

Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse :

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

Examen de mi-parcours - 2011



Page laissée intentionnellement vide

Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse : Examen de mi-parcours

Février 2012

Santé publique
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

RÉSUMÉ

Objet : L'examen de mi-parcours vise à passer en revue ce qui a été réalisé jusqu'ici par rapport au renouvellement du système de santé publique et ce qui reste à faire, et ce faisant, à aider le gouvernement à établir des priorités en vue de l'amélioration future du système.

Contexte : En 2006, les conclusions et les mesures pour le renouvellement du système émanant d'un examen approfondi du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse ont été rendues publiques. Donnant suite aux conclusions stratégiques et structurales, aux conclusions sur la capacité du système et à celles liées aux processus, le rapport intitulé *Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse : Bâtir un système de santé publique pour répondre aux besoins des gens de la Nouvelle-Écosse* (« Rapport sur le renouvellement ») a recommandé 21 mesures pour le renouvellement du système de santé publique de la province. Ces cinq dernières années, des efforts concertés ont été déployés pour renforcer la conception et le fonctionnement de ce système. Le moment est maintenant opportun de faire le point sur les efforts de renouvellement et les priorités, compte tenu i) du fait que le système se trouve au point milieu du calendrier estimatif de mise en œuvre des mesures pour le renouvellement du système recommandées dans le rapport; ii) de la fusion récente des anciens ministères de la Santé et de la Promotion et de la Protection de la santé; et iii) des contraintes budgétaires auxquelles sont assujetties les budgets gouvernementaux.

Approche : La collecte de renseignements en vue du présent examen de mi-parcours a été effectuée au moyen d'une série d'entrevues auprès de 13 informateurs clés et de six groupes de consultation réunissant divers intervenants. Nous avons en plus passé en revue des processus stratégiques et des documents d'étape pertinents. Suivant le modèle adopté pour l'examen initial, un comité consultatif du projet a été établi et deux spécialistes de l'extérieur ont également accepté de livrer une rétroaction sur les constatations de l'examen. Les conclusions préliminaires ont en outre été communiquées et discutées avec une série d'équipes et de personnes clés du système.

Constatations : Une uniformité considérable a été notée parmi les informateurs clés en ce qui a trait aux points qu'ils ont signalés et qui s'inséraient au sein de trois principales catégories.

- Les aspects par rapport auxquels des progrès/succès sont survenus ces cinq dernières années :
 - la pertinence soutenue des mesures pour le renouvellement du système recommandées dans le Rapport sur le renouvellement;
 - les progrès dans la mise en œuvre des mesures pour le renouvellement – en particulier l'établissement à l'échelle provinciale d'une structure consolidée sous une direction unique;
 - l'établissement d'une vision/orientation stratégique en matière de santé publique;
 - le désir d'aller de l'avant et l'état de préparation pertinent.
- Les aspects par rapport auxquels les mesures prévues au cours des cinq prochaines années sont claires et suscitent un consensus :
 - Santé environnementale – La capacité d'exécution des inspections et des enquêtes en matière de santé publique relève de deux ministères non rattachés à la santé. Même si des efforts considérables

ont été déployés pour assurer l'adoption de processus de collaboration, ces efforts se sont avérés inefficaces pour l'implantation d'un programme de santé environnementale complet et intégré. Plusieurs lacunes systémiques marquées subsistent et représentent une vulnérabilité et un risque considérable pour la santé humaine en raison de l'absence d'harmonisation structurale fondamentale des responsabilités et des ressources. Il faut un programme de santé publique environnementale doté d'une capacité exclusive en inspecteurs en santé publique au sein du système de santé pour qu'on puisse remplir les mandats prescrits par la loi.

- Établissement d'un modèle efficient et efficace de santé publique – Vu la taille et la distribution de la population de la Nouvelle-Écosse, l'existence de neuf régies régionales de la santé (RRS) présente une difficulté fondamentale pour la conception du système de santé publique. Le modèle des régions de services partagés n'est pas aimé et est perçu comme un modèle ne pouvant pas fonctionner. Le Rapport sur le renouvellement fait part de la nécessité d'une transition vers un nouveau modèle d'une manière contrôlée. Différentes approches sont en marche de façon indépendante à l'intérieur de la province dans le cadre d'une tendance grandissante vers la « régionalisation » avec l'établissement de postes de direction de la santé publique propres à chaque RRS. Même si une telle tendance a été considérée d'un œil positif par les RRS, nombre de ces responsables ne possèdent pas de formation officielle en santé publique et assument des responsabilités supplémentaires par rapport aux services de santé. Les RRS sont par ailleurs de plus en plus incapables de soutenir individuellement l'expertise plus spécialisée dont ils pouvaient auparavant bénéficier sur une base partagée. La mise au point d'un modèle efficient et efficace pour la santé publique doit tenir compte de la réalité actuelle des restrictions budgétaires, du risque et d'une capacité adéquate de reconnaissance de l'interdépendance des mesures entre les acteurs du système pour l'exécution des fonctions de santé publique. Il faut repenser la façon d'exécuter le travail nécessaire entre les divers secteurs programmatiques de la santé publique pour harmoniser les bonnes compétences avec les bonnes mesures au bon niveau du système. Il faut un processus de collaboration pour obtenir une compréhension mutuelle du travail et des processus cruciaux requis par rapport à chacun des principaux secteurs de responsabilité de la santé publique afin de trouver des façons novatrices et créatives d'assurer l'efficacité et l'efficacé dans le domaine de la santé publique.
- Systèmes de TI de santé publique – Malgré les efforts déterminants consacrés à la planification de la mise en place du système de TI Panorama *Inforoute Santé du Canada*, peu de progrès net a été réalisé dans le déploiement d'outils modernes de gestion de l'information pouvant soutenir les fonctions de santé publique. On continue à tenir les dossiers de vaccination sur des fiches et on n'a pas implanté de système d'information pour la surveillance, les enquêtes et le contrôle des maladies transmissibles. Une telle situation constitue une source importante d'inefficacité et de vulnérabilité. Vu la décision prise de ne pas poursuivre la mise en place de Panorama, il faudra sélectionner un système d'information sur la santé publique de rechange, le financer et soutenir son implantation. Même si les besoins d'information relatifs à la vaccination et à la surveillance des maladies transmissibles constituent les besoins les plus urgents, il faut également se pencher sur les besoins de gestion de l'information des autres secteurs programmatiques de la santé publique.
- Information et surveillance par rapport à la santé publique – L'évaluation et la surveillance de la santé de la population constituent des fonctions de base du système de santé publique ; elles nous

permettent de comprendre la santé de la population et nous éclairent pour l'établissement des priorités, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. La capacité de la Nouvelle-Écosse à cet égard est sous-développée et le Rapport sur le renouvellement envisageait la création d'une capacité centralisée de surveillance/épidémiologique qui servirait les besoins en matière de santé publique à l'échelle provinciale et à l'échelon des RRS. Même si les progrès ont été plus lents qu'anticipé, il faut continuer à investir dans le renforcement de la capacité de surveillance et d'évaluation pour soutenir efficacement la compréhension de la santé publique et les mesures pertinentes à l'échelle provinciale et à l'échelon des RRS.

