles d'entente entre les provinces et le fédéral sont déjà en vigueur dans le secteur de la santé publique. En accord avec ce qui se fait en Australie et aux É.-U., nous distinguons de nombreux secteurs en santé publique où des protocoles d'entente pourraient être conclus entre les gouvernements F/P/T en guise de condition préalable à l'arrivée de fonds fédéraux.

4G.3 Conventions de financement

Le gouvernement du Canada transfère à l'heure actuelle des fonds aux provinces et territoires en guise de contribution à la prestation de services de santé assurés à la condition qu'ils soient administrés selon les cinq principes posés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et les territoires financent la prestation de ces services de santé assurés ainsi que d'autres services de santé incluant la santé publique. En Ontario, les gouvernements municipaux ont aussi la responsabilité de défrayer 50 % du coût de la plupart des services de santé publique. Les programmes fédéraux comprennent la fourniture de conseils et de services en nature pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles,

le soutien aux interventions d'urgence, les services de santé publique pour des communautés sélectionnées des Premières nations et des subventions et contributions aux ONG tel que précisé précédemment.

En pensant à la manière dont les nouveaux fonds peuvent être distribués, on se rend immédiatement compte que la *Loi canadienne sur la santé* ne peut virtuellement pas être révisée pour couvrir la santé publique en tant que service assuré et que les cinq principes actuels de la *Loi* ne sont pas pertinents pour la santé publique, centrée sur la population.

Le nouveau financement public en santé pour les fonctions des provinces et territoires pourrait être transféré séparément aux provinces et territoires sur une base inconditionnelle pour les fins générales de la santé publique. Même s'il existait un ensemble quelconque d'indicateurs permettant de soutenir l'exigence de faire la preuve que l'argent est investi dans la santé publique, cette approche serait presque inutile pour réduire les disparités, augmenter la coordination, initier une stratégie nationale en santé publique, créer une capacité nationale en cas de surcharge ou promouvoir des approches plus uniformes de la surveillance des maladies. Elle minerait également la position du Canada auprès des organismes internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé, qui tournent de plus en plus leurs regards vers les États-nations pour la prévention et le contrôle des maladies en cette époque de mondialisation.

Le transfert de points d'impôt aux provinces et territoires, leur permettant de disposer d'un plus grand potentiel fiscal pour satisfaire leurs besoins en santé publique, constitue une autre option. Il possède tous les désavantages de la première option et, du fait des différences dans la capacité des provinces et territoires à générer des revenus fiscaux, accroît aussi la disparité dans les dépenses par personne, comme cela s'est produit pour les dépenses en services individuels de santé après 1977.

Les subventions et contributions aux organismes de santé publique locaux, aux universités, aux associations professionnelles, aux ONG et autres intervenants pourraient être accordées pour la promotion d'activités renforçant les services de santé publique. Cela se fera dans le cadre du déploiement de plusieurs aspects de la nouvelle stratégie nationale. Il pourra s'avérer particulièrement important pour le gouvernement fédéral d'envisager des liaisons plus directes avec les organismes de santé publique des grandes municipalités telles que Vancouver, Edmonton, Calgary, Winnipeg, Toronto, ou Montréal. L'interaction principale devrait cependant se faire en toute logique avec le palier de gouvernement qui, constitutionnellement, a la responsabilité principale de la supervision des services de santé publique. En bref, les transferts à des intervenants non provinciaux et territoriaux sont bien inspirés pour ce qui est d'activités spécifiques (certains aspects du perfectionnement des ressources humaines en santé, p. ex.),

idéalement au vu et au su et avec le soutien des compétences provinciales ou territoriales. (Du fait que les contributions sont sujettes à une vérification complète alors que les subventions ne le sont pas, le Comité préconise le recours à des ententes de contribution là où c'est possible.)

