

Mémoire de l'AMC au sujet de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique du Canada

Présenté au Comité sénatorial permanent
des affaires sociales, des sciences et de la
technologie

LE 8 OCTOBRE 2003

Sunil V. Patel, MB, ChB
Président

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 national 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.

Pour le compte 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, promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, 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 professionnel sans but lucratif qui représente la majorité des médecins du Canada, et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 45 organisations médicales affiliées.

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

TABLE DES MATIÈRES

Objet.....	2
Introduction	2
La santé publique au Canada	3
Plan d'action pour le gouvernement fédéral	6
Réforme législative.....	6
Augmentation de la capacité en ressources humaines de la santé	11
Surveillance et communications.....	13
Conclusion	16
Sommaire des recommandations	17
Annexe I.....	18
Annexe II.....	19

Objet

L'Association médicale canadienne (AMC) a produit ce mémoire dans le contexte de l'étude que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie fait de la gouvernance et de l'infrastructure du système de santé publique au Canada et de sa réponse face aux urgences en santé publique. Nous nous réjouissons de cette initiative et sommes heureux de pouvoir présenter le point de vue des milieux médicaux du Canada.

Introduction

Le Canada s'est distingué dans l'histoire comme un des meilleurs pays au monde où vivre, se classant au premier rang dans le Rapport sur le développement humain des Nations Unies de 1994 à 2000. Notre système de santé a beaucoup contribué au premier rang occupé par le Canada, qui a toutefois perdu du terrain depuis quelques années dans les classements internationaux des indicateurs clés de la santé.

Même si le taux de mortalité infantile a diminué de 22 % entre 1990 et 1999 au Canada, par exemple, il a reculé davantage dans d'autres pays pendant la même période. C'est pourquoi le Canada est tombé du 5^e au 17^e rang sur les 31 pays industrialisés de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En 1999, le Canada venait au 5^e rang pour l'espérance de vie à la naissance, comparativement au 3^e en 1990. Au cours de la période de 1990 à 1999, l'espérance de vie totale a augmenté de 1,8 % au Canada, mais davantage dans d'autres pays.

L'AMC est d'avis qu'il faut se pencher sur ce recul inquiétant. Les délégués présents à son Assemblée générale de 2003 ont demandé au gouvernement fédéral de s'engager à propulser le Canada, dans les 10 ans, au premier rang dans le monde pour l'état de santé de sa population.

À cette fin, le Canada aura besoin d'une stratégie nationale qui définira les buts nationaux dans le domaine de la santé et permettra de s'attaquer sérieusement aux inégalités qui persistent au Canada dans le domaine de la santé. Il sera impossible d'améliorer l'état de santé de la population canadienne sans un système de santé publique solide, efficace et bien doté en ressources. Ce n'est malheureusement pas ce que nous avons aujourd'hui.

L'AMC affirme depuis des années que notre système de santé publique est taxé à la limite par les exigences quotidiennes et qu'il peut encore moins répondre à des menaces nouvelles et émergentes à la santé. Les médecins du Canada ont demandé à maintes reprises aux gouvernements d'améliorer la capacité en santé publique et de renforcer l'infrastructure nécessaire 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, par exemple, l'AMC préconisait des investissements importants dans la santé publique et la capacité d'intervention en cas d'urgence comme première mesure à prendre pour améliorer l'infrastructure du système de santé publique et la capacité de pointe. Nous avons aussi attiré l'attention sur le besoin d'améliorer la coordination et la communication entre les niveaux de compétence.

En février 2003, avant que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) diffuse une alerte mondiale au sujet du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'AMC a soulevé de nouveau des préoccupations au sujet de la capacité du système de santé du Canada de faire face à des maladies infectieuses émergentes sans être débordé. L'AMC a lancé cet avertissement dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes qui tenait des audiences sur le virus du Nil occidental. Dans le mémoire que nous avons présenté récemment au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, *Signal d'alerte : Le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique*, l'AMC préconisait d'harmoniser plus clairement l'autorité et la responsabilité en périodes d'urgences extraordinaires dans le domaine de la santé. Nous recommandions aussi d'améliorer la capacité du système de répondre aux menaces à la santé publique d'un bout à l'autre du Canada. Le Comité a déjà reçu le Plan d'action en matière de santé publique et les documents techniques qui l'accompagnent, que nous joignons en annexe 1.

Dans le présent mémoire, nous développons les recommandations contenues dans *Signal d'alerte : Le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique* afin de concentrer notre attention sur le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Nous insisterons particulièrement sur la réforme législative, l'amélioration de la capacité des ressources humaines, la surveillance et les communications.

La santé publique au Canada

La santé publique, c'est la science et l'art de la protection et de la promotion de la santé, ainsi que de la prévention des maladies et des traumatismes. Elle complète le système de soins de santé, axé principalement sur le traitement et la réadaptation, et elle vise le même but, soit optimiser l'état de santé de la population canadienne. Le système de santé publique se distingue toutefois d'autres secteurs du système de santé par deux aspects clés. Il vise principalement à prévenir les maladies et les incapacités et s'intéresse avant tout aux besoins des populations dans le domaine de la santé plutôt qu'à ceux des particuliers. Il est intéressant de signaler que la législation en vigueur dans le domaine de la santé publique au Canada précède de plus d'un demi-siècle celle qui régit les soins de santé.

La santé publique vise à assurer l'accès à de l'eau potable propre, une bonne hygiène et la lutte contre les parasites et d'autres vecteurs de maladies. Ce domaine regroupe en outre les cliniques de vaccination et les programmes de promotion d'habitudes de vie saines et de milieux sains. Il produit aussi la réponse systématique aux maladies infectieuses et protège la population canadienne face à une menace à la santé publique contre le SRAS. Lorsque le système de santé publique est entièrement prêt à assurer des services essentiels, les communautés d'un bout à l'autre du Canada sont mieux protégées contre les événements aigus dans le domaine de la santé.