- Capacité et compétences de l'effectif de santé publique – Le Rapport sur le renouvellement a fait valoir que les efforts déployés en Nouvelle-Écosse dépendront finalement de la mesure dans laquelle nous nous doterons d'un effectif de santé publique suffisant et compétent. Il faut notamment attirer et embaucher des personnes possédant les bonnes connaissances, compétences et attitudes ainsi que soutenir le perfectionnement continu du personnel, un aspect crucial du maintien d'activités efficaces et efficientes. De plus, la réalisation du virage stratégique défini mettant l'accent sur la compréhension et une intervention en amont nécessitera de nouvelles compétences chez le personnel de première ligne et les gestionnaires. Il faut chercher activement à valoriser et à soutenir le perfectionnement du personnel à l'échelle provinciale et à l'échelon des RRS de façon continue.
- Les enjeux complexes suscitant divers points de vue :
 - Fonctionnement en un système unifié – Même si on comprend mieux le concept du fonctionnement en un système unifié, les informateurs clés ont mentionné qu'il subsiste considérablement d'écart et de divergences dans les pratiques à l'échelle de la province, situation qu'accentue la tendance à la régionalisation. Dans le même ordre d'idées, on a réalisé des progrès dans l'établissement de centres de responsabilité au niveau provincial, mais une incertitude subsiste par rapport à leurs rôles et à leurs extrants. Les thèmes communément signalés par les informateurs clés ont de façon générale été la confiance, les rôles et les responsabilités, et la responsabilisation.
 - Équipe de direction du système de santé publique – Même si l'équipe est prête à assurer une direction, certains informateurs clés ont affirmé que l'équipe échoue dans son rôle parce que les principaux enjeux, comme les budgets, la dotation en personnel, la planification et l'évaluation, ne sont pas abordés. Les principaux points décrits par les informateurs clés ont en général été la confiance, le respect, l'ouverture et l'honnêteté.
 - Santé publique et soins primaires – La santé publique est l'un des principaux dispensateurs de certains services de soins primaires. De tels services ne constituent qu'une partie des responsabilités globales de la santé publique. L'orientation stratégique définie prévoit un déplacement du point de mire du travail actuel de la santé publique, axé sur la prestation des services cliniques, vers un accent accru sur l'intervention en amont auprès des populations. Divers points de vue existent au sujet de la façon d'y parvenir. Le processus de planification stratégique précise clairement que la vision de la santé publique prévoit une intervention plus en amont et devrait se concentrer sur la prévention primordiale, tandis que l'intervention des soins primaires est plus concentrée sur la prévention primaire. Pour clarifier le rôle convenant le mieux à chaque partenaire, il faut œuvrer en

collaboration en maintenant le client au centre. Des discussions axées sur l'interface entre les soins primaires et la santé publique par rapport au soutien des jeunes enfants et des familles ont débuté.

- Matérialisation de la vision : de la théorie à la pratique – Un thème constamment évoqué par les informateurs clés a été le fait que le virage stratégique par rapport à l'accent de l'intervention n'a pas encore pénétré les premières lignes du système, et qu'il doit le faire. On peut de plus s'attendre à ce que la poursuite de ce virage s'avère plus difficile qu'au cours des cinq premières années du renouvellement du système.
- Changement structural – Même si la fusion du ministère de la Santé et du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé offre des possibilités à saisir, elle peut également présenter des difficultés. L'implantation d'une organisation provinciale de santé publique consolidée sous une direction unique relevant du sous-ministre constituait un objectif fondamental du Rapport sur le renouvellement, peu importe que la santé publique demeure à l'intérieur du ministère de la Santé ou qu'elle se situe à l'extérieur de celui-ci. Cet objectif demeure valide. Bien qu'il faille assurer une communication et une collaboration entre la santé publique et les composantes pertinentes du Ministère, il faut se montrer prudent quand on songe à consolider la capacité ou des fonctions de la santé publique avec d'autres unités ministérielles. L'expérience passée révèle que de telles mesures ont habituellement pour effet net de détourner ces ressources des responsabilités de la santé publique.

Analyse : L'examen des progrès réalisés en vue de la réalisation des mesures pour le renouvellement du système préconisées dans le Rapport sur le renouvellement est opportunément effectué au moment où l'on a atteint le point milieu du calendrier estimatif original afin que nous puissions faire le point sur ce qui a été réalisé et sur ce qui reste à faire. Le contexte a lui aussi changé par suite de la fusion récente des anciens ministère de la Santé et ministère de la Promotion et de la Protection de la santé, ainsi que de l'intensification des pressions financières auxquelles sont soumis les budgets gouvernementaux.

Comme on peut le prévoir à l'occasion d'un examen de mi-parcours, la mise en œuvre des mesures pour le renouvellement prévues dans le Rapport sur le renouvellement a été réalisée en partie et se poursuit. Les informateurs clés sont unanimes à reconnaître que les mesures pour le renouvellement demeurent valides. Des progrès ont été réalisés dans un certain nombre de domaines, en particulier par rapport aux points de nature structurale et stratégique. Il faut préserver ces succès, qui sont importants parce qu'ils nous munissent d'un fondement pour nous attaquer à des points plus difficiles. La fusion ministérielle ne modifie pas les mesures pour le renouvellement du système, car celles-ci avaient été formulées en vue de la possibilité que la santé publique demeure au sein du ministère de la Santé ou qu'un ministère distinct soit établi.