Une autre option suggérée par certaines personnes est le partage général des coûts; le gouvernement fédéral fixerait par exemple une formule spécifique pour le partage des coûts des services de santé publique avec les provinces et territoires. Cette option exige une définition claire des services et programmes dont le coût sera partagé et fait courir le risque de déplacer les dépenses plutôt que de les augmenter. Elle n'aborderait pas les disparités, la coordination ou la capacité de surcharge.

Une fondation pour la capacité en santé publique et un fonds pour la capacité en santé publique constituent deux options apparentées. La première implique le transfert d'un montant forfaitaire à une société autonome qui distribuerait les fonds aux intervenants en santé publique. Elle assurerait une stabilité financière et permettrait d'apporter des solutions non partisans à des défis spécifiques ne constituant pas des questions de politique. Cette option, semblable à l'Inforoute ou à la Fondation canadienne pour l'innovation, a cependant été critiquée pour son manque de responsabilisation face au Parlement et a le désavantage de ne pas placer la santé publique sur une assise permanente et stable. Un fonds pour la capacité en santé publique, semblable au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire, reposerait sur un processus F/P/T pour déterminer les programmes de santé publique financer. Il assurerait des affectations à chaque province et territoire et chaque juridiction emploierait ensuite les fonds pour lancer ou poursuivre des activités choisies dans l'orientation d'ensemble du programme. Cette approche s'applique davantage au projets de perfectionnement, particulièrement ceux concernant l'infrastructure d'information et les ressources humaines, qu'au financement permanent des infrastructures. De plus, elle exige des ententes préalables avec toutes les provinces et territoires alors que les besoins en programmes des différentes juridictions provinciales et territoriales varient beaucoup.

Le financement des programmes, par contraste avec toutes les approches précédemment mentionnées, possède un avantage de taille. Il évite de créer une autre source de tensions F/P/T par des sommes d'argent visibles. Bien qu'il cible de façon innébranlable les besoins spécifiques des différentes juridictions, le financement par programmes peut aussi contribuer à renforcer une stratégie nationale convenue. Essentiellement, le Comité envisage une stratégie explicitement dépolitisante. Nous recommandons de remettre les 300 millions de dollars entre les mains de l'agence canadienne de santé publique et de permettre la tenue d'une série de négociations programmatiques et ad hoc entre les professionnels F/P/T de la santé publique

pour qui, plutôt que les vicissitudes d'une réélection, la santé des Canadiens est une priorité immédiate et permanente. Les transferts seraient structurés sous forme de contribution et par conséquent sujets à une vérification. Tel qu'indiqué dans le chapitre 3, nous recommandons aussi que les fonds soient répartis en fonction de l'Entente-cadre sur l'union sociale enfin d'éviter les incitatifs et pénalités des investissements précoces des provinces et territoires. La stratégie logique serait d'administrer la somme entière de 500 millions de dollars des nouveaux transferts en santé publique comme s'il s'agissait d'une somme unique sur cette base, donnant ainsi une plus grande souplesse à l'agence fédérale et aux leaders en santé publique des provinces et territoires dans l'établissement des priorités. Les fonds réservés à une stratégie d'immunisation ou à un réseau de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses ne limiteraient donc pas la souplesse spécifique à une province. Une province pourrait favoriser une participation plus élevée par personne pour la santé publique de première ligne dans le nouveau programme et une participation moindre du financement fédéral au contrôle provincial des maladies infectieuses. Les dispositions majoritaires de l'Entente-cadre sur l'union sociale empêchent aussi qu'une ou deux provinces ayant un intérêt moins important dans une source de financement ou une autre bloquent des normes nationales nécessaires.

Cette option sert aux É.-U. et en Australie à l'amélioration de l'infrastructure de santé publique. Sa caractéristique essentielle est sa capacité à se servir du financement comme d'un instrument pour orienter les activités en suivant un plan convenu. Le financement des programmes peut viser, par exemple, les systèmes d'information, la capacité des laboratoires, la formation, le recrutement et le maintien en poste, la capacité d'intervention d'urgence, le développement de plans et de stratégies au niveau local et au niveau des provinces et territoires entre autres. L'option programmatique peut également se combiner au partage des coûts : certains programmes offriraient un pourcentage du coût, la province ou le territoire trouvant le reste. Cette option jumelle le financement à l'orientation politique et diminue les risques de déplacer des dépenses existant déjà.

