

Signal d'alerte :
**le plan d'action de l'AMC en
matière de santé publique**



**Mémoire au Comité consultatif national
sur le SRAS et la santé publique
Juin 2003**

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Signal d'alerte : le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique

Mémoire au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique

Le 25 juin 2003

Dana W. Hanson, MD, FRCPC
President

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Une population en santé...une profession médicale dynamique
A healthy population...a vibrant medical profession

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Au nom de ses 55 000 membres et de la population canadienne, l'AMC exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif représentant la majorité des médecins du Canada, et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 45 organisations médicales affiliées.



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
OBJET	1
INTRODUCTION	1
L'IMPACT DURABLE DU SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE.....	2
LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA.....	3
LES DÉFIS À RELEVER.....	5
PLAN D'ACTION PROPOSÉ PAR L'AMC EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE :	5
RÉFORME LÉGISLATIVE.....	6
AMÉLIORATION DE LA CAPACITÉ.....	9
RECHERCHE, SURVEILLANCE ET COMMUNICATION.....	14
CONCLUSION	16
ANNEXE 1 : PLAN D'ACTION DE L'AMC EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE	17
ANNEXE 2 : COÛT ESTIMATIF DE LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS	18
ANNEXE 3 : CHRONOLOGIE DE LA RÉPONSE DE L'AMC AU SRAS	19
ANNEXE 4 : SYSTÈME D'ALERTE EN CAS D'URGENCE SANITAIRE PROPOSÉ PAR L'AMC	22
RÉFÉRENCES	23



SOMMAIRE

Le système de santé publique du Canada réside au cœur même de nos valeurs communautaires. Ce «bien public» par excellence joue un rôle central dans le maintien du bon état de santé de la population. Lorsque le système de santé publique fonctionne bien, peu de gens s'aperçoivent même de son existence! C'est seulement lorsque quelque chose va terriblement mal — comme la tragédie de Walkerton ou face à une nouvelle menace comme le SRAS — que l'on reconnaît vraiment le rôle central et permanent de la santé publique.

L'Association médicale canadienne (AMC) prévient depuis longtemps que notre système de santé publique est déjà taxé à la limite par les exigences quotidiennes, sans compter les crises. Les médecins du Canada ont demandé à plusieurs reprises aux gouvernements d'accroître la capacité du système de santé publique et d'en renforcer l'infrastructure partout au Canada.

Notre système de santé publique est la première — et souvent la seule — ligne de défense contre les menaces infectieuses et autres, émergentes et continues, à la santé de la population canadienne. Nous ne sommes toutefois pas plus forts que le maillon le plus faible de la chaîne de survie que constitue le système d'intervention d'urgence. Comme la plupart des menaces à la santé ne connaissent pas de frontières, notre arsenal de santé publique doit être constamment «prêt à livrer bataille». Dans le contexte actuel du SRAS, du virus du Nil occidental, de la maladie de la vache folle et de la variole du singe, l'idée même que le système de santé publique est peut-être dépassé suffit à effrayer la population canadienne.

Les médecins ont toujours fait partie intégrante du système de santé publique, à titre d'hygiénistes ou de spécialistes en santé communautaire, par exemple. Le système de santé publique ne peut s'acquitter de son mandat avec succès sans la collaboration et l'engagement des cliniciens des premières lignes.

Dans ce mémoire, nous abordons les leçons à tirer de notre expérience avec le SRAS et nous présentons des réflexions sur les besoins à plus long terme du système de santé publique dans son ensemble. Le *Plan d'action pour la santé publique* pancanadien proposé par l'AMC vise d'abord à réaligner plus clairement les pouvoirs et les responsabilités dans les situations d'urgence extraordinaires dans le domaine de la santé et, deuxièmement, à améliorer la capacité du système de réagir face aux menaces à la santé publique partout au Canada (voir les recommandations ci-dessous et l'Annexe 1).

Pour atteindre ces deux objectifs, nous soumettons à votre attention immédiate trois grandes stratégies : réforme législative, amélioration de la capacité, et recherche, surveillance et communication.

Réforme législative (voir les recommandations 1 à 3)

La réaction nationale au SRAS a démontré clairement le besoin urgent de leadership et de coordination à l'échelon national des activités reliées à la santé publique, particulièrement en période de crise de la santé. L'hésitation apparente à imposer rapidement le dépistage aux aéroports, le temps qu'il a fallu pour mobiliser les milieux de la pratique afin de réagir de façon concertée et la confusion effroyable au niveau des communications ont joué contre une intervention optimale — en dépit des meilleurs efforts des professionnels de la santé.

Cette situation lance un signal d'alerte et met en évidence le besoin de réformes législatives approfondies afin de clarifier les rôles des gouvernements face à la prise en charge des menaces à la santé publique. Une nouvelle législation fédérale, négociée avec les provinces et les territoires, devrait ancrer un engagement national renouvelé et amélioré envers la santé publique.

Plus précisément, l'AMC recommande l'adoption d'une *Loi sur les mesures d'urgence en santé* afin de faire face aux situations d'urgence dans le domaine de la santé, ainsi que la création d'une agence canadienne de santé publique dirigée par un *médecin hygiéniste en chef pour le Canada*.

Amélioration de la capacité (voir les recommandations 4 à 7)

La crise du SRAS a démontré la capacité diminuée du système de santé publique. La région métropolitaine de Toronto, qui bénéficie d'un des systèmes de santé publique et de soins actifs les plus modernes au Canada, n'a pu gérer adéquatement la crise du SRAS tout en poursuivant ses autres activités. Le SRAS a virtuellement enrayé le système de soins actifs. La plus grande ville du Canada avait à peine de capacité de pointe, sinon pas du tout. Nous devons être reconnaissants du fait que le SRAS n'a pas frappé d'abord une petite localité d'une région beaucoup moins avantagée du Canada.

Les effectifs et les professionnels de la santé du système de soins actifs, comme les spécialistes des maladies infectieuses dans les hôpitaux et les médecins urgentistes des premières lignes, constituent un rouage crucial du système de santé publique. Il est certain que les efforts continus des prestataires des premières lignes de la région de Toronto ne sont rien de moins qu'héroïques. Le manque de coordination de la planification d'urgence des efforts de contrôle de la maladie dans les hôpitaux et la communauté était toutefois frappant. La pénurie globale de médecins spécialisés en soins critiques et l'incapacité des gouvernements de mobiliser rapidement les professionnels nécessaires dans les secteurs où il le fallait ont contribué aux pressions énormes imposées à la population et au système de soins de santé.

Compte tenu de l'importance du système de santé publique et de ses capacités clairement limitées de protéger et de promouvoir la santé de la population canadienne, il est incompréhensible que nous ne sachions pas combien d'argent on consacre en réalité au système. Il est urgent de suivre les dépenses et la capacité, en ressources tant matérielles qu'humaines, consacrées à la santé publique et d'en faire rapport publiquement.

L'AMC recommande un programme d'amélioration de la capacité de 1 milliard de dollars sur 5 ans coordonné par la nouvelle Agence canadienne de santé publique.

Recherche, surveillance, communications (voir les recommandations 8 à 10)

La capacité du Canada de réagir à des menaces émergentes pour la santé publique et à des crises comme celle du SRAS, et de maintenir ses capacités réelles en planification et élaboration de programmes de santé publique, est tributaire d'une recherche solide, de la surveillance et des communications rapides en temps réel.

Un effort pancanadien concerté s'impose pour profiter entièrement de notre capacité de recherche interdisciplinaire en santé publique, y compris les mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Les défis du nouveau millénaire obligent à aller plus loin que les réponses du millénaire précédent. Une amélioration de la surveillance s'impose depuis longtemps et fait partie intégrante de la santé publique, joue un rôle essentiel dans la détection rapide des menaces de maladies infectieuses et la réaction à celles-ci. La déclaration nationale obligatoire, par l'ensemble des provinces et des territoires, de maladies prescrites joue un rôle crucial dans la surveillance nationale et internationale.

En période de crise, la communication rapide avec le public, les spécialistes de la santé publique et les cliniciens des premières lignes est d'une importance cruciale, mais elle est impossible dans de nombreuses administrations. Nos systèmes ont été mis à l'épreuve au cours de la crise du SRAS et ils n'ont pas été à la hauteur.

L'AMC recommande un investissement fédéral ponctuel afin d'améliorer la capacité technique de façon à permettre la communication en temps réel.

Conclusion

L'AMC est d'avis que cette stratégie générale à trois volets décrite dans les recommandations ci-jointes aidera énormément à contrer les lacunes du système de santé publique du Canada. En agissant maintenant, on aidera à assurer aux Canadiens qu'ils peuvent à nouveau avoir confiance et savoir qu'ils seront véritablement protégés à l'avenir contre la menace posée par de nouvelles maladies infectieuses. En agissant maintenant, on aidera le Canada à reprendre sa position de chef de file dans le domaine de la santé publique.