Il est important de rappeler qu'un facteur clé de l'exécution de l'examen initial avait été l'inquiétude qu'avait suscitée le SRAS au sujet de la capacité de la santé publique à faire face à une urgence importante en matière de santé publique, à pouvoir intervenir vis-à-vis de menaces clés pour la santé des Néo-Écossais, et à contribuer à la durabilité du système de soins de santé. L'évaluation franche faite au moment du Rapport sur le renouvellement a signalé que la Nouvelle-Écosse accusait des déficits considérables par rapport à la conception et au fonctionnement de la santé publique qui ne seraient pas de bon augure si le système se trouvait confronté à un événement d'importance majeure. De plus, la fragmentation, l'absence de clarté des rôles et la pénurie de

ressources limiteraient également notre capacité de soutenir et de protéger efficacement la santé des Néo-Écossais.

Même si des améliorations sont survenues, nombre d'aspects fondamentaux n'ont bénéficié que de peu de progrès, si ce n'est d'aucun progrès du tout. Le Rapport sur le renouvellement original avait signalé que l'ensemble des 21 mesures pour le renouvellement du système devaient être mises en branle, qu'elles sont toutes interreliées, qu'aucune ne peut être isolée des autres et qu'aucune sélection partielle particulière n'est possible pour leur mise en œuvre. Les progrès réalisés jusqu'ici ne font qu'atténuer dans une certaine mesure les déficits du système définis dans le Rapport sur le renouvellement. Des lacunes subsistent à plusieurs égards :

- l'absence d'un programme de santé environnementale complet prévoyant des inspections régulières et des inspections axées sur les problèmes opportunes et compétentes (mesure n° 6);
- l'absence d'un modèle de système efficient et efficace liant l'échelon des RRS et l'échelon provincial, intensifiée par des changements structuraux unilatéraux au sein des RRS et une diminution de l'expertise locale (mesure n° 5);
- l'absence de systèmes d'information modernes soutenant les responsabilités en matière de santé publique – les priorités les plus urgentes comprennent la surveillance des maladies transmissibles, les enquêtes pertinentes et leur contrôle, ainsi qu'un registre de vaccination (mesure n° 10);
- le développement lent de la capacité en fait de main-d'œuvre d'évaluation et de surveillance de la santé publique (mesure n° 8);
- la nécessité d'un soutien actif du perfectionnement de la main-d'œuvre à l'échelle du système (mesures n°s 17, 18 et 19).

Les rapports du vérificateur général de 2008 et de 2009 ainsi que les *Leçons à retenir de la grippe H1N1* (2010) illustrent la nécessité d'un renforcement dans ces domaines, mais également des lacunes qui persistent. La mise en place d'une structure consolidée à l'échelle provinciale nous dotant d'une direction unique, de visibilité et de responsabilisation a nettement constitué une amélioration, tout comme le renforcement des relations partout au sein du système. Cependant, l'absence de système d'information moderne en matière de santé publique a gêné la fonction d'évaluation et de surveillance requise pour la fourniture d'une analyse opportune de ce qui se passait aux fins de prises de décisions éclairées. Il faudrait également faire observer que le principal défi qui s'est posé face à la grippe A (H1N1), en tant que situation touchant la santé publique, a consisté à gérer l'exécution d'une initiative de vaccination de masse, en particulier en l'absence de registre de vaccination. La grippe A (H1N1) n'a toutefois pas constitué un scénario dans lequel la santé publique devait détecter une épidémie, enquêter sur une épidémie, repérer des cas et leurs contacts, et mettre en branle des mesures de contrôle à une vaste échelle. Une urgence de ce genre exposerait probablement de façon plus poussée les lacunes existantes des systèmes d'information, la diminution de l'expertise au sein des RRS, les difficultés liées à la clarté des rôles, l'absence de programme de santé environnementale de la santé publique, et les limites de la capacité épidémiologique existante.

Plusieurs de ces problèmes existent depuis longtemps, ce qui peut encourager une certaine complaisance au sujet de leur incidence. Ces lacunes ont des répercussions claires sur l'efficacité et l'efficacé de la santé publique et constituent des sources importantes de vulnérabilité. Même si de meilleures structures et processus représentaient des éléments clés des mesures pour le renouvellement du système du Rapport sur le renouvellement, le défi sous-jacent était l'absence de capacité du système. Cette absence de capacité subsiste.

Les problèmes sont complexes et les solutions sont complexes. Leur nature nécessite un soutien et, dans certains cas, une direction à l'échelle du système des soins de santé élargi. Les mesures nécessaires pour corriger les lacunes définies ne sont pas des mesures discontinues ni séquentielles, mais elles nécessitent une approche stratégique, un engagement poussé conjointement avec d'autres ministères/secteurs, les régies régionales de la santé et d'autres. Elles nécessiteront en plus un investissement, un soutien et de la ténacité. Le présent examen clarifie les mesures prioritaires requises pour soutenir le cycle de planification opérationnelle.

Le Rapport sur le renouvellement avait estimé que seulement 1,2 % du budget des services de santé du gouvernement était consacré à la santé publique. L'objectif défini était de doubler ce montant au cours de la décennie qui suivrait et le tiers du financement supplémentaire devait être investi au cours des premières années. Ces dernières années, le financement s'est stabilisé et a en fait été réduit, de sorte qu'en 2010-2011, le financement de la santé publique représente 1,5 % de l'ensemble du budget des services de santé. S'il vaut mieux prévenir que guérir ou, comme le dit le dicton anglais, « si une once de prévention vaut une livre de guérison », la Nouvelle-Écosse investit actuellement moins du quart d'une once.ⁱ

Il est évident qu'il existe des problèmes liés aux structures et aux processus qu'il faut résoudre pour implanter un modèle de santé publique plus efficient et plus efficace. Ces types de problèmes peuvent être résolus au sein du système de santé publique, avec l'orientation, l'autorité et le soutien des hauts dirigeants du système de santé. Plusieurs problèmes ne peuvent toutefois pas être résolus uniquement au sein de la sphère d'influence de la santé publique. La sélection et la mise en place des systèmes d'information constitue un problème à l'échelle du système de santé par rapport auquel le système de santé dans son ensemble doit définir le système d'information sur la vaccination et les maladies transmissibles de la santé publique comme une priorité, puis fournir un financement en conséquence. Dans le même ordre d'idées, il faut enfin corriger les lacunes qui perdurent par rapport à la santé environnementale. Et dans la même veine, il faut rectifier notre capacité limitée d'analyse des données pour pouvoir établir des priorités et prendre des mesures de façon éclairée. Tous ces points nécessiteront un certain investissement et une direction à la tête du système pour qu'on puisse les résoudre.