Nous recommandons par conséquent la création d'un nouveau Programme de partenariats en santé publique de 300 millions de dollars prenant modèle sur les précédents établis par le gouvernement du Commonwealth en Australie et les CDC aux É.-U. L'agence canadienne de santé publique distribuerait en grande partie ces fonds au moyen d'ententes avec les représentants des provinces et territoires en santé publique visant à renforcer les fonctions de base de la santé publique, les ententes de collaboration et la capacité locale en ce qui a trait à l'ensemble complet des activités contemporaines en santé publique.

4G.4 Programme actuel de subventions et de contributions

À l'heure actuelle, plus de la moitié du budget de la SPSP est consacré à des subventions et contributions (S et C) à l'intention principalement des ONG de l'ensemble du Canada. Cette enveloppe S et C de 200 millions de dollars regroupe des programmes bien établis couvrant une gamme de sujets allant des maladies transmissibles et non transmissibles au mieux-être et à un mode de vie sain/vieillir en santé. On compte par exemple parmi ces programmes une initiative de recherche conjointe Santé Canada-IRSC sur l'hépatite C, une maladie pour laquelle il n'existe encore aucun vaccin. L'hépatite C a infecté entre 240 000 et 300 000 Canadiens. Des milliers de personnes infectées développent une maladie chronique pouvant entraîner la mort par cirrhose ou cancer du foie. Selon le professeur Mel Krajden, seuls trois chercheurs recevaient du financement pour des recherches sur l'hépatite C avant cette initiative conjointe et la recherche faite au Canada était très réduite. L'initiative conjointe de recherche a servi de catalyseur à une augmentation substantielle de la recherche sur l'hépatite C dans l'ensemble du Canada, dont une grande partie est de calibre international et donne déjà des résultats pouvant passer du laboratoire au chevet des malades. Les investissements de cette nature et un grand nombre des autres activités soutenues par les S et C ont une valeur évidente.

Le Comité a néanmoins entendu des commentaires partagés sur le programme actuel de S et C, en partie supposons-nous parce que les dépenses destinées aux fonctions de base ont pris du retard et donné naissance à l'impression d'un manque de proportion dans l'importance des transferts destinés aux ONG. Des inquiétudes à propos de la politisation des subventions et contributions ont également été soulevées, mais nous n'avons aucun moyen de vérifier la validité de ces insinuations. Nous reconnaissons que plusieurs communautés et groupes communautaires ont bénéficié de cet investissement et que son effet multiplicateur est significatif dans le secteur des ONG.

Dans son rapport de septembre 2001, la vérificatrice générale a fait des observations sur la gestion de ces programmes. Son équipe a examiné un échantillonnage de 38 projets, regroupés sous trois programmes, dans tout le Canada. L'échantillonnage a été sélectionné parce que les projets couvraient la durée de la vie, qu'ils étaient administrés au niveau national et régional, utilisaient des fonds importants et engageaient des subventions et des ententes de contribution. Son rapport précisait : « Nous sommes préoccupés par le nombre important de nos examens de projet qui ont cerné des problèmes dans le processus de gestion de projet. Nous avons remarqué en particulier que la Direction générale n'a pas soumis des projets employant des fonds importants à un processus de sélection rigoureux et qu'elle n'a pas surveillé adéquatement ces projets... ». La vérificatrice générale a noté que la

Direction générale avait identifié des problèmes dans deux projets de l'un des portefeuilles de programmes « mais elle a omis de prendre rapidement des mesures pour les régler... Dans les huit dossiers nationaux et régionaux de projets de moins de 2 millions de dollars, nous avons constaté que dans cinq cas les projets n'avaient pas été soumis à un processus de sélection adéquat, et pourtant la Direction générale en a recommandé l'approbation... » La vérificatrice générale a constaté dans un autre programme que six des projets nationaux n'étaient pas admissibles à un financement aux termes mêmes des lignes directrices du programme : « De plus, il n'y avait pas trace de communications avec des parties intéressées afin d'inviter des propositions de projet, ni preuve d'un examen à l'interne ou à l'externe et de consultations avec des conseillers. Pourtant le financement des six projets a été recommandé et approuvé » (pour un total de 15 millions de dollars). Les modifications aux ententes constituent un problème supplémentaire parce qu'elles ne sont pas soumises au même processus de sélection que les nouvelles ententes et peuvent servir à court-circuiter les processus de sélection et d'approbation.