Nous souhaitons bonne chance au Comité consultatif dans ses délibérations et l'AMC est disposée à l'aider n'importe quand à clarifier les stratégies proposées dans notre mémoire.

Recommandations au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique

Réforme législative (20 millions de dollars sur 5 ans*)

1. L'adoption d'une *Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé* qui regrouperait et améliorerait les mesures législatives en vigueur, permettrait une réponse nationale plus rapide en collaboration avec les provinces et les territoires — fondée sur une approche systématique et graduée — aux urgences dans le domaine de la santé qui posent une menace grave et imminente pour la santé humaine et la sécurité au Canada.
2. La création d'un Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie (CCSLM) comme principale entité canadienne responsable en matière de santé publique et fonctionnant sans lien de dépendance avec le gouvernement.
3. La nomination d'un médecin hygiéniste en chef du Canada qui sera le principal porte-parole scientifique en matière de santé publique au Canada, dirigera le Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie et travaillera avec les provinces et les territoires à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pancanadien pour la santé publique.

Création de capacité (1,2 milliard de dollars sur 5 ans*)

4. La création d'un *Centre canadien d'excellence en santé publique*, sous les auspices du CCSLM, qui sera chargé d'investir dans des programmes de formation multidisciplinaire en santé publique et d'établir et diffuser les pratiques exemplaires entre tous les professionnels de la santé publique.
5. La création d'un *Service canadien d'intervention d'urgence en santé publique*, sous les auspices du CCSLM, afin de permettre le déploiement rapide des ressources humaines (p. ex., programmes pancanadiens de remplaçants en cas d'urgence) pendant les urgences en santé.
6. Que l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, pour le compte du Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie, assurent le suivi des dépenses et de la capacité (ressources matérielles et humaines) consacrées à la santé publique et en fasse rapport au public.
7. Que le gouvernement fédéral réserve 1 milliard de dollars sur cinq ans à bâtir une capacité de pointe suffisante et uniforme dans tout le Canada et améliore la coordination entre les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales de façon à remplir les fonctions essentielles en matière de santé publique.

Recherche, surveillance, communication (310 millions de dollars sur 5 ans*)

8. Que les Instituts de recherche en santé du Canada reçoivent une subvention immédiate et réservée de 200 millions de dollars sur cinq ans afin de lancer un *programme mixte de recherche* amélioré avec l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires afin d'étendre la capacité de recherche interdisciplinaire en santé publique, y compris les mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.
9. La *déclaration obligatoire*, par les provinces et territoires, de maladies infectieuses prescrites au nouveau médecin hygiéniste en chef du Canada afin de permettre des communications, des analyses et des interventions appropriées.
10. L'injection ponctuelle de 100 millions de dollars, avec ajout de 2 millions de dollars par année, dans une *Initiative «RAFALE» (rapide, fiable, accessible, liée et efficace) de communication et de coordination en santé* afin d'améliorer la capacité technique de communiquer en temps réel avec les prestataires de soins de santé publique des premières lignes en cas d'urgence en santé.

* Voir l'Annexe 2 : Coûts estimés de mise en œuvre des recommandations.

OBJET

L'AMC a produit ce mémoire pour répondre au D^r Naylor qui l'a invitée à présenter des commentaires au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.

Nous nous réjouissons de cette initiative et de la possibilité qui nous est offerte de présenter au comité les opinions des milieux médicaux du Canada. Le message fondamental que veut faire passer l'AMC, c'est que nos lois sur la protection de la santé sont cruellement désuètes et que le système de santé publique est taxé au-delà de sa capacité. Ce mémoire s'inspire de notre longue histoire de mobilisation en santé publique au Canada et de l'expérience que nous avons acquise après le 11 septembre 2001 et face au SRAS. Il émane aussi des connaissances et de l'expérience de nos membres, des sociétés nationales affiliées de spécialité et de nos divisions provinciales et territoriales. (Nous signalons plus particulièrement les efforts exceptionnels déployés par l'Association médicale de l'Ontario et l'Association canadienne des médecins d'urgence dans la lutte contre le SRAS.)

Dans ce mémoire, nous abordons les leçons à tirer de l'expérience que nous avons vécue avec l'éclosion de SRAS et nous présentons des réflexions sur les besoins immédiats et à long terme du système de santé publique dans l'ensemble. Le plan pancanadien proposé par l'AMC en matière de santé publique vise d'abord à structurer plus clairement les pouvoirs et les responsabilités en périodes d'urgence extraordinaire dans le domaine de la santé et, deuxièmement, à améliorer la capacité du système de réagir face aux menaces à la santé publique partout au Canada, y compris à celles que posent les maladies chroniques évitables.

INTRODUCTION

Le système de santé publique du Canada réside au cœur même de nos valeurs communautaires. Ce «bien public» typique joue un rôle pivot dans le maintien de la population en bonne santé. Lorsque le système de santé publique fonctionne bien, peu de gens s'aperçoivent même de son existence! C'est seulement lorsque survient un événement terrible — comme la contamination de l'approvisionnement en sang des années 80, la tragédie de Walkerton ou le SRAS — que l'on reconnaît le rôle intégral et continu de la santé publique.

Notre système de santé publique est la ligne de défense contre les menaces infectieuses et autres, émergentes et continues, à la santé de la population canadienne. Souvent, c'est aussi la seule. Nous ne sommes toutefois pas plus forts que le maillon le plus faible de la chaîne de survie que constitue le système d'intervention en cas d'urgence. Comme la plupart des menaces à la santé ne connaissent pas de frontières, notre système de santé publique doit être constamment «en état d'alerte». Nous ne pouvons nous permettre la moindre faiblesse dans l'état de préparation de notre système de santé publique. Dans le contexte actuel de SRAS, de virus du Nil occidental, de maladie de la vache folle et de variole du singe, le simple fait de penser que le système de santé publique peut être dépassé terrifie la population canadienne.

Les médecins ont toujours fait partie intégrante du système de santé publique, où ils sont hygiénistes ou spécialistes des maladies infectieuses et de la médecine communautaire (Qui peut oublier les efforts déterminés du D^r Donald Low face au SRAS?), notamment. Le système de santé publique ne peut s'acquitter de son mandat avec succès sans la collaboration et l'engagement des cliniciens des premières lignes.

L'AMC affirme depuis longtemps que notre système est taxé au maximum par les exigences quotidiennes et qu'il est encore moins capable de répondre aux crises. Les médecins du Canada ont demandé souvent aux gouvernements d'accroître la capacité du système de santé publique et d'en renforcer l'infrastructure partout au Canada. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes dans le contexte des consultations prébudgétaires le 22 octobre 2001, l'AMC préconisait, par exemple, des investissements importants dans l'infrastructure de santé publique et d'intervention d'urgence comme premier moyen d'améliorer l'infrastructure du système de santé et sa capacité de pointe.

Dans ce mémoire, nous faisons plus que répéter nos recommandations antérieures : nous décrivons aussi des mesures précises qu'il faut prendre, selon l'AMC, pour assurer la solidité du système de santé publique au Canada.

L'impact durable du syndrome respiratoire aigu sévère

Le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) : en février 2003, ces quatre lettres ont propagé des ondes de choc massives dans le monde entier, causant une peur généralisée et semant la confusion chez les dirigeants de la santé et dans la population de nombreux pays. Le «facteur peur» s'est propagé dans tout le Canada lorsque l'on s'est rendu compte de la gravité de la menace posée par le SRAS.

Depuis qu'on a dépisté pour la première fois la présence du SRAS chez un patient de Toronto en mars 2003, on a signalé à Santé Canada 438 cas probables ou soupçonnés et 38 personnes sont mortes (le 23 juin 2003). Ces statistiques ne reflètent toutefois pas les retombées complètes de l'éclosion. On ne saura jamais combien de décès l'immobilisation du système aura causés indirectement.

Les autorités locales de la santé publique se sont mises sur un pied d'alerte d'un bout à l'autre du Canada. Celles de la Région du Grand Toronto (RGT) et leurs homologues des provinces ont redéployé la presque totalité de leurs ressources pour répondre à la crise.

Les services de soins actifs ont subi des retombées indésirables lorsqu'on a imposé des mesures rigoureuses de dépistage et de contrôle de l'infection afin d'enrayer la propagation du SRAS. Dans la RGT, le système de santé – soins actifs et santé publique – a été terrassé. Plus de la moitié des cas recensés de SRAS ont atteint des prestataires de soins des premières lignes, car l'éclosion a touché surtout des contextes de soins de santé. Une vingtaine de médecins de l'Ontario ont contracté le SRAS et près de 1000 ont été mis en quarantaine. Des milliers d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé ont aussi subi la quarantaine, plus d'une fois dans certains cas.