Une observation clé du rapport ultérieur au SRAS du D^r David Naylor signalait « qu'il y avait beaucoup de leçons à tirer de l'épidémie du SRAS au Canada – en grande partie parce que beaucoup de leçons antérieures avaient été ignorées ». La santé publique en Nouvelle-Écosse continue à présenter des vulnérabilités marquées qui entraînent des pratiques inefficaces et des lacunes. De plus, sans résolution adéquate avant qu'une situation surgisse, un événement important finira par exposer ces lacunes et aura probablement des résultats négatifs marqués.

ⁱ Une once équivaut à 6,25 % d'une livre, et $1,5 \% / 6,25 \% = 24 \%$.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	v
Introduction.....	1
Approche.....	1
Constatations.....	2
Aspects par rapport auxquels des progrès ou succès sont survenus	2
Mesures claires suscitant un consensus	5
Enjeux complexes suscitant divers points de vue	16
Analyse	23
Annexe 1 – Sommaire des mesures pour le renouvellement du système (2006).....	26
Annexe 2 – Comité consultatif du projet et comité externe d’experts.....	30
Annexe 3 – Compte rendu sur les mesures et les progrès réalisés par rapport aux mesures pour le renouvellement du système préconisées dans l’examen de la santé publique (septembre 2011).....	31

Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse – Examen de mi-parcours

INTRODUCTION

En 2006, les conclusions et les mesures pour le renouvellement du système émanant d'un examen détaillé du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse ont été rendues publiques. Donnant suite aux conclusions stratégiques et structurales, aux conclusions sur la capacité du système et à celles liées aux processus, le rapport intitulé *Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse : Bâtir un système de santé publique pour répondre aux besoins des gens de la Nouvelle-Écosse* (« Rapport sur le renouvellement ») a recommandé 21 mesures pour le renouvellement du système de santé publique de la province (voir l'annexe 1).

Ces cinq dernières années, des efforts concertés ont été déployés pour renforcer la conception et le fonctionnement du système de santé publique de la province. Étant donné que la mise en œuvre des améliorations escomptées au système devait prendre de sept à dix ans, l'actuel point milieu est un moment opportun pour faire le point au sujet des efforts de renouvellement de la province, en particulier compte tenu de la fusion récente des anciens ministères de la Santé et de la Promotion et de la Protection de la santé, ainsi que des contraintes budgétaires auxquelles sont assujettis les budgets gouvernementaux. Le présent examen de mi-parcours vise dans l'ensemble à effectuer un survol de ce qui a été réalisé et de ce qui reste à faire, et ce faisant, à aider à l'établissement des priorités pour l'amélioration future du système.

APPROCHE

Nous avons recueilli les renseignements nécessaires au présent examen de mi-parcours au moyen d'une série d'entrevues auprès de 13 informateurs clés et de six groupes de consultation réunissant divers intervenants, dont le directeur général (DG) des régions régionales de santé (RRS), des vice-présidents (VP) à la santé communautaire des RRS, le médecin hygiéniste en chef, des médecins hygiénistes (MH) et des directeurs de la santé publique des RRS, des gestionnaires de la santé publique, des membres du personnel de la santé publique, des directeurs des soins primaires et des directeurs des ministères de l'Agriculture et de l'Environnement. Nous avons en plus pris connaissance de documents stratégiques et de documents sur les progrès réalisés pertinents, notamment les rapports du vérificateur général, le rapport sur les leçons tirées de la grippe A (H1N1) par le système de santé de la Nouvelle-Écosse et d'autres documents stratégiques préparés depuis que le Rapport sur le renouvellement original a été rendu public.

Suivant le modèle adopté pour le rapport original, un comité consultatif du projet comprenant le maximum de membres du comité original possible a été établi. Deux des trois spécialistes de l'extérieur originaux ont également accepté de fournir une rétroaction sur les constatations de

l'examen. L'annexe 2 fournit une liste des membres du comité consultatif et du comité externe d'experts.

En plus de communiquer les conclusions préliminaires au comité consultatif du projet et aux experts de l'extérieur et d'en discuter avec eux, nous avons présenté une série d'exposés à des groupes clés pour faire part des commentaires obtenus et en obtenir une validation, notamment auprès :

- des DG des régions régionales de la santé;
- des VP de la santé communautaire des régions régionales de la santé;
- de l'équipe de direction du système de santé publique;
- des chefs de la TI, des programmes, des normes et de la qualité du ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME);
- du sous-ministre délégué du MSME (SMD).

CONSTATATIONS

Une uniformité considérable a été relevée parmi les informateurs clés en ce qui a trait aux points qu'ils ont signalés. Les principaux thèmes sont résumés et seront présentés en trois groupes :

- les aspects par rapport auxquels des progrès/succès sont survenus;
- les aspects par rapport auxquels les mesures prévues sont claires et suscitent un consensus;
- les enjeux complexes suscitant divers points de vue.

Des citations représentatives des commentaires des informateurs clés sont fournies dans les encadrés à l'intérieur de la présente section.

Aspects par rapport auxquels des progrès ou succès sont survenus

On a de façon générale senti un élan se manifester et obtenu un succès clair par rapport à certains aspects.

« Lorsque nous examinons l'ensemble du tableau, nous constatons que nous avons beaucoup progressé. »

« Une harmonisation considérable au sein de la santé publique. Nous n'avions pas cela il y a deux ans. »

« On a sorti le travail de la santé publique de l'ombre et précisé ce qu'il faut faire. »

Pertinence soutenue des mesures pour le renouvellement du système recommandées dans le Rapport sur le renouvellement

Les informateurs clés ont constamment mentionné que l'ensemble des mesures pour le renouvellement du système définies dans le Rapport sur le renouvellement sont demeurées hautement pertinentes pour le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse. Il faut maintenir les succès obtenus jusqu'à présent et poursuivre la mise en œuvre des points qui restent. Aucune mesure supplémentaire n'a été recommandée et l'élimination d'aucune mesure n'a non plus été recommandée.

Progrès dans la mise en œuvre des mesures pour le renouvellement du système

De façon générale, on a constaté des progrès clairs dans la réalisation ou l'exécution de plusieurs des mesures pour le renouvellement du système préconisées dans le Rapport sur le renouvellement. L'annexe 3 résume l'état de chaque mesure pour le renouvellement. De nombreux informateurs clés estimaient que les relations entre les acteurs du système se sont améliorées dans de nombreux cas et qu'il semble exister une meilleure compréhension, à tout le moins, du fonctionnement en un système unifié. On a observé, en particulier au cours des premières années, une augmentation du financement du système représentant environ le tiers du montant global défini (n° 16).