Le Comité croit que les subventions et contributions à l'intention des divers ONG sont des outils précieux en matière de politique. Les inquiétudes relatives ci-dessus ont plus à voir avec la gestion des fonds qu'avec la valeur intrinsèque de l'investissement. Ces dépenses doivent cependant être examinées afin de s'assurer qu'elles renforcent et complètent le Programme de partenariats en santé publique et réaffectées si des questions se posent sur la valeur ajoutée relativement à la nouvelle stratégie nationale sur la santé.

4G.5 Revitalisation de la Stratégie nationale d'immunisation

L'évaluation par le Comité du statut de la Stratégie nationale d'immunisation offre un autre exemple d'une proposition sensée d'investissement dans la santé publique qui a reçu un appui inégal et inadéquat de la part des divers paliers de gouvernement. Le Comité a étudié une série de documents datant des années 1990 démontrant une forte diversité dans les programmes financés publiquement et les lois sur l'immunisation et la vaccination. À titre d'exemple, ce ne sont pas tous les enfants au Canada qui ont reçu deux doses de vaccin contre la rougeole parce que des provinces et des territoires n'avaient pas les moyens d'instituer des programmes de « rattrapage » en 1996-1997. Bien que les avantages de l'immunisation des adolescents contre l'hépatite C aient été reconnus voilà une décennie, le Canada a pris sept ans à réaliser une couverture nationale en raison d'une mise en œuvre inégale dans les provinces et des territoires.

Une proposition visant à renforcer la collaboration sur l'immunisation a été initialement présentée au cours de la Conférence des sous-ministres de la Santé en juin 1999. Elle était fondée sur diverses préoccupations relatives à l'immunisation au Canada, y compris l'escalade des coûts des vaccins, des inquiétudes concernant la sûreté de l'approvisionnement, les problèmes de sécurité posés par certains vaccins, des preuves d'une inégalité grandissante dans l'accès aux plus récents et l'enregistrement électronique irrégulier des immunisations. Par la suite, un processus F-T-P faisant preuve d'un niveau élevé de collaboration a mené à la proposition d'une Stratégie nationale d'immunisation. Les personnes engagées n'ont pas réussi à obtenir de soutien pour leur vision d'une stratégie entièrement subventionnée grâce à laquelle les ressources nécessaires à l'achat des vaccins et à assurer leur administration auraient été garanties d'un océan à l'autre.

À l'heure actuelle, il incombe aux provinces et territoires de trouver l'argent nécessaire pour l'achat des vaccins et la prestation des programmes. Ce système continue d'être critiqué par les observateurs experts comme par les intervenants. Nous avons connaissance que certains professionnels de la santé proposent aux provinces des forfaits comprenant des avantages accessoires pour la promotion de la santé. Le système actuel compromet le pouvoir d'achat, restreint la sûreté de l'approvisionnement et place les professionnels de la santé dans la situation intenable d'avoir à recommander des vaccins à des personnes ou des familles qui n'ont souvent pas les moyens de les payer.