Des établissements ont fermé leurs portes, limitant l'accès aux services d'urgence, aux cliniques et aux cabinets de médecins. Les services de soins intensifs débordaient et l'on a annulé des interventions chirurgicales. Les professionnels de la santé des premières lignes chargés de dispenser des soins critiques ont été taxés à la limite de leurs capacités physiques et mentales. D'autres se sont retrouvés sous-utilisés à cause de l'impact que les mesures de contrôle de l'infection ont eu sur leur milieu de travail. Abondance et famine ont coexisté.

Même si l'écllosion a été confinée principalement aux milieux des soins de santé, toute la RGT en a ressenti les effets. Jusqu'à 20 000 personnes se sont mises volontairement en quarantaine. Des entreprises ont été touchées. L'industrie touristique essaie toujours de s'en remettre. La perturbation causée par le SRAS se fait toujours sentir dans les systèmes de santé et les économies.

En réponse aux demandes urgentes à la fois de l'Association médicale de l'Ontario et de Santé Canada, l'AMC a mobilisé ses membres et a aidé le pays à réagir au SRAS. On a fait tous les efforts possibles pour faciliter la mobilisation de personnes qualifiées afin de relever les travailleurs des premières lignes et de rendre les renseignements nécessaires disponibles en temps réel. L'AMC en a tiré ses propres leçons, tant positives que négatives. L'Annexe 3 présente une chronologie complète des activités de l'AMC.

Il est devenu abondamment clair que le système de santé publique du Canada n'était pas prêt à faire face à l'écllosion de SRAS. Sans les efforts héroïques des dirigeants de la santé publique, des prestataires de soins de santé et des scientifiques chercheurs, l'expérience que le Canada a vécue aurait été beaucoup plus désastreuse.

La santé publique au Canada

La santé publique, c'est la science et l'art de protéger et de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et les traumatismes, et de prolonger la vie. Elle complète le système de santé, qui vise principalement le traitement et la réadaptation. Elle vise aussi le même but : maximiser l'état de santé de la population canadienne. Le système de santé publique est toutefois distinct d'autres secteurs du système de santé sur deux plans clés : il vise principalement à prévenir les maladies et l'incapacité et cherche avant tout à répondre aux besoins de la population plutôt qu'à ceux de personnes en particulier dans le domaine de la santé.

La santé publique, c'est la réponse systématique aux maladies infectieuses. Elle garantit aussi l'accès à de l'eau potable propre, de bonnes techniques d'hygiène et la lutte contre les parasites et d'autres vecteurs de maladies. Sans oublier les cliniques d'immunisation et les programmes de promotion d'habitudes de vie saines. La santé publique existe toutefois aussi pour protéger les Canadiens face à une crise comme celle du SRAS. Si le système de santé publique est fin prêt à assurer des services essentiels, les communautés d'un bout à l'autre du Canada seront alors mieux protégées contre les crises aiguës de la santé.

La réalité d'aujourd'hui, c'est que le Canada n'a pas de système de santé publique solide, intégré et doté de ressources uniformes et équitables. Les systèmes de santé publique du Canada sont fragmentés – ils constituent un ensemble bigarré de programmes, de services et de ressources d'un bout à l'autre du Canada. Il s'agit en réalité d'un groupe de systèmes multiples où les rôles, les forces et les liens varient.

Chaque province a sa propre législation sur la santé publique. La plupart des mesures législatives portent avant tout sur la lutte contre les maladies transmissibles. Les services de santé publique sont financés en fonction d'un ensemble variable de formules de financement provinciales et municipales où les stratégies globales et les résultats manquent d'uniformité et où les professionnels de la santé n'ont à peu près aucun moyen réel de contribuer par l'intermédiaire d'organisations comme l'AMC ou le gouvernement fédéral sur le plan de l'orientation stratégique ou des ressources.

La législation fédérale est limitée à la matraque législative que constitue la *Loi sur la quarantaine* et à un éventail de lois reliées à la protection de la santé (p. ex., *Loi sur les aliments et drogues*, *Loi sur les produits dangereux*, *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*). Certaines de ces mesures, comme la *Loi sur la quarantaine*, remontent à la fin du XIX^e siècle. Globalement, les mesures législatives ne définissent pas clairement le mandat, les rôles et les responsabilités des différents paliers de gouvernement dans le domaine de la santé publique. Dans nombre de cas, l'attribution des pouvoirs et des responsabilités est anachronique.

De plus, il existe peu de renseignements sur le fonctionnement et le financement du système de santé publique du Canada. Il n'y a pas de «guichet unique» où l'on trouve de l'information qui fait autorité sur les enjeux de la santé publique.

En 2001, un groupe de travail du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population a évalué la capacité du système de santé publique en réalisant une série d'entrevues auprès de personnes-ressources clés et en effectuant des études documentaires. Le groupe a constaté constamment que la santé publique avait perdu des ressources et l'on s'inquiétait de la résistance avec laquelle l'infrastructure du système pouvait répondre de façon uniforme et proactive aux exigences qui lui sont imposées. On a observé des disparités importantes au niveau de la capacité de répondre aux problèmes de santé publique entre les provinces et les régions «nantes» et celles qui sont «démunies».

Les constatations tirées du rapport concordent avec des évaluations antérieures de la Commission Krever et du vérificateur général du Canada. En 1999, le vérificateur général a déclaré que Santé Canada n'était pas préparé pour s'acquitter de ses responsabilités dans le domaine de la santé publique : la communication entre de multiples organismes était médiocre et les faiblesses des principaux systèmes de surveillance empêchaient de contrôler efficacement les traumatismes, les maladies transmissibles et les maladies chroniques. En 1997, le juge Horace Krever a déclaré que «les services de santé publique de nombreuses régions du Canada n'ont pas suffisamment de ressources pour s'acquitter de leurs fonctions».

Les défis à relever

Le XXI^e siècle présente un éventail terrifiant de risques nouveaux et de vieux ennemis en santé publique. Il est impossible de les identifier tous pour le moment. De nouvelles maladies (p. ex., SRAS, virus du Nil occidental) continueront probablement de faire leur apparition. Le D^r Alan Bernstein, président des Instituts de recherche en santé du Canada, a signalé récemment que le SRAS est ici pour y rester. Des menaces bien connues comme la contamination des réserves d'eau d'une communauté (p. ex., Walkerton) peuvent frapper rapidement si l'on baisse sa garde ou délègue la vigilance à des tiers. Au XXI^e siècle, on concentrera probablement davantage d'attention sur les menaces provenant de l'environnement physique. Notre contexte social est aussi une source de maladie comme le démontrent les tendances récentes à l'épidémie d'obésité et de diabète sucré de type 2. Une minorité importante de Canadiens fument toujours. Bref, ce ne sont pas les menaces à la santé publique qui manquent au Canada.

Même si les soins cliniques ont un rôle clair à jouer dans chacun de ces cas, c'est le système de santé publique qui définira et surveillera les menaces à la santé et produira les interventions nécessaires pour prévenir les maladies et les traumatismes et améliorer l'état de santé. Le système sera aussi aux premières lignes de toute réponse à un événement biologique, chimique ou nucléaire. Le système de santé publique doit disposer de l'infrastructure nécessaire pour répondre à un vaste éventail de menaces à la santé, y compris les urgences. L'expérience du SRAS a prouvé de nouveau que le système n'a pas la souplesse nécessaire pour répondre à ces événements après coup. Il est vital de prendre maintenant des mesures «pour adopter non seulement les éléments essentiels de la protection contre les maladies et de la surveillance, mais aussi des stratégies et des tactiques nouvelles qui peuvent permettre de relever les défis mondiaux<1>».

PLAN D'ACTION PROPOSÉ PAR L'AMC EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE :

Il n'y a pas un instrument de politique qui peut à lui seul tenir compte des multiples facteurs qui interviennent lorsqu'il faut relever directement le défi posé par la santé publique. De même, il n'y a pas un palier de gouvernement ni un groupe (p. ex., médecine communautaire) qui peut ou devrait à lui seul prendre en charge toutes les responsabilités.

Même s'il faut redonner rapidement confiance à la population, nous devons aussi bien faire. C'est pourquoi l'AMC propose une stratégie à trois volets pour relever le défi :

- une stratégie de réforme législative;
- une stratégie d'amélioration de la capacité;
- une stratégie de recherche, de surveillance et de communication.