Améliorations structurales

Plusieurs des mesures pour le renouvellement du système préconisées par le Rapport sur le renouvellement visaient la réalisation d'améliorations structurales cruciales du système et un suivi à cet égard a été assuré au cours des premières étapes de la mise en œuvre suivant la publication du Rapport sur le renouvellement. Ces mesures ont inclus l'établissement d'une organisation intégrée de santé publique à l'échelle provinciale (n° 3) relevant d'un poste de direction provincial unique (n° 2).

« *Le MHC a bénéficié de visibilité pendant l'épisode de la grippe A (H1N1). Son rôle de dirigeant permet de rendre visible la santé publique.* »

On a de plus veillé à clarifier davantage les fonctions du laboratoire provincial de santé publique et à améliorer la responsabilisation à cet égard (n° 13).

« *La création du laboratoire de santé publique – la présence d'un laboratoire avec lequel nous avons des liens et des rapports solides a constitué un mince investissement pour l'obtention d'un rendement énorme.* »

Vision/orientation stratégique de la santé publique

La formulation d'une vision collective pour le système de santé publique (n° 1) pouvant nous guider a fait l'objet d'efforts de planification stratégique récents. Il a été largement reconnu que

l'initiative de planification stratégique avait procuré une orientation claire, correcte et bien définie. L'énoncé de l'objectif stipule :

Le système de santé publique collabore avec les autres pour comprendre la santé de nos communautés et travaille en collaboration pour améliorer la santé.

Outre la formulation d'un énoncé de l'objectif sur lequel on s'est entendu, la planification stratégique a également mis en relief le leadership assuré par rapport aux enjeux de la justice sociale et des déterminants de la santé.ⁱⁱ

Même si certains informateurs clés ont admis avoir éprouvé une certaine frustration au sujet du processus utilisé, les mêmes informateurs ont reconnu qu'on n'aurait probablement pas obtenu le résultat fructueux atteint autrement.

« Les visions sont généralement créées et formulées par une poignée de personnes. Nous avons ici une situation différente. Nous avons une vision riche et solide. Le chemin a été long, mais le produit obtenu est superbe. La vision est claire et tous y souscrivent. »

« Les orientations claires des partenaires de la collectivité nous ont fourni une motivation différente pour progresser d'une façon différente. »

Le travail réalisé en 2011 a par ailleurs entraîné l'établissement d'un ensemble de normes de santé publique applicables à l'échelle provinciale et à l'échelon des RRS (n° 11). La planification a également commencé à définir un cadre législatif de la santé publique détaillé (n° 14).

Désir d'aller de l'avant et état de préparation pertinent

Nombre d'informateurs clés ont fait part de leur état de préparation et désir d'aller de l'avant pour s'attaquer aux problèmes qui subsistent toujours.

ⁱⁱ De plus amples détails sont fournis dans les publications ministérielles : *Les six enjeux : La voie de l'avenir – Un engagement pour le futur de la santé publique (2010)* et *Parcours du renouvellement (2010)*.

« Nous pouvons le faire. Nous avons seulement besoin de prendre la ** et d'agir »

« Nous nous sommes déjà renouvelés; il est donc maintenant temps « d'agir. »

Mesures claires suscitant un consensus

Santé environnementale

La santé environnementale est une responsabilité de base de la santé publique. En 1994, la totalité de la capacité en inspecteurs en santé publique (ISP) au sein du ministère de la Santé a été transférée au ministère de l'Environnement. Cette capacité a subséquemment été fractionnée lorsqu'une équipe d'inspection se concentrant sur la salubrité de la nourriture a été transférée au ministère de l'Agriculture et des Pêches.

Des préoccupations considérables ont été exprimées au cours de l'examen initial au sujet de la fragmentation des responsabilités et des ressources parmi les trois ministères. Les inspecteurs d'Agriculture et Pêches sont devenus un « groupe cloisonné » rattaché à la salubrité de la nourriture qui se préoccupe peu, sinon aucunement, des autres questions. Les inspecteurs qui restent au ministère de l'Environnement n'effectuent désormais plus d'inspections de santé publique courantes et sont seulement disponibles sur demande expresse ou lorsque des plaintes surgissent. En conséquence, même si les médecins hygiénistes (MH) assument la responsabilité de la protection de la santé en vertu de la loi, ils s'appuient totalement sur le personnel de ministères non liés à la santé pour les enquêtes sur les plaintes et l'exécution des inspections courantes, dont la portée a été limitée à la détection, aux enquêtes et à la gestion des risques pour la santé du public.

Les sous-ministres ont reconnu l'absence d'harmonisation entre les responsabilités et les ressources, mais n'ont montré aucun intérêt à rechercher des solutions structurales au moment de l'examen. La mesure pour le renouvellement n° 6 faisait part de l'entente intervenue entre les trois sous-ministres sur le fait qu'ils réaliseraient collectivement une analyse plus poussée et élaboreraient un plan de mise en œuvre visant à définir la distribution optimale des responsabilités et des ressources nécessaires pour se pencher sur tout l'éventail des problèmes liés à la santé publique et les programmes correspondants devant être fournis.

Malgré les efforts considérables déployés pour recueillir de l'information et établir des liens, aucun progrès n'a été réalisé et les informateurs clés sont unanimes à mentionner que la santé environnementale demeure un domaine qui ne fonctionne pas et qu'il faut rectifier. Il n'existe aucun programme de santé environnementale global et les inspections régulières se limitent aux établissements d'alimentation et à certains milieux. L'effectif d'ISP qui reste au sein du

ministère de l'Environnement continue à diminuer et son expérience pratique de la santé publique, à s'amenuiser encore davantage, de sorte que même l'organisation d'enquêtes de santé publique de base, comme les enquêtes sur l'exposition des enfants au plomb, la réalisation d'inspections des piscines ou les enquêtes sur les sources possibles d'exposition publique à la *Legionella* (cause de la maladie du légionnaire), présente des difficultés. Les ISP engagés dans le domaine de la salubrité alimentaire demeurent concentrés uniquement sur ce domaine.