Ce n'est malheureusement que lorsque quelque chose va terriblement mal, comme dans le cas de la tragédie de Walkerton où la contamination d'un puits communautaire par E. coli a causé sept morts et 1346 infections, que le rôle important et la contribution du secteur de la santé publique sont mis en évidence. La réalité d'aujourd'hui, c'est que le Canada n'a pas de système de santé publique solide, intégré, doté de ressources uniformes et équitables.

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 procédant à une série d'entrevues auprès de personnes-ressources clés et à des études documentaires. Le Comité a constaté que le secteur de la santé publique avait perdu des ressources. La résilience de l'infrastructure du système et sa capacité de répondre de façon uniforme et proactive aux exigences qui lui sont imposées préoccupaient aussi. Le Comité a observé des disparités importantes entre les provinces et les régions «nanties» et «démunies» en ce qui concerne la capacité de faire face aux problèmes de santé publique.

Les constatations présentées dans le rapport correspondent aux 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 prêt à s'acquitter de ses responsabilités en matière de santé publique : la communication entre de multiples organismes était médiocre et les faiblesses des systèmes clés de surveillance nuisaient à la surveillance efficace des traumatismes et des maladies transmissibles et non transmissibles. En 1997, le juge Horace Krever signalait que «les services de santé publique de nombreuses régions du Canada n'ont pas suffisamment de ressources pour s'acquitter de leurs fonctions».

Les systèmes de santé publique du Canada sont fragmentés. C'est beaucoup moins un système qu'une mosaïque de programmes, de services et de ressources dispersés d'un bout à l'autre du Canada. En vérité, il s'agit d'un groupe de multiples systèmes dont les rôles, les forces et les liens varient. Chaque province a sa propre législation en matière de santé publique. La plupart des législations portent avant tout sur le contrôle des maladies transmissibles. Les services de santé publique sont financés par un éventail variable de formules de financement provinciales et municipales, les stratégies globales et les résultats manquent d'uniformité et les professionnels de la santé n'apportent à peu près aucune contribution significative à l'orientation stratégique ou aux ressources par l'intermédiaire d'organisations comme l'AMC, ses divisions et ses affiliées.

La législation fédérale se limite à la matraque législative que constitue la *Loi sur la quarantaine* et à un éventail de lois reliées à la protection de la santé comme la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la *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, la législation ne définit 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.

La *Loi sur les urgences* en vigueur donne au gouvernement fédéral le pouvoir d'intervenir en cas d'urgence reliée au bien-être public lorsque les 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 nationale¹».

¹ *Loi sur les urgences*, L.R.C. 1985, c.22 (4^e Supp.), art. 5. L'article 3 définit ainsi une «urgence nationale» : «un concours de circonstances critiques... caractère d'urgence et de nature temporaire, auquel il n'est pas possible de faire face adéquatement sous le régime des lois du Canada et qui, selon le cas : a) met gravement en danger la vie, la santé ou la sécurité, des Canadiens et échappe... la capacité ou aux pouvoirs d'intervention des provinces; b) menace gravement la capacité du gouvernement du Canada de garantir la souveraineté, la sécurité et l'intégrité territoriale du pays.» (*Loi sur les urgences*, L.R.C. 1985, c.22 (4^e supp.) article 3).

Pour pouvoir 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 à prendre ou à laisser n'est pas dans le meilleur intérêt du public et que les gouvernements devront à l'avenir répondre différemment au concept de l'urgence nationale dans le contexte de la santé publique.

Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, l'AMC a demandé qu'on améliore les pouvoirs de «réglementation» du gouvernement fédéral en période d'urgence nationale dans le domaine de la santé en adoptant une *Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé*. La loi accorderait au gouvernement fédéral le pouvoir précis d'intervenir pendant une période temporaire prédéterminée, en cas d'urgence extraordinaire déclarée dans le domaine de la santé. Elle prévoirait aussi le pouvoir de mettre sur pied un système d'alertes santé graduées comportant des interventions correspondantes en santé publique afin de permettre de réagir rapidement et de façon coordonnée à une menace à la santé publique qui prend forme.

La déclaration d'une alerte santé sous-entendrait que des ressources financières, scientifiques et humaines du gouvernement fédéral seraient disponibles au besoin pour faire face à la crise. Il faudrait associer une augmentation de l'aide fédérale à chacun des cinq paliers d'alerte santé afin d'aider à faire face aux coûts fondamentaux d'intervention et de rétablissement lorsque ces dépenses dépassent celles que l'on pourrait raisonnablement s'attendre à ce qu'une province ou un territoire en particulier prenne en charge. Par exemple, au niveau d'alerte 3, on pourrait envisager une entente de partage à parts égales des coûts, proportion qui passerait à 90/10 au niveau 5. Aux paliers d'alerte santé 1 et 2, il faudrait considérer que la contribution financière s'inscrirait dans le contexte des fonds de fonctionnement du Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie dont nous proposons la création. L'aide financière dont on pourrait avoir besoin pendant les alertes santé des paliers 3 à 5 pourrait être demandée au gouverneur en conseil et approuvée par lui pendant le processus d'obtention de l'autorisation préalable à la déclaration de l'alerte santé.

Il faudrait revoir périodiquement et modifier au besoin le niveau de l'alerte santé et la zone en cause. Le système gradué d'alertes santé proposé par l'AMC garantira que l'on pourra répondre mieux et plus et efficacement qu'aujourd'hui aux urgences en santé publique².

À titre de membre de l'Association médicale mondiale (AMM), l'AMC a aussi abordé la question des interventions d'urgence sur la scène internationale. Au cours de l'Assemblée générale de l'AMM en septembre 2003, les délégués de plus de 50 pays ont appuyé une motion présentée par l'AMC pour exhorter l'OMS à améliorer son protocole d'intervention d'urgence face à des épidémies mondiales comme le SRAS. (Voir Annexe II.)

L'AMM a convenu de créer un groupe de travail dirigé par l'AMC afin d'élaborer un plan d'alerte face aux risques pour la santé publique.