Ces trois grandes stratégies constituent le Plan d'action en 10 points que propose l'AMC en matière de santé publique. L'AMC est d'avis que s'il est adopté, le plan nous servira très bien à l'avenir.

Réforme législative

L'expérience que nous avons tirée du SRAS – et le manque apparent de coordination entre les paliers international, fédéral, provincial et local – devrait constituer un signal d'alerte générale. Elle démontre que des réformes législatives s'imposent afin de clarifier les rôles des gouvernements sur le plan de la gestion des menaces à la santé publique et de ses enjeux.

Il y a quatre ans, des consultations nationales au sujet du renouvellement de la législation fédérale sur la protection de la santé ont produit les recommandations suivantes :

- «Le gouvernement fédéral devrait se voir accorder, que ce soit par voie de législation ou au moyen de protocoles d'entente conclus avec les gouvernements des provinces et des territoires, le pouvoir nécessaire pour faire face avec efficacité à toute poussée épidémique de maladies transmissibles, et cela lorsque les risques pour la santé s'étendent au-delà des frontières provinciales.
- Il faudrait modifier la loi fédérale en matière de protection de la santé pour donner à Santé Canada les pouvoirs d'agir rapidement et de façon décisive en cas d'urgence nationale en matière de santé... si elle menace sérieusement la santé publique; affecte des segments particulièrement vulnérables de la population; dépasse les capacités des autorités locales de faire face aux risques et impliquent des agents pathogènes qui pourraient rapidement franchir les frontières nationales.»

Cette réforme législative concorde avec la responsabilité bien reconnue du gouvernement fédéral qui doit intervenir pour protéger la santé et la sécurité publiques. Elle s'intègre bien dans les plans de révision et de mise à jour de la législation sur la protection de la santé annoncés récemment par la ministre de la Santé McLellan. L'éclosion de SRAS constitue une autre expérience qui appuiera ces recommandations et, selon nous, des recommandations encore plus robustes.

Il y a amplement de données historiques pour appuyer le rôle du gouvernement fédéral dans la prise en charge des maladies transmissibles, rôle qui remonte à l'époque de la Confédération. Le pouvoir d'imposer la quarantaine a constitué la première manifestation de cette autorité en 1867, en vertu de l'article 91 de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* qui chargeait le gouvernement fédéral d'assurer le confinement des maladies infectieuses. L'éclosion de l'épidémie de grippe espagnole en 1918 a mis encore davantage en évidence le besoin de coordonner les efforts nationaux et (sur les instances de l'AMC et d'autres intervenants) a débouché sur la création du ministère fédéral de la Santé en 1919. Il serait raisonnable de supposer que les législateurs de l'époque avaient une opinion généreuse sur la nécessité pour l'autorité centrale de faire face aux menaces pancanadiennes dans la santé.

Cent trente-cinq ans après la Confédération, nous vivons dans une communauté mondiale très mobile. Cette mobilité et la vitesse dévastatrice connexe avec laquelle les maladies peuvent se propager exigent une réponse nationale. La capacité du système de santé publique varie énormément entre les provinces et les territoires, et plus particulièrement entre les municipalités et les administrations locales.

Le manque d'uniformité des stratégies provinciales face aux questions de santé publique est à l'origine d'importantes disparités intraprovinciales et interprovinciales importantes<3>.

Le mandat de Santé Canada tel qu'établi dans sa législation habilitante prévoit que «les pouvoirs et fonctions du ministre s'étendent d'une façon générale à tous les domaines de compétence du Parlement liés à la promotion et au maintien de la santé de la population». L'AMC est d'avis qu'il est temps que le gouvernement fédéral accepte la responsabilité des questions de santé publique qui touchent la vie de toute la population canadienne.

Après avoir consulté des experts de l'extérieur, des membres du personnel des services juridiques de l'AMC ont étudié en détail la législation en vigueur. Nous avons conclu, comme la ministre de la Santé McLellan l'a annoncé récemment, que la codification et la rationalisation des lois connexes en vigueur s'imposent depuis longtemps. Nous croyons aussi que la population appuie l'accroissement des pouvoirs accordés au gouvernement fédéral, qu'il est possible de démontrer que cette augmentation s'impose. Nous reconnaissons que le gouvernement a proposé le projet de loi C-17, *Loi sur la sécurité publique*, et qu'une révision de la législation sur la promotion de la santé est en cours.

Nous sommes d'avis qu'il est faut modifier et mettre à jour la législation en vigueur, mais que cela ne suffit pas pour relever les défis qui se posent actuellement en santé publique. L'AMC préconise qu'on augmente les pouvoirs de «réglementation» du gouvernement fédéral en périodes d'urgence nationale dans le domaine de la santé. Nous recommandons plus précisément une démarche législative à trois volets.

1. L'AMC recommande ce qui suit.

L'adoption d'une *Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé* qui regrouperait et améliorerait les mesures législatives en vigueur, permettrait une réponse nationale plus rapide en collaboration avec les provinces et les territoires — fondée sur une approche systématique et graduée — aux urgences dans le domaine de la santé qui posent une menace grave et imminente pour la santé humaine et la sécurité au Canada.

La *Loi sur les mesures d'urgence* en vigueur donne au gouvernement fédéral le pouvoir d'intervenir en cas d'urgence reliée au bien-être public lorsque des régions du pays font face à une «situation de crise comportant le risque de pertes humaines et matérielles... d'une gravité telle qu'elle constitue une situation de crise nationale, causée par les événements suivants ou par l'imminence de ceux-ci... maladies affectant... les humains...». Pour utiliser ce pouvoir, le gouvernement fédéral doit toutefois déclarer qu'il y a «crise nationale», intervention qui a en soi des ramifications politiques et économiques, en particulier dans l'optique internationale, et joue contre son utilisation. L'AMC est d'avis que cette démarche «tout ou rien» n'est pas dans le meilleur intérêt du public. Le concept de l'urgence dans le contexte de la santé publique exigera à l'avenir une réponse différente des gouvernements.

Même si nous reconnaissons que les gouvernements provinciaux et les administrations municipales ont prévu des mesures d'intervention face aux menaces à la santé, l'AMC propose une nouvelle mesure législative afin de permettre au gouvernement fédéral de réagir rapidement aux urgences en santé publique.

La Loi sur les mesures d'urgence en santé que nous proposons clarifie les rôles et l'autorité des gouvernements et assure une réponse uniforme et appropriée disposant de ressources humaines et financières suffisantes pour protéger la population canadienne qui fait face à une situation d'urgence en santé publique. Il est primordial de pouvoir garantir à tous les Canadiens, peu importe où ils vivent, que des experts capables de maintenir l'effort nécessaire réagiront systématiquement à une situation d'urgence en santé.

La mesure législative proposée reposerait sur une stratégie graduée qui donnerait au gouvernement fédéral les pouvoirs nécessaires pour faire face à une crise d'une façon mesurée comme il se doit, à mesure qu'elle s'aggrave. À mesure que l'urgence prendrait de l'ampleur, le gouvernement pourrait mettre en œuvre des mesures plus rigoureuses nécessaires pour relever le défi – en principe, un peu comme les niveaux de sécurité intérieure des États-Unis qui augmentent parallèlement à celui de menace (l'Annexe 4 contient une description du Système canadien d'alerte en cas d'urgence sanitaire).

L'AMC est convaincue que le gouvernement fédéral doit pouvoir intervenir lorsque la capacité des provinces à répondre aux situations d'urgence en santé publique est tellement disparate. L'incapacité d'une province d'enrayer la propagation d'une maladie virulente aurait de sérieuses répercussions sur la santé de la population du reste du pays. Le gouvernement fédéral et les provinces doivent conjuguer leurs efforts pour assurer la sécurité de toute la population.

2. L'AMC recommande ce qui suit.

La création d'un *Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie* (CCSLM) comme principale entité canadienne responsable en matière de santé publique et fonctionnant sans lien de dépendance avec le gouvernement.

Même si des provinces ont créé des centres d'expertise en santé publique, compte tenu de l'éventail des enjeux en la matière, des différences aux niveaux de la population relative et de la richesse, il ne sera jamais possible d'instaurer dans chaque province et territoire des centres intégrés d'expertise en santé publique.

Même si l'on y parvenait, il se poserait de plus en plus de problèmes d'économie d'échelle et de double emploi inutile entre les centres. Cet aspect n'est pas particulier au Canada¹. L'AMC propose la création d'un *Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie* (BCSLM) qui serait indépendant de tout palier de gouvernement. Le BCSLM serait chargé globalement de protéger la santé de la population canadienne.

Le Bureau fournirait de l'information crédible afin d'améliorer les décisions portant sur la santé et de promouvoir la santé en élaborant et appliquant des mesures de prévention et de lutte contre les maladies, ainsi que des activités relatives à la santé de l'environnement, à la promotion de la santé et à l'éducation.