« Nous avons essayé de concentrer tous nos efforts sur les relations et nous nous avons finalement constaté que nous ne pourrions pas progresser avant d'avoir rectifié la structure. »

« Nous devons cesser d'essayer d'établir des relations, reprendre en main l'inspection de la santé publique et nous doter de notre propre capacité. »

« Il manque une discipline complète – l'inspection de la santé publique – pour que les médecins hygiénistes puissent exécuter le travail requis en matière de santé publique. »

« Les gens ne savent même plus ce que font les inspecteurs en santé publique et les inspecteurs ne comprennent pas ce qu'est le rôle du système élargi de la santé publique. »

« À un moment donné, nous serons obligés de mener une enquête. »

La division existante de l'attention consacrée essentiellement à la nourriture (Agriculture) et à l'eau (Environnement) pose un problème, car i) il existe d'autres milieux où peuvent exister des risques pour la santé du public (p. ex. les établissements de services personnels comme les salons de tatouage, ainsi que les piscines publiques); ii) l'attente de plaintes du public ou d'incidents ne contribue pas à la prévention des risques pour le public; et iii) la santé publique peut être confrontée à des scénarios où l'on ignore la source d'un danger et où une enquête s'avère nécessaire. Par exemple, des groupes de cas humains de maladies entériques (p. ex. colibacille, salmonelle, campylobactérie, etc.) dont la source est indéterminée et doit être identifiée rapidement peuvent être signalés à la santé publique. La mise en branle d'enquêtes de cette nature s'est toutefois avérée infiniment problématique. Les inspecteurs en santé publique feront seulement enquête si une source de nourriture est en cause. Dans de tels types de scénarios, on pourrait toutefois l'ignorer jusqu'à la réalisation d'une enquête. Les inspecteurs d'Environnement assument de nombreuses autres fonctions et leur participation aux problèmes de santé publique est tellement peu fréquente que leurs connaissances, leurs compétences et leur expérience en matière d'inspections/d'enquêtes deviennent de plus en plus périmées. Le personnel de la santé publique se retrouve en conséquence dans la position intenable d'avoir à enquêter sur le risque pour le public et de demander l'aide d'autres ministères ayant des points de mire et des priorités différents pour assumer des responsabilités qui ailleurs au Canada constituent des responsabilités courantes de la santé publique.

Une autre préoccupation est le fait que l'absence de participation directe des ISP au stade initial des enquêtes sur les cas de maladies entériques peut causer des problèmes. L'absence de participation aux enquêtes du personnel possédant la formation et la compréhension la plus poussée des sources possibles d'exposition à ces maladies pourrait conduire à une détection moins efficace et efficiente. Par contraste, dans nombre d'autres provinces et États, les ISP participent activement aux enquêtes sur les cas humains de maladies entériques. Ce genre d'intégration du travail des équipes de contrôle des maladies transmissibles de la santé publique n'est pas possible au sein de l'ensemble actuel de structures et de capacités fragmentées.

Les difficultés que connaît le personnel de la santé publique pour intervenir face aux problèmes de santé environnementale sont actuellement gérées au sein du système de santé publique. Les entrevues d'informateurs clés auprès de DG des RRS et de VP de la santé communautaire ont révélé qu'ils ne sont pas conscients de l'existence et de l'ampleur de ces difficultés ni d'incidents particuliers survenus au sein de leur circonscription. Ils se sont montrés intéressés à être tenus au courant de telles situations et on est en train de prendre des mesures à cet égard. L'intérêt des RRS est hautement opportun, car il existe une multitude de scénarios dans lesquels la RRS sera l'organe de premier plan ou central appelé à intervenir face à l'aspect de la santé d'une situation environnementale.

Les constatations du présent examen de mi-parcours servent uniquement à renforcer l'évaluation de l'examen initial ayant signalé que selon le point de vue du respect des responsabilités conférées par la loi en matière de santé publique et de protection du public, la décision initiale de muter les ISP à l'extérieur du ministère de la Santé était contre-indiquée. Le transfert a créé une lacune de conception structurale ne pouvant être résolue par l'établissement de relations et de protocoles d'attente (PE). Un observateur a fait remarquer au cours d'un récent processus de consultation/renouvellement de la santé environnementale,

« Une situation environnementale sérieuse surgira à un moment donné et l'inefficacité du programme de santé environnementale sera mis au jour. Les accusations et les injures constitueront notre réponse sur le plan de la santé environnementale. »

Même si on a déployé des efforts considérables pour chercher à établir des processus de collaboration, ceux-ci se sont avérés inefficaces. Il faut un programme environnemental de santé publique doté d'une capacité exclusive en inspecteurs en santé publique au sein du système de santé pour que nous puissions assumer les mandats que nous confère la loi. En théorie, il existe encore un certain nombre d'ISP au sein du ministère de l'Environnement, mais ils ont été rapidement été détournés vers d'autres fonctions après le transfert survenu il y a près de 20 ans et ils ne participent pas activement aux fonctions de santé publique depuis lors. Il faudra réinvestir dans l'établissement de postes d'ISP au sein du portefeuille de la santé publique pour réaliser les attentes d'un programme de santé publique environnementale et remplir le mandat que la loi confère au ministère de la Santé et du Mieux-être. Les activités assurées devraient englober les inspections courantes (p. ex. fournisseurs de services personnels, piscines), l'intégration avec les

activités de surveillance des maladies transmissibles (c.-à-d. enquêtes sur les cas de maladies entériques) et les enquêtes sur les dangers/risques possibles pour la santé du public.

Sur le plan de la mise en œuvre, même s'il faudrait assurer une répartition géographique des ISP, il faudra tenir attentivement compte des relations avec les employeurs et des liens hiérarchiques. Compte tenu de l'existence de neuf RRS, il est peu probable que les inspecteurs soient répartis entre les diverses régions et que leur travail se limite à une région particulière. Il faudra regrouper la capacité en inspecteurs en santé publique au sein d'un organe central ou avoir recours à un modèle quelconque de combinaison de RRS encore indéterminé. En conséquence, l'attribution des nouvelles ressources en ISP est liée au dossier élargi de la mise sur pied d'un modèle efficace et efficient de santé publique, qui doit s'attaquer à des questions similaires touchant plusieurs programmes de santé publique. Ce point est traité plus en détail ci-dessous. Le rétablissement de la capacité en ISP au sein du portefeuille de la santé publique devrait également susciter un réexamen des rôles et des responsabilités des trois ministères en matière de santé mentale.

Établissement d'un modèle efficient et efficace de santé publique

Vu la taille et la distribution de la population de la Nouvelle-Écosse, l'existence de neuf RRS présente un défi fondamental pour la conception du système de santé publique. En général, la taille minimale de la population d'une « unité de santé publique » pour le soutien d'une masse critique d'expertise et de capacité est de 250 000 résidents. Même si le reste du système de santé doit faire face à des problèmes semblables pour soutenir une efficacité et une efficacité optimales, les fonctions de la santé publique présentent des besoins de conception uniques nécessitant des solutions individualisées.