² L'Annexe 1, Signal d'alerte : Le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique, et Documents techniques contient des détails sur le système d'alertes santé d'urgence.

La ministre fédérale de la Santé a maintenant reçu le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Le gouvernement fédéral ne doit pas le laisser languir sur les tablettes. Il doit élaborer un plan pour répondre aux recommandations contenues dans le rapport afin de créer un système de santé publique solide et bien doté en ressources, comportant une capacité de pointe suffisante et un effectif suffisant de professionnels de la santé publique hautement qualifiés.

L'AMC a calculé qu'une augmentation très ciblée des investissements, qui atteindrait 1,5 milliard de dollars en cinq ans, s'impose pour procéder à la réforme législative et instaurer l'amélioration de la capacité nécessaires pour porter notre système de santé publique au niveau du XXI^e siècle. Il ne suffit pas de simplement réaffecter des fonds dans le contexte des budgets actuels de la santé, ce qui n'aurait que des répercussions négatives sur les efforts déployés pour étayer le cœur même des services de santé actuels.

Recommandation Un

Que le gouvernement fédéral agisse rapidement pour adopter une Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé qui regrouperait et améliorerait les mesures législatives en vigueur. Cette nouvelle loi 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.

Recommandation Deux

Que le gouvernement injecte sur-le-champ 1,5 milliard de dollars en cinq ans dans le système de santé publique du Canada afin de rebâtir l'infrastructure de la santé publique.

Plan d'action pour le gouvernement fédéral

Le leadership national joue un rôle crucial dans l'énoncé des enjeux et des défis clés auxquels fait face la santé publique, ainsi que dans la mise en œuvre de stratégies intégrées visant à combler les lacunes de l'infrastructure du système. L'AMC préconise un engagement national renouvelé et bonifié envers la santé publique qui repose sur une nouvelle législation fédérale.

Réforme législative

La réponse du Canada face au SRAS a démontré de façon frappante le besoin urgent de leadership national et de coordination des activités reliées à la santé publique dans tout le Canada, particulièrement en période de crise grave dans le domaine de la santé. Ce fut un signal d'alerte qui a démontré qu'une réforme législative intégrée s'impose afin de clarifier les rôles des gouvernements et des dirigeants de la santé publique dans la gestion des menaces à la santé publique.

L'élaboration d'un système national de santé publique ne doit pas se faire à la pièce, provoquée par des événements comme le SRAS. Il faut la planifier et l'évaluer avec soin, ce qui oblige en retour à définir clairement les enjeux clés et à mobiliser des ressources.

Un système de santé publique viable exige aussi une masse critique d'expertise technique pour appuyer les fonctions essentielles en santé publique³.

L'AMC est d'avis que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer dans la création d'un système de santé publique pancanadien coordonné et solide. Tant au Royaume-Uni qu'aux États-Unis, les dirigeants nationaux ont aidé à définir clairement les buts reliés à la santé de la population et à décrire le rôle du système de santé publique, les éléments clés de son infrastructure et l'élaboration de stratégies pour les concrétiser.

Le Canada n'a pas de poste officiel de dirigeant national qui se compare au médecin en chef de l'Angleterre ou au chirurgien général des États-Unis. Dans le domaine de la santé publique, il n'y a actuellement pas d'autorité crédible à laquelle la législation ou une entente fédérale-provinciale-territoriale confère la responsabilité globale des enjeux pancanadiens en la matière. L'AMC a recommandé la nomination d'un médecin hygiéniste en chef du Canada doté de pouvoirs décisionnels dans les domaines de compétence fédérale.

La capacité du système de santé publique présente actuellement des iniquités énormes entre les provinces et les territoires. Compte tenu de l'envergure des questions de santé publique, des populations relatives et des différences au niveau de la richesse, il ne sera jamais possible d'avoir des centres intégrés d'expertise en santé publique dans chaque province et territoire. Même si l'on y réussissait, il se poserait de plus en plus de problèmes d'économies d'échelle et de double emploi inutile entre les centres. Le problème n'est pas particulier au Canada⁴.

L'AMC a proposé la création d'un *Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie* (BCSLM) comme élément clé de son plan d'action sur la santé publique. Un centre intégré d'expertise en santé publique permet d'adopter une stratégie pancanadienne de planification et de service dans le domaine de la santé publique tout en créant une masse critique d'expertise en sciences et en santé publique et de ressources qu'il est possible de déployer au besoin dans n'importe quelle région du pays.

Une des premières priorités du BCSLM doit être de faciliter la conclusion d'une entente pancanadienne sur la définition des fonctions de base du système de santé publique, sans laquelle il sera impossible d'évaluer et de créer l'infrastructure du système. (Comme nous l'avons signalé plus tôt, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé publique a proposé cinq fonctions de base.) Pour donner suite à la définition des fonctions de base en santé publique, il faut établir des buts nationaux en matière de santé afin d'améliorer l'état de santé des populations du pays et de s'attaquer aux iniquités sanitaires entre elles.

³ Le Comité consultatif FPT sur la santé de la population a recommandé les fonctions essentielles suivantes pour le système de santé publique : évaluation de la santé de la population; surveillance de la santé; promotion de la santé; prévention des maladies et des traumatismes, protection de la santé.

⁴ Beaucoup de pays (p. ex., États-Unis, Royaume-Uni, Norvège et les Pays-Bas) ont créé une masse critique nationale d'expertise en santé publique. Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, qui disposent d'une masse critique, d'une expertise scientifique très approfondie et des outils et des moyens budgétaires nécessaires pour financer des programmes de santé publique à l'échelon local et à celui de l'État au moyen de projets témoins représentent un exemple concret de l'efficacité d'un tel organisme central.