¹ Beaucoup de pays (p. ex., États-Unis, Royaume-Uni, Norvège et Pays-Bas) ont créé des masses critiques d'expertise en santé publique à l'échelon national. Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, qui disposent d'une masse critique d'expertise scientifique très approfondie, ainsi que des outils et des ressources budgétaires nécessaires pour financer des programmes de santé publique à l'échelon local et à celui de l'État par des projets témoins, constitue un exemple brillant de l'efficacité d'un tel organisme central.

Le BCSLM permettrait de suivre une démarche uniforme et coordonnée face aux urgences en santé publique et de jouer aussi un rôle clé dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des traumatismes. Le BCSLM fournirait un service national de surveillance de la santé, ainsi que de l'expertise scientifique apolitique, se chargerait d'élaborer des systèmes, y compris des normes et des lignes directrices, élaborerait et diffuserait une base factuelle d'interventions en santé publique, donnerait de la formation spécialisée et transférerait à d'autres paliers du système (p. ex., provincial et local) de l'expertise (en détachant du personnel) et des ressources, y compris du financement pour des programmes de base.

3. L'AMC recommande ce qui suit.

La nomination d'un *médecin hygiéniste en chef du Canada* qui sera le principal porte-parole scientifique en matière de santé publique au Canada, dirigera le Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie et travaillera avec les provinces et les territoires à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pancanadien pour la santé publique.

Beaucoup de comités nationaux ou fédéraux-provinciaux-territoriaux joueront un rôle important en recommandant des stratégies ou des interventions en santé publique. Le Comité consultatif national de l'immunisation et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population en sont deux excellents exemples. Il n'existe toutefois actuellement aucune autorité crédible en santé publique à laquelle on a confié, en vertu d'une mesure législative ou d'une entente fédérale-provinciale-territoriale, la responsabilité globale des enjeux pancanadiens de la santé publique.

L'AMC recommande donc de nommer un médecin hygiéniste en chef du Canada, qui pourrait notamment :

- diriger le Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie;
- faire fonction de porte-parole national sur la santé publique disposant de l'indépendance nécessaire pour formuler des commentaires sur des enjeux critiques de la santé publique;
- produire un rapport annuel sur la santé de la population;
- élaborer et mettre en œuvre des mesures du rendement du système de santé publique et produire sur la question un rapport indépendant destiné au Parlement;
- diriger des processus visant à définir et combler les lacunes du système de santé publique du Canada.

Amélioration de la capacité

L'infrastructure du système de santé publique constitue l'assise sur laquelle s'appuient la planification, la prestation et l'évaluation des activités de santé publique. En mars 2001, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé publique³ affirmait dans son rapport que :

Les répondants sont d'avis que le système «manque de profondeur», ce qui signifie qu'une crise soutenue mettrait sérieusement en danger d'autres programmes. Même si la recherche n'indique pas que le système de santé publique du Canada est taxé au-delà de sa capacité, on semble s'entendre sur le fait que la capacité permet de gérer seulement une crise à la fois.

Deux ans à peine plus tard, la Région du Grand Toronto (RGT), qui bénéficie d'un des systèmes de santé publique et de soins actifs les plus modernes au Canada, n'a toutefois pu gérer la crise du SRAS et réaliser d'autres programmes. Le gouvernement de l'Ontario l'a reconnu lorsque le ministre de la Santé de la province, Tony Clement, a déclaré le 12 juin : «Je craignais qu'une autre crise d'envergure n'entraîne l'effondrement du système.»

D'importantes questions de santé publique variant de la vaccination jusqu'à la prévention du suicide n'ont reçu à peu près aucune attention, car les services de santé publique de Toronto étaient débordés. Comme il n'y avait pas de moyen de partager des ressources à l'intérieur du système et à cause du manque général de capacité de pointe dans l'ensemble du système, la ville de Toronto et la province se sont fait concurrence pour recruter du personnel chevronné d'autres services de santé. L'écllosion de SRAS a montré que la ville la plus importante du Canada n'a aucune capacité de pointe. Le SRAS a virtuellement enrayé le système de soins actifs à Toronto. Il faut nous demander ce qui se serait passé si le SRAS avait frappé d'abord une localité plus petite d'une région beaucoup moins avantagée du Canada.

Il est clair que le Canada n'est pas fin prêt. Il n'aurait pas dû être nécessaire d'attendre une crise pour le savoir. L'AMC est d'avis que la reconstruction de la capacité du système de santé publique passe par plusieurs éléments constitutants.

Ressources humaines en santé

Pour s'acquitter des fonctions essentielles du système de santé publique, les organismes du secteur ont besoin d'effectifs possédant des compétences spécialisées appropriées et constamment actualisées. Les effectifs de la santé publique du Canada sont extrêmement minces. Il semble y avoir trop peu de professionnels de la santé publique au niveau du deuxième cycle (c.-à-d. qui détiennent une maîtrise et médecins qui ont un certificat de spécialisation en médecine communautaire). Ceux qui existent ne sont pas répartis de façon équitable entre les niveaux de compétence. La rareté des praticiens du contrôle des infections dans les hôpitaux et des médecins urgentistes dans le système de soins actifs, ainsi que la non-intégration des efforts de lutte contre la maladie dans les hôpitaux et la communauté, ont été particulièrement frappantes pendant l'écllosion du SRAS.

Les connaissances et les compétences spécialisées nécessaires pour pratiquer efficacement en santé publique ne sont pas statiques. Elles évoluent constamment à mesure que l'on trouve de nouvelles données probantes. Les programmes d'éducation continue des praticiens de la santé publique sont malheureusement sous-développés au Canada. Santé Canada a réalisé des progrès limités dans ce domaine, mais il faut accorder beaucoup plus d'attention à la question.

4. L'AMC recommande ce qui suit.

La création d'un *Centre canadien d'excellence en santé publique*, sous les auspices du CCSLM, qui sera chargé d'investir dans des programmes de formation multidisciplinaire en santé publique et d'établir et diffuser les pratiques exemplaires entre tous les professionnels de la santé publique.

Le Canada a une expertise de calibre mondial en santé publique. Il n'a toutefois pas la profondeur qu'on trouve ailleurs, en partie parce que nous n'avons pas d'école nationale multidisciplinaire de santé publique comme Harvard à Boston, Johns' Hopkins à Baltimore et l'École d'hygiène et de médecine tropicale à Londres.

Une école nationale de santé publique qui pourrait reposer sur un réseau virtuel de centres d'un bout à l'autre du Canada pourrait :

- établir un plan afin d'évaluer les besoins importants en formation des membres existants et nouveaux du personnel de la santé publique;
- s'attaquer à la coordination des divers programmes de formation théorique afin de répondre aux besoins sur le terrain;
- assurer l'autosuffisance de nos effectifs en santé publique.

5. L'AMC recommande ce qui suit.

La création d'un *Service canadien d'intervention d'urgence en santé publique*, sous les auspices du CCSLM, afin de permettre le déploiement rapide des ressources humaines (p. ex., programmes pancanadiens de remplaçants en cas d'urgence) pendant les urgences en santé.

L'éclosion de SRAS a démontré clairement le besoin d'une façon planifiée d'appuyer et d'augmenter les effectifs de la santé publique et des soins actifs en période de crise. Lorsque les professionnels de la santé de la RGT ont été débordés, nous étions mal préparés pour y transférer des professionnels de la santé d'autres niveaux de compétence afin d'aider. Des associations de professionnels de la santé comme l'AMC ont été les premières à intervenir pour étudier et surmonter les obstacles portant sur le permis d'exercice et l'assurance. Le gouvernement de l'Ontario adjudgé unilatéralement un contrat d'exclusivité à une entreprise à but lucratif pour qu'elle organise des secours d'urgence, ce qui nous a déconcertés. Cet autre retard causé par des préoccupations au sujet de la vie privée, du caractère confidentiel des renseignements et de l'harmonisation des honoraires a entravé les efforts de secours. Le déploiement des professionnels de la santé en période d'urgence sanitaire est trop important pour qu'on s'en remette à des organisations à but lucratif comme on l'a fait dans le cas du SRAS.

Un Service canadien d'intervention en cas d'urgence en santé publique qui fonctionnerait sans but lucratif pourrait

- maintenir une «réserve» de professionnels de la santé publique qui ont reçu une formation complète et que l'on pourrait déployer dans les régions qui en ont besoin en période de crise;
- coordonner la logistique de questions comme l'octroi du permis d'exercice transférable, l'assurance-invalidité et contre la faute professionnelle;
- trouver du financement pour la formation du personnel et répartir plus équitablement les effectifs et les connaissances spécialisées entre les niveaux de compétence.