Les nouveaux vaccins compliquent le problème. Quatre nouveaux vaccins ne sont actuellement pas subventionnés dans la plupart des provinces et des territoires – le vaccin conjugué contre le pneumocoque, le vaccin conjugué contre le méningocoque, le vaccin contre la varicelle et le vaccin acellulaire contre la coqueluche. On s'attend à ce que la facture pour le Canada s'élève assez rapidement et se stabilise à environ 200 millions de dollars par an pour ces nouveaux vaccins seulement. Les experts en immunisation des juridictions fédérale, provinciales et territoriales ont proposé que le gouvernement fédéral défraie le coût des nouveaux vaccins et que les provinces et des territoires assument le coût de leur administration. À l'appui de leur proposition, les personnes engagées ont présenté des documents démontrant les avantages sanitaires et économiques significatifs d'une couverture plus complète et de la mise à niveau des stratégies de vaccinations. L'attention F/P/T était toutefois plutôt tournée vers l'apport supplémentaire d'argent dans les services individuels de santé par l'entremise de l'Accord sur la santé.

Le budget fédéral de 2003 a reconnu que l'immunisation constituait une mesure de santé préventive remarquablement efficace. Il n'a cependant consenti que 45 millions de dollars sur cinq ans (5 millions de dollars pour la première année et 10 millions les années suivantes) « pour aider à la poursuite d'une stratégie nationale d'immunisation ».

Le document du budget déclarait que « l'objectif de la stratégie était d'assurer un accès équitable et rapide pour tous les Canadiens aux vaccins recommandés afin de réduire l'incidence des maladies spécifiques pouvant être prévenues par un vaccin ». Il déclarait de plus que la stratégie nationale aurait pour résultat « une sécurité et une efficacité améliorées des vaccins; une coordination et une efficacité améliorée de l'approvisionnement en vaccins; une meilleure information sur les taux de couverture de l'immunisation au Canada. » En réalité, nonobstant cet objectif élevé et les résultats attendus, le soutien financier apporté par le budget 2003 est très loin d'être suffisant pour servir de catalyseur à une stratégie nationale d'immunisation.

Le Comité est d'avis qu'au moins 100 millions de dollars par an devraient être réservés à une revitalisation majeure de la Stratégie nationale d'immunisation sous les auspices de la nouvelle agence canadienne de santé publique. Les fonds réservés pourraient être transférés à un organisme s'occupant des achats, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, par exemple, afin d'acheter les vaccins tel que convenus aux termes de la stratégie renouvelée afin de répondre aux besoins des provinces et des territoires. Les fonds ne seraient donc utilisés que pour les vaccins approuvés, le pouvoir d'achat serait renforcé, la négociation de prix réduits serait facilitée et il serait possible de fixer des volumes cibles annuels et nationaux pour que l'industrie puisse répondre aux besoins de la nation. De plus, d'autres divisions du gouvernement, comme Industrie Canada, pourraient utiliser l'investissement dans les vaccins pour obtenir un effet de levier sur les investissements du secteur privé dans la recherche et le développement de vaccins ainsi que leur production au Canada. Le fait de pouvoir œuvrer à partir d'un consensus F/P/T améliore l'équité interjuridictionnelle en créant une « norme minimale convenue » pour l'introduction de nouveaux vaccins. En l'absence d'un tel renforcement les provinces et territoires ont de fait fini par entrer en concurrence les uns avec les autres pour l'approvisionnement disponible et sur les prix comme cela s'est produit avec le vaccin conjugué contre le méningocoque au cours de flambées épidémiques.

De plus, vu l'absence de registres d'immunisation dans la plupart des juridictions, le Canada n'est pas en mesure de fournir des renseignements fiables et exacts sur les niveaux de couverture. Les meilleurs renseignements dont nous disposons confirment que la couverture des vaccins plus anciens est heureusement adéquate. Le financement fédéral progressif de 100 millions de dollars peut donc porter sur les nouveaux vaccins tout autant que sur l'amélioration des systèmes d'information pour s'assurer que le Canada s'approche d'un objectif cohérent du point de vue de la santé (et répond aux normes internationales) en ce qui a trait à la couverture vaccinale.