L'effet de cette inégalité sur l'état de santé est visible dans la population autochtone, dont le mauvais état de santé demeure un des principaux défis à relever pour le Canada. Même si les améliorations ont été importantes au cours des dernières décennies, l'état de santé général des Autochtones est beaucoup plus mauvais que celui des autres populations du Canada. Les statistiques sur la mortalité et la morbidité indiquent que même si elle varie entre les communautés, l'espérance de vie de l'Autochtone demeure beaucoup moins longue que celle du Canadien moyen. L'incidence et la prévalence des maladies chroniques et dégénératives (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, cancer et arthrite) est à la hausse. Le BCSLM jouerait un rôle clé en établissant des buts en matière de santé et en appuyant les Autochtones par son expertise en santé publique et ses ressources.

Le BCSLM et le médecin hygiéniste en chef du Canada auront aussi un rôle pivot à jouer en fournissant des services de santé publique aux régions qui relèvent de la compétence fédérale là où les médecins hygiénistes en chef locaux et provinciaux n'ont pas accès ou n'ont pas de pouvoir. Les aéroports, les chemins de fer, les bases militaires, les Autochtones vivant dans les réserves, les abattoirs fédéraux et les parcs nationaux sont des exemples de domaine relevant de la compétence fédérale. Le manque de coordination intégrée entre les systèmes provinciaux et fédéral a particulièrement compromis la prestation de services de santé publique dans ces secteurs. Le BCSLM doit s'attaquer à ce problème.

Le plan de l'AMC prévoit que le BCSLM deviendrait l'organisme national chargé des questions de santé publique qui aurait le mandat général de coordonner tous les aspects de la planification en vue des urgences nationales dans le domaine de la santé publique. Il assurerait aussi la surveillance nationale continue de la santé et collaborerait de près avec les provinces/territoires pour renforcer d'autres fonctions essentielles dans le domaine de la santé publique. Le médecin hygiéniste en chef du Canada dirigerait le BCSLM et serait le principal porte-parole scientifique en matière de santé publique au Canada.

Afin de s'acquitter efficacement de son mandat, le BCSLM doit avoir une structure qui respecte cinq principes directeurs. Le Bureau doit être :

- *indépendant* – autonome du gouvernement, protégé contre les aléas quotidiens des pressions politiques tout en demeurant tenu de rendre compte à la population canadienne.
- *à vocation scientifique* – observation des normes les plus rigoureuses d'évaluation des risques et de prise de décision afin de protéger la santé des Canadiens.
- *transparent* – ouvert à l'examen public tout en encourageant le public à participer à ses activités.
- *à l'écoute* – caractérisé par un processus décisionnel agile et la capacité de déployer des ressources et de l'expertise rapidement et de façon efficiente dans n'importe quelle région du pays.
- *axé sur la collaboration* – promoteur de partenariats et favorisant la collaboration avec d'autres partenaires fédéraux, provinciaux et non gouvernementaux.

Il y a trois grandes possibilités en ce qui a trait à la structure de gouvernance du BCSLM. Il existe des précédents canadiens et internationaux dans chaque cas.

1. Entité ministérielle fédérale

Dans ce scénario, le BCSLM serait créé en vertu d'une législation fédérale comme direction générale ou organisme d'un ministère et le ministre de la Santé serait chargé de sa gestion et de son orientation générales. Le médecin hygiéniste en chef devrait rendre compte au ministre et au premier ministre de la qualité de la gestion et des conseils fournis par le bureau et de toute mesure prise par ses représentants. Cette structure ne serait pas très différente de ce qui existe déjà à Santé Canada. La différence cruciale, c'est que le BCSLM serait une entité distincte relevant du ministre de la Santé, contrairement à la structure actuelle où la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique est une entité du ministère.

Exemples canadiens : Agence canadienne d'inspection des aliments, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire

Exemple international : Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis

2. Organisme national autonome

Cette option consiste à constituer le bureau en entité sans but lucratif régie par la Loi sur les corporations canadiennes (Partie II) et dont les gouvernements fédéral ou provinciaux seraient les membres/actionnaires. La structure du BCSLM ressemblerait à celle d'une entreprise dirigée par un conseil d'administration et dont le médecin hygiéniste en chef serait le chef de la direction. Au lieu de rendre compte directement au Parlement, le bureau serait toutefois comptable à la Conférence des ministres F-P-T de la Santé. Cette structure indiquerait un virage plus radical par rapport aux arrangements actuels et le BCSLM serait davantage une coentreprise avec les provinces et les territoires. Même si le concept est intrigant, le modèle pourrait trop éloigner la gestion des préoccupations nationales en matière de santé publique de l'obligation de rendre compte au gouvernement.

Exemples canadiens : Société canadienne du sang, Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé Canada, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé

3. Organisme fédéral indépendant

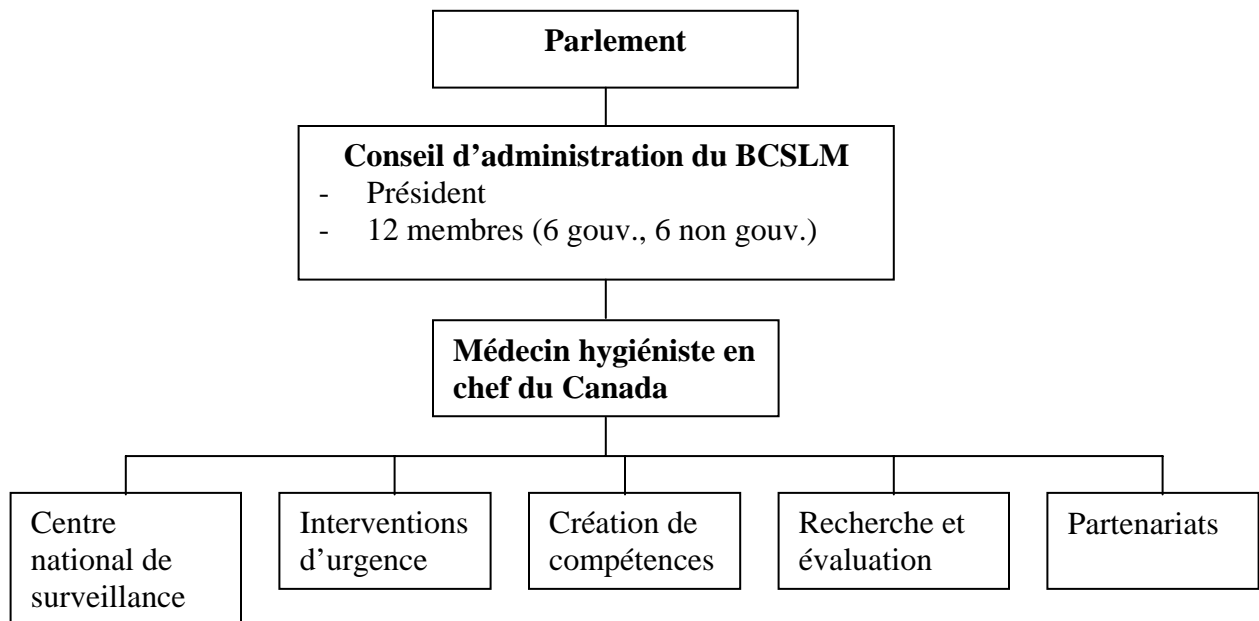
Cette option intermédiaire consisterait à créer une entité plus indépendante dans le champ de compétence du gouvernement fédéral. Selon ce scénario, le BCSLM serait structuré comme une entreprise dont le conseil d'administration détiendrait les pouvoirs décisionnels. Le conseil devrait en retour rendre compte au Parlement et à la population de l'exercice des pouvoirs en question. Le médecin hygiéniste en chef serait le chef de la direction du Bureau et en surveillerait le fonctionnement quotidien. Le BCSLM serait créé par une nouvelle mesure législative fédérale, mais il demeurerait dans le portefeuille de la Santé et devrait rendre compte au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé.

Exemples canadiens : Instituts de recherche en santé du Canada, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses

Exemple international : Health Protection Agency du R.-U.

Même si chacune de ces options a ses points forts et ses faiblesses, le scénario de l'organisme fédéral indépendant correspondrait le mieux à la vision du BCSLM présentée par l'AMC. Cette entité constituerait un virage par rapport au statu quo, car elle augmenterait l'autonomie professionnelle et réduirait l'intervention ministérielle dans les questions professionnelles. Cette option contribuerait à donner au BCSLM plus de crédibilité comme organisme à vocation scientifique. La structure de gouvernance par un conseil d'administration encouragerait la participation par les milieux généraux de la santé publique et pourrait donc se révéler plus efficace lorsqu'il s'agirait d'établir des partenariats avec d'autres intervenants clés.

Structure d'un organisme fédéral indépendant



L'appui solide que la ministre fédérale de la Santé Anne McLellan et ses homologues provinciaux/territoriaux ont manifesté à l'égard d'une agence canadienne de la santé publique au cours de leur dernière réunion encourage énormément l'AMC. Nous nous réjouissons aussi de voir qu'ils reconnaissent qu'il faut des ressources importantes pour créer l'infrastructure de santé publique intégrée, nationale et fondée sur la collaboration nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de la population canadienne⁵.

Nous avons calculé que l'établissement et le fonctionnement du BCSLM coûteraient au départ 20 millions de dollars de plus en cinq ans, total qui s'ajoute au financement existant consacré aux programmes qui pourrait être transféré au nouveau bureau, comme la préparation aux situations d'urgence et les interventions en la matière, ainsi que la coordination de la surveillance.

⁵ La ministre McLellan promet d'injecter de l'argent dans la santé, A4, The National Post, 04-09-2003

Dans le mémoire qu'elle a présenté récemment au Comité permanent des finances de la Chambre des communes dans le contexte des consultations prébudgétaires de 2003, l'AMC a demandé qu'on affecte immédiatement ces sommes afin de permettre de créer le BCSLM au cours du prochain exercice.

Recommandation Trois

Que le gouvernement fédéral crée un Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie dirigé par un médecin hygiéniste en chef du Canada, qui sera la principale entité canadienne responsable en matière de santé publique et fonctionnera sans lien de dépendance avec le gouvernement.

Recommandation Quatre

Que le gouvernement fédéral affecte au moins 20 millions de dollars en cinq ans et du financement continu approprié, en sus du financement consacré aux programmes nationaux existants de santé publique, pour la création et le fonctionnement du Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie.

Augmentation de la capacité en ressources humaines de la santé

L'AMC parle depuis cinq ans de l'impact que la pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé a sur le système de soins actifs. Dans les mémoires qu'elle a présentés auparavant au Comité, au Comité des finances de la Chambre des communes et à la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, l'AMC a préconisé qu'on augmente le financement consacré au recrutement, à l'éducation et à la formation continue des médecins afin de contrer la crise qui sévit actuellement dans les effectifs des soins actifs.

L'écllosion de SRAS a démontré clairement que l'effectif de la santé publique du Canada est particulièrement mince. La pénurie de spécialistes de la médecine communautaire et des maladies infectieuses, d'infirmières et de techniciens de laboratoire a des répercussions sur notre capacité de répondre aux menaces à la santé. Pour que le système de santé publique s'acquitte des fonctions essentielles qui sont les siennes, les organismes de santé publique ont besoin d'un effectif doté des compétences spécialisées nécessaires qui sont constamment mises à jour. Comme première ligne de défense contre les menaces à la santé de la population canadienne, le système de santé publique doit pouvoir réagir rapidement à une urgence en déployant un effectif qualifié, formé et suffisamment nombreux pour faire face aux exigences imposées par la crise.

Même si Santé Canada a réalisé des progrès limités afin d'aider à répondre aux besoins en éducation continue des praticiens de la santé publique, on ne consacre actuellement à peu près pas de ressources aux compétences spécialisées en intervention d'urgence dans le domaine de la santé publique ou à la formation multidisciplinaire essentielle qui joue un rôle crucial pendant une crise en santé publique. La formation multidisciplinaire efficace augmente la capacité de pointe en dotant les praticiens de la santé publique des connaissances et des compétences spécialisées auxquelles on peut faire appel en période d'urgence en santé publique tout en leur permettant de dispenser des services essentiels de santé publique pendant d'autres périodes.

Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, l'AMC a préconisé qu'on investisse dans des programmes de formation multidisciplinaire en santé publique et diffuse des pratiques exemplaires aux professionnels de cette discipline⁶.

La réponse du Canada au SRAS a toutefois confirmé aussi l'interdépendance des systèmes de santé publique et de soins actifs. La pénurie de praticiens de la lutte contre les infections en milieu hospitalier, de médecins urgentistes, d'infirmières et de technologues du secteur clinique et de celui des laboratoires dans le système de soins actifs a été particulièrement frappante pendant l'éclosion de SRAS.

L'éclosion a démontré clairement le besoin d'une stratégie planifiée afin d'appuyer et d'augmenter les effectifs de la santé publique et des soins actifs en période de crise. Nous n'avons essentiellement aucun plan de redéploiement systématique de ressources humaines à l'intérieur des systèmes de santé publique et de soins actifs. Nous étions mal préparés pour déplacer des professionnels de la santé d'autres niveaux de compétence afin de répondre à la crise. C'est pourquoi les professionnels de la santé publique et des soins actifs de Toronto ont été poussés à la limite de leurs possibilités physiques et psychologiques. Le recrutement de professionnels de la santé afin d'aider dans la Région du Grand Toronto a été tributaire en grande partie du bénévolat plutôt que d'efforts coordonnés.

C'est pourquoi l'AMC a proposé la création d'un Service canadien d'intervention d'urgence en santé publique qui collaborerait avec des organismes non gouvernementaux du secteur de la santé comme l'AMC et l'Association canadienne de santé publique et relèverait du Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie⁷.

Le Service canadien d'intervention d'urgence en santé publique serait constitué d'un groupe de base de professionnels de la santé publique qui auraient reçu une formation très poussée, seraient très mobiles, seraient à l'emploi du BCSLM et pourraient s'acquitter de missions d'interventions d'urgence à la demande du médecin hygiéniste en chef du Canada.

Le SRAS a toutefois démontré aussi clairement qu'il fallait pouvoir appuyer et relever les médecins et les infirmières débordés par l'arrivée de patients dans les établissements de soins actifs et par les mesures connexes de lutte contre l'infection imposées dans les établissements.

L'AMC est d'avis que le gouvernement fédéral doit avoir accès à un bassin préétabli de professionnels de la santé disposés à être déployés pour fournir des services de soins actifs de remplacement en période d'urgence en santé.

⁶ Recommandation Quatre contenue dans Signal d'alerte : Le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique : 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.

⁷ Recommandation Cinq contenue dans Signal d'alerte : Le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique : 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'AMC est bien placée pour jouer un rôle important dans le recrutement de médecins pour un Réseau de secours d'urgence. Créé en partenariat avec Industrie Canada, le service en direct de jumelage MedConnexions que l'AMC offre aux professionnels de la santé pourrait servir à diffuser de l'information au sujet du Réseau et à recueillir des renseignements permettant de communiquer avec les médecins intéressés à se porter volontaires pour dispenser des services sur place.

On demanderait aux bénévoles de fournir les services qu'ils dispensent normalement (p. ex., médecine d'urgence, soins intensifs, respirologie, lutte contre l'infection) ou d'autres services généraux dans les régions touchées afin de soulager le personnel poussé à la limite. Une formation en enquête sur les éclosions permettrait à ces personnes d'appuyer aussi les effectifs de la santé publique en période de crise.

L'AMC garderait le contrôle de la liste de bénévoles et établirait des procédures afin d'assurer que l'information figurant sur la liste est exacte et à jour. L'AMC s'engagerait aussi à garantir que des questions comme la rémunération (rémunération des services, temps perdu [p. ex, en raison de la quarantaine]), le permis d'exercice, la responsabilité civile, l'assurance-invalidité (déplacements et séjour) sont couvertes. L'AMC communiquerait avec les membres inscrits sur la liste en réponse à une demande présentée par le gouvernement fédéral par l'entremise du BCSLM.

Recommandation Cinq

Que le gouvernement fédéral investisse continuellement 250 000 \$ par année pour établir, en partenariat avec la profession, un Réseau de secours d'urgence constitué de médecins capables de fournir des services de remplacement en période d'urgence en santé.

Recommandation Six

Que le gouvernement fédéral fournisse, sous les auspices du Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie, du financement pour la formation de médecins bénévoles en enquête sur les éclosions.

Surveillance et communications

L'efficacité du système de santé publique est aussi tributaire en grande partie de sa capacité de diffuser en temps opportun de l'information qui fait autorité. La circulation bidirectionnelle de l'information entre les experts et les milieux des praticiens s'impose en tout temps, mais elle devient particulièrement cruciale en situation d'urgence. Un système de santé publique qui fonctionne bien permettra cette communication bidirectionnelle – transmission d'information sur les maladies vers une entité centrale qui peut analyser les données globales et capacité de communiquer agressivement et en temps réel aux travailleurs des premières lignes les résultats de l'analyse.

Un système de surveillance pancanadien doit constituer un élément fondamental du système de santé publique. Une solide connectivité avec tous les points de soin constitue un des éléments clés de la création d'un solide système de surveillance.

Cette connectivité assurerait que les travailleurs de la santé des premières lignes de tout le Canada pourraient prévenir en temps réel, par un système pancanadien de surveillance de la santé, de l'apparition de maladies à déclaration obligatoire.