Investissement dans la santé publique

Compte tenu de l'importance du système de santé publique et de sa capacité de protéger et de promouvoir la santé de la population canadienne, il est étonnant que nous n'ayons pas d'information fiable ou complète sur l'argent que l'on consacre en réalité au système ou sur les ressources humaines de la santé publique disponibles au Canada. Cette lacune est attribuable en partie à l'absence de définitions uniformes, de mécanismes de prestation de services et de méthodes de comptabilité. Même sans données fiables sur les dépenses en santé publique, il est amplement démontré que le système de santé publique continue de fonctionner en dépit de graves contraintes au niveau des ressources d'un bout à l'autre du Canada.

6. L'AMC recommande ce qui suit.

Que l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, pour le compte du Centre canadien de surveillance et de lutte contre la maladie, assurent le suivi des dépenses et de la capacité (ressources matérielles et humaines) consacrées à la santé publique et en fasse rapport au public.

Dans son rapport le plus récent sur les dépenses consacrées au système de santé, l'ICIS affirme que l'on a consacré 6 % du total des dépenses «à la santé publique et à l'administration»⁴ en 2000. L'inclusion des frais d'administration dans ce total signifie que le financement consacré à la santé publique est très inférieur à 6 % du total des dépenses consacrées au système de santé².

Le Budget des dépenses fédéral indique que Santé Canada a affecté 433 millions de dollars à la promotion de la santé et à la prévention des maladies en 2003-2004 et que les dépenses devraient tomber à 308 millions en 2005-2006, soit diminuer de presque 30 %. Cette baisse des dépenses illustre une décennie de fluctuations énormes des dépenses consacrées aux activités liées à la santé publique.

La situation est alarmante sur le plan des budgets en dollars courants : le financement consacré aux activités reliées à la santé publique a diminué de 8,8 % entre 1994-1995 et 1997-1998. En dollars constants, les dépenses fédérales de santé publique ont en fait atteint le niveau de 1994-1995 en 2000-2001 seulement. Même si l'on a réinvesti un peu d'argent dans les initiatives de santé publique vers la fin des années 90, les estimations les plus récentes pour 2003-2004 indiquent une fois de plus que l'investissement fédéral dans la santé publique dégringolera de façon spectaculaire au cours des prochaines années. La santé publique continue ne représente toujours en fait qu'un faible pourcentage seulement du total des dépenses fédérales directes de santé (9,7 % en 2002-2003).

À l'échelon provincial, même si nous ne pouvons séparer la santé publique de l'administration, nous savons qu'elle a été victime du contexte brutal du repli budgétaire des années 90 lorsque les dépenses provinciales-territoriales réelles par habitant consacrées à la santé ont diminué pendant cinq années consécutives après 1991-1992.

² Dans une étude, l'Institut canadien d'information sur la santé reconnaît le problème posé par les systèmes actuels de suivi des dépenses et recommande de séparer les dépenses consacrées à la santé publique des frais d'administration du gouvernement et de l'administration des paiements préalables dans les estimations futures des coûts du système de santé.

La régionalisation a déstabilisé encore davantage la santé publique pendant cette période. Le *Survey of Public Health Capacity in Canada* indique que la plupart des dirigeants provinciaux et territoriaux ont signalé des réductions de programmes à la suite de la régionalisation du financement et des responsabilités. Même si l'Ontario n'a pas imposé la régionalisation, la province s'est délestée du financement de la santé publique sur les municipalités en 1997, ce qui a obligé les services de santé publique à se bousculer pour essayer de trouver des fonds afin de maintenir les programmes existants et d'offrir de nouveaux services imposés par la *Loi provinciale sur la protection et la promotion de la santé*.

Que nous parlions de compétence fédérale ou provinciale-territoriale, nous n'avons plus les moyens de laisser le financement de la santé et de la sécurité exposé aux aléas des cycles financiers.

Ce qui inquiète peut-être le plus, toutefois, c'est l'impact économique éventuellement lourd d'un investissement insuffisant dans ce domaine. Même si l'on ne connaît pas encore le coût net de l'éclosion de SRAS en Ontario, des estimations récentes indiquent qu'il pourrait atteindre 2,1 milliards de dollars³. C'est pourquoi le vieux dicton selon lequel il vaut mieux prévenir que guérir nous vient à l'esprit et indique qu'une augmentation relativement modeste du financement consacré à la santé publique pourrait éviter des dépenses importantes à long terme.

7. L'AMC recommande ce qui suit.

Que le gouvernement fédéral réserve 1 milliard de dollars sur cinq ans à bâtir une capacité de pointe suffisante et uniforme dans tout le Canada et améliore la coordination entre les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales de façon à remplir les fonctions essentielles en matière de santé publique.

La meilleure façon de garantir que le système de santé publique peut faire face à l'éventail complet des menaces à la santé publique, y compris les urgences, consiste à investir beaucoup plus dans sa capacité. Cet investissement doit aider tous les niveaux du système à s'acquitter de fonctions essentielles en santé publique tout en accordant une attention particulière aux organismes locaux et régionaux. Le leadership national stratégique que nous préconisons inclut l'élaboration de nouveaux mécanismes de partage, par le fédéral, des coûts des services de base en santé publique et la garantie d'un ensemble fondamental de programmes locaux de base au service de toute la population du Canada, peu importe où elle vit.

Le système a aussi besoin de fonds ciblés afin de pouvoir travailler plus judicieusement et plus efficacement. L'élaboration d'un système d'information intégrée et la formation du personnel devraient être au nombre des priorités auxquelles sera affecté ce financement ciblé.

³ Le 6 mai, la Banque TD a publié un document^{<5>} où elle laisse entendre que le coût du SRAS pour l'économie canadienne pourrait s'établir entre 1,5 et 2,1 milliards de dollars.

Recherche, surveillance et communication

La capacité du Canada de réagir à des menaces émergentes pour la santé publique et à des crises comme l'écllosion de SRAS, et de maintenir l'efficacité de ses activités de planification et d'élaboration de programmes de santé publique, est tributaire d'une recherche solide, de la surveillance et des communications rapides en temps réel.

8. L'AMC recommande ce qui suit.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada reçoivent une subvention immédiate et réservée de 200 millions de dollars sur cinq ans afin de lancer un *programme mixte de recherche* amélioré avec l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires afin d'étendre la capacité de recherche interdisciplinaire en santé publique, y compris les mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Tout comme les efforts déployés dans le domaine des soins cliniques pour appuyer l'utilisation de pratiques factuelles, les interventions en santé publique doivent reposer sur la recherche, les données probantes et les pratiques exemplaires. Il faudrait lancer une campagne nationale afin de mettre sur pied et de diffuser largement et continuellement une étude détaillée et à jour des données factuelles servant aux programmes de santé publique. Ces renseignements appuieraient la pratique efficace, amélioreraient la capacité de recherche en santé publique et appuieraient d'autres éléments d'infrastructure (p. ex., programmes et services minimaux, mesures du rendement, financement du système). Ces renseignements pourraient aussi réduire le double emploi inutile par différents organismes de santé publique.

Nous félicitons du travail énorme qu'il a abattu le partenariat pancanadien sans pareil constitué par les quatre équipes de recherche subventionnées par les IRSC qui, en 11 semaines à peine, ont découvert la séquence complète de l'ADN du coronavirus associé au SRAS. Il s'agit là d'un exemple parfait de ce qu'il est possible de faire lorsque nos équipes de recherche talentueuses conjuguent leurs efforts. Une annonce récente par les IRSC d'une stratégie nationale intégrée de recherche sur le SRAS reflète l'esprit de la présente recommandation lorsqu'il s'agira de relever d'autres défis en santé publique.

9. L'AMC recommande ce qui suit.

La *déclaration obligatoire*, par les provinces et territoires, de maladies infectieuses prescrites au nouveau médecin hygiéniste en chef du Canada afin de permettre des communications, des analyses et des interventions appropriées.

En santé publique, on entend par surveillance la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques et continues des données sur la santé nécessaires pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé publique. La surveillance fait partie intégrante du système de santé publique et joue un rôle essentiel dans la détection rapide des menaces à la santé humaine et la réaction à celles-ci. Les systèmes actuels de surveillance des maladies transmissibles et autres ne suffisent pas pour permettre aux professionnels de la santé publique de repérer des problèmes de santé d'envergure et d'y réagir.

Pour que la gestion de la santé publique soit efficace, la surveillance doit constituer un processus continu qui porte sur un éventail de sources de données intégrées afin de produire des renseignements utiles et opportuns.