4H. Recommandations

Le Comité propose les recommandations suivantes :

- 4.1 Le gouvernement du Canada devrait agir promptement afin de créer une agence canadienne de santé publique, un organisme de service prévu par un texte législatif, et lui accorder les pouvoirs appropriés et généraux nécessaires pour assurer un leadership et agir sur les questions relatives à la santé publique, tels que les épidémies et les urgences nationales, avec ou sans pouvoirs supplémentaires concernant la capacité de surveillance nationale des maladies.**
- 4.2 Le gouvernement du Canada devrait s'assurer que le mandat de l'agence couvre largement la santé publique avec des liens appropriés vers les autres ministères et organismes du gouvernement engagés dans des activités de santé publique. L'établissement de la portée de la nouvelle agence par le gouvernement doit découler d'un examen attentif de la prestation des services de santé et de la promotion de la santé auprès des Premières nations et des Inuit du Canada.**
- 4.3 Le gouvernement du Canada devrait prévoir une augmentation budgétaire pour les fonctions de base de la nouvelle agence canadienne de santé publique qui s'élèvera, au cours des trois à cinq prochaines années, à un montant cible de 200 millions de dollars par an en financement progressif s'ajoutant aux dépenses déjà engagées pour les fonctions de base en santé publique fédérale.**
- 4.4 Les architectes de la nouvelle agence canadienne de santé publique devraient s'assurer que sa structure suit un modèle de réseau en étoile permettant la constitution de liens avec les centres régionaux existants présentant des forces particulières dans des spécialisations relatives à la santé publique pendant que d'autres fonctions sont déléguées à d'autres régions du pays, l'intention étant que ces composantes soutiennent l'ensemble du système.**
- 4.5 Le gouvernement du Canada devrait créer le poste de médecin hygiéniste en chef du Canada. L'agence canadienne de santé publique sera dirigée par le médecin hygiéniste en chef du Canada qui relèvera directement du ministre de la Santé et qui sera la voix nationale principale en matière de santé publique, particulièrement au cours des épidémies et des autres urgences sanitaires.**

- 4.6 Le gouvernement du Canada devrait créer une Commission consultative nationale en santé publique et s'assurer que la nomination des membres de la Commission se fasse par les canaux provinciaux et territoriaux aussi bien que fédéral. Le mandat de la Commission sera de conseiller le médecin hygiéniste en chef du Canada sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie vraiment pancanadienne en matière de santé publique.
- 4.7 L'agence canadienne de santé publique devrait jouer le rôle de catalyseur dans le développement d'une Stratégie nationale en santé publique en collaboration avec les gouvernements des provinces et des territoires et en consultation avec la gamme complète des intervenants non gouvernementaux. La nouvelle Stratégie devrait cerner des priorités et des objectifs pour les principales catégories d'activités en santé publique et prévoir des dispositions pour la présentation de rapports destinés au public, dans l'ensemble des juridictions, sur les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs.
- 4.8 Le gouvernement du Canada devrait financer un nouveau Programme de partenariats en santé publique sous les auspices de l'agence canadienne de santé publique. L'Agence pourrait par cette entremise offrir aux provinces et territoires un financement de programmes de santé publique dans des secteurs convenus, à l'appui de la Stratégie nationale en santé publique. Le financement du Programme de partenariats en santé publique s'élèvera sur une période de deux à trois ans à 300 millions de dollars par an.
- 4.9 Le gouvernement du Canada devrait intégrer à l'Agence les programmes actuels de subventions et contributions de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. Ces subventions et contributions devraient être examinées et leur utilité harmonisée avec la Stratégie nationale en santé publique et devenir le complément du Programme de partenariats en santé publique.

4.10 Le gouvernement du Canada devrait investir par l'entremise de l'Agence nationale de santé publique du Canada un montant de 100 millions de dollars par an au cours des douze à dix-huit prochains mois afin de réaliser la Stratégie nationale d'immunisation par laquelle le gouvernement fédéral achètera de nouveaux vaccins approuvés afin de répondre aux besoins des provinces et soutiendra un système général d'information pour effectuer un suivi de la couverture de vaccination et d'immunisation.

Appendice 4.1

Direction générale de la santé publique et de la santé de la population : Organigramme actuel