Tous les niveaux de compétence ont lancé des stratégies sur les technologies de l'information qui, au fil du temps, intégreront la connectivité aux points de soins. On estime qu'il faudra jusqu'à 10 ans et 4 milliards de dollars. Les provinces et les territoires sont à des stades différents dans ce programme et l'Ontario a probablement l'initiative la plus progressiste. (La province s'est engagée à dépenser environ 1 milliard de dollars pour mettre en place les infrastructures qui assureront la connectivité et couvrira les coûts de diffusion de l'information.)

Il importe aussi de signaler que le Règlement sanitaire international (RSI) impose au Canada, à titre de membre de l'Organisation mondiale de la santé, des obligations internationales en matière de surveillance en santé publique. Adopté en 1969, le RSI visait à aider à surveiller et contrôler quatre maladies graves qui risquaient sérieusement de se propager. Le règlement comporte les éléments suivants :

i. Notification des cas :

- Les États membres de l'OMS sont tenus de prévenir l'OMS de l'apparition d'un seul cas de choléra, de peste ou de fièvre jaune survenant chez des êtres humains sur leur territoire et d'indiquer aussi quand un secteur est libéré de l'infection.
- Ces notifications sont publiées dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS.

ii. Règles sanitaires sur le commerce et les voyages internationaux.

iii. Organisation de la santé : Les mesures de dératisation, de désinfection et de désinsectisation des moyens de transport internationaux (bateaux, avions, etc.) sont obligatoires aux points d'arrivée et de départ (ports, aéroports et postes frontière). Les mesures sanitaires imposées sont les mesures maximales qu'un État peut appliquer pour protéger son territoire contre le choléra, la peste et la fièvre jaune.

iv. Documents sanitaires obligatoires : Le règlement prévoit que les voyageurs qui passent de zones infectées à des régions non infectées doivent présenter des attestations de santé et de vaccination. Il prévoit aussi la présentation d'attestations de dératisation ou de certificats d'exemption de dératisation; d'attestations de santé – déclaration maritime de santé; de déclaration générale de l'avion⁸.

On est en train de réviser le RSI pour y inclure la déclaration obligation des «urgences sanitaires de portée internationale»⁹.

Les répercussions sanitaires de nouvelles maladies infectieuses sont amplifiées parce que ces menaces à la santé publique franchissent les frontières locales, provinciales/territoriales et nationales. Les décisions prises par un gouvernement ont un impact direct sur les activités des gouvernements voisins.

⁸ <http://www.who.int/csr/ihr/current/en/print.html>, consulté le 15 septembre 2003

⁹ <http://www.who.int/csr/ihr/revision/en/print.html>, consulté le 4 juillet 2003

Les divers paliers de compétence du Canada doivent coordonner leur façon d'aborder les défis à la santé publique afin d'assurer qu'ils sont pris en charge efficacement. Au Canada, nous devons veiller à ce que nos réseaux de surveillance et notre infrastructure de santé publique soient à la hauteur afin de nous acquitter de nos obligations internationales de repérer les maladies infectieuses émergentes et d'y faire face.

Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, l'AMC a préconisé une injection d'un milliard de dollars pour rebâtir la capacité du système de santé publique. Cet investissement doit aider en partie à régler l'aspect communication du problème de connectivité.

Le SRAS a démontré que le Canada n'a pas de systèmes d'information pour faciliter la communication en temps réel avec les professionnels de la santé des premières lignes. Des lacunes de l'infrastructure de communication de base ont empêché les organismes de la santé publique d'interagir en temps opportun. Elles ont aussi empêché le personnel préposé à la santé publique, les cliniciens et les autres travailleurs de la santé de s'échanger l'information la plus récente sur la prise en charge de la maladie. Les renseignements sur les contacts, lorsqu'il y en avait, étaient en outre sérieusement périmés et les méthodes de communication n'étaient pas bien ciblées en fonction des utilisateurs.

L'AMC a tiré des leçons précieuses sur la façon de communiquer en temps réel avec les médecins. La crise sanitaire nous a obligés, à l'AMC, à mobiliser nos réseaux de communication afin de fournir aux médecins de l'information critique au sujet de la prise en charge du SRAS sur le plan de la santé publique. Plus de 50 000 médecins ont reçu de l'information pertinente sur le SRAS en 24 à 48 heures. Plus de 1500 établissements de santé ont en outre reçu, au sujet du SRAS, des renseignements critiques faisant autorité par l'intermédiaire du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Pour la première fois dans l'histoire du Canada, on a lancé des séances scientifiques en ligne afin de donner aux médecins du Canada des conseils en direct dans un format qu'ils connaissent bien.

Même si l'AMC a réussi à faire parvenir l'information aux médecins à peu près en temps réel, il était clair que l'infrastructure actuelle ne suffisait pas. L'AMC a dû bricoler un système basé sur des listes d'information et des voies de communication disparates afin de faire parvenir l'information aux médecins. Rien ne garantissait que cette façon de procéder donnerait des résultats et qu'elle le ferait en temps opportun. La chance nous a souri. Nous ne pouvons toutefois continuer de nous fier à elle. Nous devons compter sur une gestion et une planification saines.

Il faut mettre en place le plus rapidement possible une capacité de communication plus solide et plus complète afin de faire parvenir l'information aux médecins. Le système doit garantir que l'information est communiquée de façon à respecter le caractère confidentiel des renseignements et la façon dont les médecins aimeraient recevoir des renseignements dont l'utilité est reliée au facteur temps.

Une des grandes leçons tirées de cette dernière urgence, c'est que les médecins absorbent l'information de façons différentes. Certains aiment recevoir les renseignements par courriel, d'autres, par télécopieur, et d'autres encore, par courrier. Même ceux qui ont le courrier électronique souhaitent recevoir les renseignements d'urgence par un moyen différent.

Une recherche itérative fournira l'information nécessaire pour élaborer une solution qui décrit le mieux possible la façon de travailler des médecins. Il est crucial d'investir dans une infrastructure de gestion des données afin de tenir à jour les renseignements permettant de communiquer avec les médecins (plus de 20 % de changements par année) et d'établir les bons modes de transmission de l'information d'urgence. Sans cet exercice à forte consommation de main-d'œuvre, rien ne garantira que l'on pourra communiquer avec la majorité des médecins.