10. L'AMC recommande ce qui suit.

L'injection ponctuelle de 100 millions de dollars, avec ajout de 2 millions de dollars par année, dans une Initiative «RAFALE» (*rapide, fiable, accessible, liée et efficace*) de communication et de coordination en santé afin d'améliorer la capacité technique de communiquer en temps réel avec les prestataires de soins de santé publique des premières lignes en cas d'urgence en santé..

Dans le monde d'aujourd'hui, les voyages internationaux, les affaires et la migration peuvent transporter des maladies infectieuses à l'autre bout du monde à la vitesse du réactif. Pendant l'expérience du SRAS, les gouvernements et les autorités de la santé publique n'ont toutefois pu communiquer en temps réel avec les professionnels de la santé aux premières lignes. Des lacunes de l'infrastructure de communication de base empêchent les organismes de santé publique de communiquer en temps réel et entravent aussi les échanges entre les membres du personnel du secteur de la santé publique, des cliniciens privés et d'autres sources d'information sur de nouvelles maladies.

En réponse à des demandes qu'elle a reçues à la fois de l'Association médicale de l'Ontario et de Santé Canada, l'AMC a mobilisé ses réseaux de communication afin de fournir aux médecins des renseignements critiques sur la prise en charge du SRAS dans l'optique de la santé publique. En moins de 48 heures, par courriel et télécopieur, nous avons communiqué avec plus de 45 000 médecins pour leur diffuser de l'information qui faisait autorité. Grâce aux bons offices du Conseil canadien d'agrément des services de santé, on a aussi mis ces renseignements à la disposition de plus de 1500 établissements de santé agréés d'un bout à l'autre du Canada.

Même si la nécessité nous a obligés à mettre à l'épreuve les limites du système, le SRAS a démontré clairement que nous n'avons pas les systèmes d'information nécessaires pour faciliter la communication en temps réel avec les professionnels de la santé. L'information est la clé d'une intervention efficace en période d'urgence. L'information en temps réel est aussi essentielle à l'efficacité des soins de santé quotidiens pour fournir, par exemple, de l'information sur les effets indésirables des médicaments.

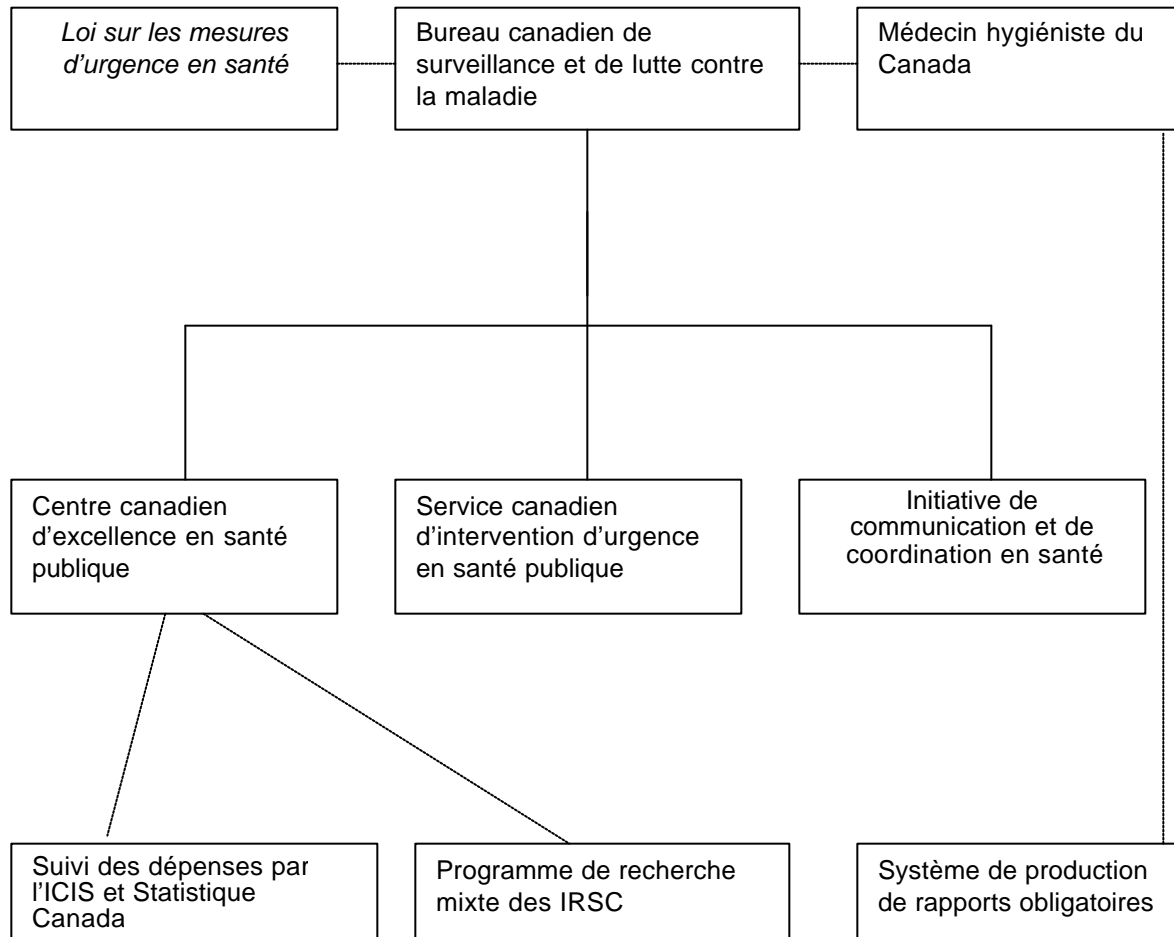
CONCLUSION

Le SRAS a fait ressortir ce qu'il y a de meilleur au Canada et dans l'engagement des Canadiens les uns envers les autres. La crise a aussi pointé des projecteurs brillants et parfois inconfortables sur la capacité du système de santé du Canada de répondre à une crise, qu'il s'agisse d'une nouvelle maladie, d'une frappe terroriste, d'une catastrophe naturelle ou d'un accident d'envergure. Nous devons tirer des leçons de l'expérience du SRAS et agir rapidement pour rebâtir l'infrastructure d'un solide système de santé publique.

L'AMC est d'avis que son plan d'action en 10 points sur la santé publique aidera énormément à combler les lacunes du système de santé publique du Canada. En agissant maintenant, on aidera à assurer que les Canadiens peuvent de nouveau croire que leurs gouvernements font tout leur possible pour les protéger contre la menace posée par de nouvelles maladies infectieuses.

Nous souhaitons bonne chance au Comité consultatif dans ses délibérations et l'AMC peut l'aider n'importe quand à clarifier les stratégies proposées dans notre mémoire.

ANNEXE 1 : PLAN D'ACTION DE L'AMC EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE



ANNEXE 2 : COÛT ESTIMATIF DE LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation	Coût estimatif en cinq ans
Réforme législative et institutionnelle	
1. <i>Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé</i>	S.O.
2. Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie (BCSLM)	} 20 millions de dollars
3. Médecin hygiéniste en chef du Canada	
Amélioration de la capacité	
4. Centre canadien d'excellence en santé publique	100 millions de dollars
5. Service canadien d'intervention d'urgence en santé publique	35 millions de dollars
6. Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada	35 millions de dollars ^a
7. Capacité de pointe	1 milliard de dollars ^b
Recherche, surveillance et communication	
8. Instituts de recherche en santé du Canada	200 millions de dollars ^c
9. Production de rapports obligatoires	Inclut en 2 et 3 ci-dessus.
10. Amélioration des rapports	110 millions de dollars
TOTAL	1,5 milliard de dollars

a. Des travaux en cours visent à séparer la santé publique de la catégorie actuelle «santé publique et administration».

b. Ce montant constitue un investissement qui s'ajoute au financement actuellement disponible en vertu du *résultat stratégique Promotion de la santé et prévention des maladies du Canada*.

c. Il faut réserver du financement spécifiquement pour de nouvelles initiatives en matière de santé publique. On pourrait aussi réunir d'autre argent grâce à du financement de la Fondation canadienne pour l'innovation qui a reçu 500 millions de dollars de plus en 2002-2003 (montant annoncé dans le budget fédéral de 2003) afin d'améliorer l'appui qu'elle apporte à l'infrastructure de la santé publique.

ANNEXE 3 : CHRONOLOGIE DE LA RÉPONSE DE L'AMC AU SRAS

2002

16 novembre

- Premier cas connu de pneumonie atypique (SRAS) recensé dans la province du Guangdong, en Chine.

2003

11 février

- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reçoit des rapports du ministère de la Santé de la Chine au sujet du SRAS; 305 personnes atteintes et cinq décès.

13 février

- Arrivée du cas de référence canadien à Hong Kong pour une visite chez des membres de sa famille.