Le modèle des régions de services partagés (RSP) a été l'approche initiale utilisée à la suite de la création des neuf régions régionales de la santé. De nombreuses régions de la province n'aiment pas ce modèle qui est perçu comme un modèle qui ne fonctionne pas. Le Rapport sur le renouvellement a considéré diverses options pour tenter de résoudre le défi fondamental que posent les neuf RRS. Il a décrit, selon le point de vue de la santé publique, la possibilité que la Nouvelle-Écosse soit considérée comme une région unique dotée de toute une série de régions de la santé auxquelles sont dévolus des pouvoirs maintenant une forte intégration verticale avec l'échelon provincial, car une expertise plus spécialisée doit être conservée centralement.

La mesure pour le renouvellement n° 5 recommande par ailleurs « une transition du système de santé publique sous-provincial de façon contrôlée du modèle de la région de services partagés actuel vers un modèle situé à l'intérieur des régions régionales de la santé ». Sept points centrés ont été inclus dans cette mesure pour le renouvellement, notamment la nécessité de rôles, de responsabilités et d'une responsabilisation claire, ainsi que de directeurs de la santé publique dotés de compétences fortement poussées en matière de santé publique, qui pourraient assumer un leadership auprès de leurs équipes de santé publique et fournir une analyse au niveau de la

population et des conseils aux dirigeants supérieurs et aux conseils des régies régionales de la santé.

Depuis lors, un éventail très variable d'approches ont évolué indépendamment à l'intérieur de la province et ont eu pour résultat net d'accroître la régionalisation, sans toutefois aborder toute la série des facteurs cruciaux de succès. Les RRS créent de plus en plus de postes de direction en santé publique propres à leur région, mesure vue d'un œil positif par les directions des RRS. Les RRS n'ont toutefois pas été capables de recruter ou ne possèdent pas les ressources requises pour embaucher des directeurs de la santé publique autonomes possédant une formation en santé publique. Ces directeurs assument par ailleurs de plus en plus des responsabilités par rapport aux soins primaires. Une telle démarche pourrait faciliter l'intégration entre la santé publique et les soins primaires, mais elle est moins susceptible de soutenir l'approche accrue d'intervention en amont définie dans l'orientation stratégique relative à la santé publique. Il est également moins probable que ces directeurs soient en mesure de fournir la direction nécessaire à leurs équipes de santé publique et de fournir une analyse au niveau de la population et des conseils aux dirigeants supérieurs et aux conseils des régies régionales de la santé.

La tendance grandissante à la régionalisation présente également un problème par rapport au soutien de l'expertise sur le contenu. Les RRS sont de plus en plus incapables de soutenir leurs propres gestionnaires/coordonnateurs des maladies transmissibles; certains informateurs clés avancent que ces postes devraient être relevés à l'échelon provincial. La façon dont on réaliserait le travail relatif aux maladies transmissibles et assurerait une coordination à l'échelle locale si on mettait en œuvre une telle proposition demeure toutefois vague; lorsque les informateurs clés ont été questionnés à ce sujet, ils n'avaient clairement pas réfléchi encore à toutes les complexités et interdépendances de ce secteur de programme. Même si on commence à reconnaître les répercussions éventuelles de la régionalisation sur le soutien de l'expertise pour la prévention et la surveillance des maladies transmissibles à l'intérieur des RRS, le même problème s'applique aux autres principaux secteurs de contenu de la pratique de la santé publique (c.-à-d. l'évaluation/la surveillance, la santé environnementale, la gestion des urgences, le développement sain, les communautés en bonne santé).

« Au fur et à mesure que nous nous écartons d'un modèle de services partagés, notre capacité de maintenir cette lancée (celle de l'accent sur les services de traitement) diminue, car notre voix s'amenuise sans cesse. »

« Nous sommes en train d'embaucher à des postes clés des personnes sans expérience en matière de santé publique. »

« La santé publique à l'échelon des RRS ne possède pas la capacité d'assurer le contrôle des maladies transmissibles (CMT) – et on ne peut pas s'en étonner. »

« Nous possédons ensemble les compétences nécessaires pour soutenir trois RRS. »

« Si vous avez de petits volumes de quoi que ce soit de compliqué – centralisez les choses. »

« Nous ne sommes pas les experts que nous pensions être (en matière de CMT). Nous devons désormais, en tant que RRS, nous adresser à d'autres. »

La mise au point d'un modèle efficient et efficace de conception de la santé publique doit tenir compte des réalités actuelles de restrictions budgétaires, du risque et d'une capacité adéquate. Elle oblige un réexamen du mode d'exécution du travail nécessaire parmi les divers secteurs programmatiques de la santé publique pour une harmonisation des bonnes compétences avec les bonnes mesures au bon niveau du système. Il ne suffit pas de décider s'il y a lieu d'accéder à l'expertise, de façon ponctuelle, d'une autre RRS ou de simplement fournir une expertise au niveau provincial. Même si le principal point de mire des changements réalisés jusqu'à présent a été le désir de la dotation de chaque RRS d'une direction de la santé publique, toute une série d'autres facteurs doivent être considérés (p. ex. la façon de soutenir une masse critique; le soutien des activités le plus près possible du terrain; l'importance des liens locaux; l'harmonisation des ressources avec la responsabilisation; etc.).

Une autre question, tout de même importante, est que l'équilibre préféré entre les approches d'une RRS, de plusieurs RRS et de la centralisation peut différer pour différentes « activités » de santé publique (p. ex. la surveillance par opposition à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles, à la santé environnementale, au développement sain et aux communautés en bonne santé). Il faut comprendre clairement le travail ou le secteur d'activité de chacun de ces domaines pour découvrir le modèle optimal. En d'autres termes, « l'essentiel réside dans les détails » et les décisions relatives au système et à la conception organisationnelle devraient s'appuyer sur le travail à accomplir (c.-à-d. que la forme vient après la fonction).