L'AMC a procédé à une évaluation interne pour déterminer la meilleure façon de mobiliser ses propres capacités de communication et celles de ses 12 divisions. Elle a calculé qu'avec un investissement ponctuel de 250 000 \$, qui servira à la recherche, à la mise au point et à la mise en œuvre de systèmes internes de TI, et un financement opérationnel continu de 100 000 \$, elle produira une connectivité opportune et garantie avec les médecins. On estime pouvoir construire cette connectivité au cours des 12 prochains mois.

Recommandation Sept

Que le gouvernement fédéral établisse avec l'AMC et le Conseil canadien d'agrément des services de santé un partenariat pour garantir la capacité de communiquer avec les médecins en temps réel en période d'urgence en santé.

Recommandation Huit

Que le gouvernement fédéral investisse dans la communication entre les professionnels du système de santé en finançant immédiatement une connectivité Internet spécialisée pour tous les médecins du Canada.

Conclusion

Le SRAS a tiré le meilleur de l'engagement du Canada envers les Canadiens et vice-versa. Il a aussi braqué des projecteurs brillants et parfois aveuglants sur la capacité du système de santé du Canada de répondre à une crise, qu'il s'agisse d'une maladie émergente, 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 réagir rapidement pour bâtir l'infrastructure d'un solide de santé publique.

Les régions différentes du pays ont acquis, dans le domaine de la santé publique, des forces particulières sur lesquelles nous pouvons nous appuyer. Un leadership national, un engagement et des ressources doivent permettre aux Canadiens d'avoir un système de santé publique pancanadien qui fonctionne bien. L'AMC est d'avis que le gouvernement fédéral a la responsabilité critique de veiller à ce que l'infrastructure nécessaire à un solide système de santé publique qui desservira à toute la population canadienne soit en place.

Sommaire des recommandations

1. *Que le gouvernement fédéral agisse rapidement pour adopter une Loi canadienne sur les mesures d'urgence en santé qui regrouperait et améliorerait les mesures législatives en vigueur. Cette nouvelle loi 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. *Que le gouvernement injecte sur-le-champ 1,5 milliard de dollars en cinq ans dans le système de santé publique du Canada afin de rebâtir l'infrastructure de la santé publique.*
3. *Que le gouvernement fédéral crée un Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie dirigé par un médecin hygiéniste en chef du Canada, qui sera la principale entité canadienne responsable en matière de santé publique et fonctionnera sans lien de dépendance avec le gouvernement.*
4. *Que le gouvernement fédéral affecte au moins 20 millions de dollars en cinq ans et du financement continu approprié, en sus du financement consacré aux programmes nationaux existants de santé publique, pour la création et le fonctionnement du Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie.*
5. *Que le gouvernement fédéral investisse continuellement 250 000 \$ par année pour établir, en partenariat avec la profession, un Réseau de secours d'urgence constitué de médecins capables de fournir des services de remplacement en période d'urgence en santé.*
6. *Que le gouvernement fédéral fournisse, sous les auspices du Bureau canadien de surveillance et de lutte contre la maladie, du financement pour la formation de médecins bénévoles en enquête sur les éclosions.*
7. *Que le gouvernement fédéral établisse avec l'AMC et le Conseil canadien d'agrément des services de santé un partenariat pour garantir la capacité de communiquer avec les médecins en temps réel en période d'urgence en santé.*
8. *Que le gouvernement fédéral investisse dans la communication entre les professionnels du système de santé en finançant immédiatement une connectivité Internet spécialisée pour tous les médecins du Canada.*

Annexe I

(Ces documents sont disponibles sur le site internet de l'AMC sous la catégorie, Présentations au gouvernement)

Signal d'alerte : Le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique, juin 2003

Documents techniques, 21 juillet 2003

Annexe II

Association médicale mondiale

Diffusions les plus récentes : 15 septembre 2003

On exhorte à agir pour améliorer la réponse aux épidémies sanitaires mondiales

Les médecins de l'Association médicale mondiale ont exhorté l'Organisation mondiale de la santé à améliorer ses protocoles d'intervention d'urgence pour faire face aux épidémies mondiales comme le SRAS.

Réunis à Helsinki dans le cadre de l'Assemblée générale de l'AMM, les délégués de presque 50 pays ont critiqué la façon dont on a fait face à l'épidémie de SRAS plus tôt au cours de l'année, et en particulier le fait que l'OMS n'a pas mobilisé les médecins assez rapidement.

L'Assemblée de l'AMM a demandé à l'OMS de prévoir «la mobilisation et la participation rapides, continues et significatives des milieux médicaux mondiaux et notamment d'amorcer sur-le-champ des pourparlers sur l'établissement de moyens efficaces et en temps réel de diffuser de l'information factuelle et fiable aux travailleurs des premières lignes et sur la mobilisation de fournisseurs fiables de produits et de matériaux nécessaires pour protéger la santé des travailleurs des premières lignes et de leurs patients».

L'AMM a aussi convenu d'élaborer un plan d'alerte aux risques en santé publique qui portera sur les communications, les mesures de prévention à l'intention des médecins et des patients, les pratiques exemplaires de diagnostic et de traitement et des conseils factuels à l'intention des voyageurs.

Le plan doit être élaboré par un groupe de travail dirigé par l'Association médicale canadienne qui, au plus fort de l'épidémie de SRAS au Canada, a réussi à communiquer avec 26 000 médecins par courriel et par Internet. L'AMC a décrit la nouvelle résolution de l'Association médicale mondiale comme «un signal d'alerte lancé au monde».

L'AMM a maintenant invité toutes les associations médicales nationales à mettre en commun les leçons tirées de l'épidémie de SRAS en fournissant des détails sur les mesures prises dans leur pays pour renforcer la capacité de réponse de leur système de santé publique.

Tiré de : http://www.wma.net/e/press/2003_20.htm