18 au 21 février

- Séjour du cas de référence canadien à l'Hôtel Metropole à Kowloon

21 février

- Un médecin du Guangdong s'enregistre à l'Hôtel Metropole à Kowloon. On considère que le médecin, qui est tombé malade une semaine avant son arrivée à l'hôtel, constitue la source originale de l'infection.
- Il en découle par la suite des éclosions au Vietnam, à Hong Kong, à Singapour et au Canada après que des clients ont quitté l'Hôtel pour rentrer chez eux.

23 février

- Retour du cas de référence canadien à Toronto.

5 mars

- Décès du cas de référence canadien à Toronto, neuf jours après l'apparition de sa maladie.

12 mars

- L'OMS diffuse une alerte mondiale sur le SRAS.

13 mars

- Les médias nationaux et internationaux commencent à diffuser des reportages au sujet du SRAS.
- Le fils du cas de référence canadien, deuxième victime du SRAS au Canada, meurt 15 jours après l'apparition de sa maladie.

14 mars

- Premiers comptes rendus en provenance de Toronto au sujet de décès causés par le SRAS.

16 mars

- Santé Canada reçoit avis de l'existence de patients atteints du SRAS en Ontario et en Colombie-Britannique; commence à publier sur son site web des mises à jour régulières sur le SRAS.

- Santé Canada lance son infrastructure de communication pancanadienne fondée sur ses plans d'intervention d'urgence en cas de pandémie de grippe.

17 mars

- L'AMC appelle santé Canada pour offrir d'aider le ministère et demander de «l'information en temps réel». L'AMC est inscrite sur-le-champ à la liste des participants aux téléconférences pancanadiennes quotidiennes.
- L'AMC ajoute sur la page d'accueil de son site web (amc.ca) une page sur le SRAS et des Raccourcis AMC vers de l'information spécialisée et des mises à jour quotidiennes.

19 mars

- L'AMC prévient toutes ses divisions et ses affiliées de l'existence des pages web de Santé Canada et de l'AMC sur le SRAS.
- Le *JAMCél* ajoute sur son site web des mises à jour sur le SRAS.

20 mars

- Les divisions de l'AMC ajoutent sur leur site web un lien vers de l'information sur le SRAS à l'intention des professionnels de la santé.
- Santé Canada demande l'aide de l'AMC pour diffuser aux médecins des lignes directrices sur la prise en charge du SRAS dans le domaine de la santé publique.

28 mars

- L'AMC envoie un message électronique à 33 000 membres (avec copie aux divisions et aux sociétés affiliées) pour les prévenir de l'existence de documents sur la prise en charge du SRAS et de l'existence de la page web sur le SRAS de Santé Canada.

1^{er} avril

- Le chef de la direction de l'AMC crée un groupe de travail intersectoriel et déploie des ressources spécialisées. D'autres programmes de l'AMC sont reportés. Le groupe de travail lance des réunions quotidiennes du Groupe de travail sur le SRAS du personnel.
- L'AMC communique tous les jours avec l'Association médicale de l'Ontario.

2 avril

- L'AMC tient des téléconférences avec les directeurs des communications de ses divisions au sujet du SRAS.

3 avril

- L'AMC communique avec la British Medical Association pour déterminer s'il est possible d'obtenir des masques de fournisseurs européens.
- L'AMC organise une téléconférence entre des organismes nationaux de soins de santé pour discuter de l'évolution de la situation du SRAS.

7 avril

- L'AMC affiche sur amc.ca des séances scientifiques électroniques sur le SRAS à l'intention des cliniciens.
- L'AMC envoie des messages électroniques et une télécopie aux médecins pour leur faire connaître les séances scientifiques sur le SRAS affichées sur le site amc.ca.
- En collaboration avec le Réseau canadien de soutien pour la santé mentale, l'AMC prépare et affiche, sur amc.ca, des fiches d'information à l'intention des professionnels de la santé et du public sur l'adaptation au stress causé par le SRAS.

9 avril

- L'AMC organise la deuxième téléconférence d'organismes nationaux du secteur de la santé pour discuter de l'évolution de la situation du SRAS.

17 avril

- Mise à jour et promotion, sur le site amc.ca, des séances scientifiques sur le SRAS.

23 avril

- L'AMC envoie un message électronique aux membres afin de mobiliser des volontaires pour le Réseau bénévole de soutien d'urgence de l'AMC pour la crise du SRAS.

24 avril

- L'AMC consulte l'American Medical Association au sujet de la possibilité que des médecins américains se portent volontaires pour le réseau de soutien d'urgence.

25 avril

- Le chef de la direction de l'AMC écrit au sous-ministre de la Santé au sujet du besoin urgent de créer un groupe de travail ministériel national sur le SRAS.

30 avril – 1^{er} mai

- L'AMC participe à la Conférence internationale sur le SRAS parrainée par Santé Canada à Toronto.

6 mai

- Santé Canada annonce la création du Groupe consultatif national sur le SRAS et la santé publique dirigé par le D^r David Naylor.

12 mai

- Publication, dans *The Ottawa Citizen*, d'un éditorial d'opinion du D^r Dana Hanson, président de l'AMC, sur le SRAS et la capacité de pointe en santé publique.

28 mai

- L'AMC organise une réunion d'organisations nationales du secteur de la santé afin de discuter des leçons tirées du SRAS.

3 juin

- L'AMC est invitée à présenter un mémoire au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.

6 juin

- L'AMC envoie un message électronique à un groupe ciblé de ses membres (médecine communautaire, santé publique, maladies infectieuses et microbiologie médicale) afin de recruter des bénévoles pour le Réseau bénévole de soutien d'urgence de l'AMC pour la crise du SRAS.

25 juin

- Le président de l'AMC décrit le Plan d'action de l'AMC en matière de santé publique pendant un discours qu'il prononce au Canadian Club de Toronto.
- Mémoire de l'AMC au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.

ANNEXE 4 : SYSTÈME D'ALERTE EN CAS D'URGENCE SANITAIRE PROPOSÉ PAR L'AMC

On peut déclarer une alerte santé dans :	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
<ul style="list-style-type: none"> • Tout domaine relevant de la compétence fédérale • Toute communauté ou province/territoire où il y a risque de transmission à d'autres provinces/territoires ou pays • Toute communauté ou province/territoire qui n'a pas suffisamment de ressources pour gérer l'urgence en santé publique compte tenu de la capacité des autorités locales de la santé publique 	Définition de la zone de préoccupation	Quarantaine volontaire des personnes ou des biens	Surveillance de plus en plus rigoureuse	Le médecin hygiéniste en chef dirige la coordination de l'intervention.	Réglementation des voyages ou interdiction de voyager
	Facilitation de la communication	Revue et mise à jour des procédures d'intervention en cas d'urgence sanitaire	Détermination de la capacité locale de diriger et de répondre	Coordination des efforts nécessaires de réponse avec des organismes nationaux de secours en cas de catastrophe, les forces armées ou des organismes d'application de la loi à l'échelon fédéral-provincial-territorial	Limitation moyenne et importante des libertés et des droits civils
	Surveillance obligatoire	Évaluation des besoins futurs en ressources	Déploiement d'une équipe nationale d'intervention	Limitation moyenne et importante des libertés et droits civils	Évacuation de personnes et enlèvement de biens personnels
	Diffusion publique de l'information nécessaire	Déploiement discrétionnaire de l'équipe nationale d'intervention ou à la demande d'autorité locale	Quarantaine de personnes ou de biens appliquée par la loi	Mise en œuvre d'interventions, le cas échéant, et d'interventions en cas d'urgence	Réglementation de la distribution et disponibilité de biens, services et ressources essentiels
				Évaluation d'interventions plus poussées	Réglementation de l'accès à la zone de préoccupation
Consentement requis du gouverneur en conseil	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Équipe d'intervention responsable	Municipale ou provinciale	Provinciale ou nationale	Provinciale ou nationale	Nationale ou internationale	Internationale

RÉFÉRENCES

1. Garrett, L. *Betrayal of trust: the collapse of global public health*. New York: Hyperion; 2000.
2. Santé Canada. *Consultations nationales sur le renouvellement de la législation fédérale en matière de protection de la santé : Rapport sommaire*. Ottawa : Santé Canada; 1999.
3. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Survey of public health capacity in Canada: highlights*. Ottawa : le Comité; 2001.
4. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances nationales des dépenses de santé : 1975-2002*. Ottawa : ICIS; 2002.
5. Lévesque M. *The economic impact of SARS*. TD Economics Topic Paper. Groupe financier Banque TD; 6 mai 2003. Disponible à l'adresse : http://www.td.com/economics/topic/ml0503_sars.html (consulté le 20 juin 2003).