Dans l'ensemble, il faut une certaine ouverture pour s'engager dans un processus de recherche d'une compréhension mutuelle du travail et des processus cruciaux nécessaires et pour trouver des façons innovatrices et créatives d'assurer une efficacité et une efficacie dans le domaine de la santé publique. L'énoncé de la mesure du Rapport sur le renouvellement préconisant une

transition vers une nouvelle structure et des processus connexes d'une façon contrôlée et bien réfléchi est toujours vrai et doit rapidement faire l'objet d'un suivi. La détermination des responsabilités de chacun dans le contexte d'une approche systémique globale semble une prochaine étape naturelle après l'établissement de nouvelles normes de santé publique. Pour ce qui est des mécanismes possibles, une option consisterait à inclure la santé publique dans l'initiative actuelle mettant à contribution les vice-présidents aux soins aigus, aux services communautaires et à la médecine, ou on pourrait établir un processus parallèle.

Systèmes de TI de santé publique

Des progrès ont été réalisés dans la mise en place d'outils de gestion de l'information modernes pour soutenir les fonctions de la santé publique. Malgré l'ampleur des investissements réalisés dans la fourniture d'une immunisation, la complexité grandissante des calendriers de vaccination et la réapparition d'épidémies de maladies évitables par vaccin en Nouvelle-Écosse, au Canada et dans d'autres parties du monde, on continue à tenir les dossiers de vaccination sous une forme écrite manuelle (c.-à-d. des fiches). Une telle façon de procéder crée une inefficience dans la prestation de services de qualité au public, dans la détermination des taux de couverture et des lacunes dans la couverture assurée, ainsi que dans la mise en œuvre opportune des efforts de contrôle lorsque surgissent des cas de maladies pouvant être prévenus par la vaccination.

La capacité de gestion de l'information a une importance cruciale pour la surveillance et la détection des poussées de maladies transmissibles et pour une gestion éclairée des enquêtes sur ces poussées et leur contrôle. Les populations sont de plus en plus mobiles, ce qui crée des possibilités d'exposition et de transmission de maladies et la nécessité du renouvellement de vaccinations antérieures. De plus, compte tenu de la présence envahissante de la gestion de l'information moderne partout au sein de la société, le public a des attentes correspondantes quant à la capacité de détection et d'intervention efficace face aux risques pour le public.

L'épidémie du SRAS a illustré les dangers associés à une gestion médiocre de l'information, qui a miné les décisions par rapport au contrôle ainsi que la communication avec le public. Même si l'Ontario était dotée d'un système d'information sur les maladies transmissibles à l'époque du SRAS, le système était vétuste et il a rapidement été dépassé, de sorte que la Santé publique de Toronto a dû recourir à l'utilisation d'un tableur Excel créé à brûle-pourpoint pour essayer de gérer l'information sur les cas et les contacts. À l'opposé, la mise en œuvre d'un système d'information amélioré après le SRAS a permis la détection de la poussée de listériose en Ontario parce qu'une analyse rapide des comptes rendus sur les maladies transmissibles à l'intérieur de la province avait révélé une hausse possible du nombre de cas qui aurait pu ne pas avoir été décelée au sein d'unités locales individuelles de santé publique.

Les préoccupations au sujet de l'absence de système d'information adéquat de santé publique pouvant soutenir les fonctions de surveillance et de contrôle des maladies avaient été signalées dans le rapport du vérificateur général de 2008. Malgré la nécessité claire et pressante de systèmes d'information à l'appui de ces secteurs d'activité de base de la santé publique, la

Nouvelle-Écosse continue à être privée d'un système d'information moderne pour tous ses besoins. Cette situation représente une source sérieuse d'inefficacité et de vulnérabilité possible non seulement pour la santé publique et le reste de notre système de santé, mais également pour l'ensemble des Néo-Écossais. On ne peut pas se fier sur les approches de gestion de l'information du 19^e siècle pour détecter, analyser et rectifier les problèmes du 21^e siècle.

« Cinq and plus tard, je ne peux pas croire que nous n'avons toujours pas les fonds nécessaires pour les outils de TI. C'est tellement embarrassant. »

« Peu importe qu'il s'agisse de Panorama ou de notre propre « système », nous avons besoin de quelque chose qui nous permettra de passer à la technologie du 21^e siècle. »

« Il s'agit d'une lacune importante de la santé publique en Nouvelle-Écosse. »

« La santé publique veut progresser pour intervenir plus en amont, mais on ne sait même pas qui a été vacciné. »

« Il ne s'agit pas d'un problème du système de santé publique, mais d'un problème du système de santé. »

La Nouvelle-Écosse a investi considérablement de temps et d'efforts et elle a attendu l'avènement du système de TI modulaire Panorama, mis au point par l'*Inforoute Santé du Canada*. Ce système doit constituer une solution pancanadienne pour les provinces et les territoires non seulement en ce qui concerne les vaccinations et la surveillance des maladies transmissibles, les enquêtes et le contrôle pertinents, mais finalement aussi pour d'autres secteurs de responsabilité en matière de santé publique. La décision de suspendre la mise en place de Panorama en Nouvelle-Écosse à l'heure actuelle compromet sérieusement la capacité du Ministère de rectifier cette vulnérabilité du système et de donner suite aux préoccupations du vérificateur général. Elle a également éliminé une solution modulaire qui visait finalement à répondre aux besoins élargis d'information en matière de santé publique. Il faut rapidement trouver un système d'information de rechange pour la santé publique.

Même si nous savons que de nombreuses solutions de TI sont nécessaires et en voie de préparation pour l'ensemble du système de soins de santé, il est urgent qu'on dispose d'un système d'information pour la santé publique et le système de santé devrait considérer ce besoin comme une priorité pour qu'il devienne une réalité. Il faudra réinvestir dans la sélection, le financement et la mise en place d'un système d'information moderne pour être en mesure de soutenir la surveillance des activités de base cruciales liées aux maladies transmissibles, les enquêtes et le contrôle pertinents, ainsi que la vaccination. De plus, la vaccination, la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles ne constituent que les besoins d'information les plus urgents en matière de santé publique.

Information et surveillance par rapport à la santé publique

Deux fonctions de base du système de la santé publique sont l'évaluation et la surveillance de la santé de la population. Ces fonctions, qui sont distinctes de l'analyse des données sur les services de santé, constituent les fonctions « de consultation » de la santé publique permettant de comprendre la santé de la population et l'utilisation de cette information en vue de mesures éclairées. Tout comme l'intervention d'un dispensateur de soins de santé individuel, qui se munit des antécédents d'un patient, effectue un examen physique et réalise des analyses au laboratoire pour poser un diagnostic et recommander un plan de traitement qui convient, ces fonctions sont essentielles pour la détermination et la compréhension des problèmes de santé publique et la prise de mesures éclairées.

Peu importe qu'on prépare un compte rendu sur l'état de santé ou qu'on cherche à comprendre un problème particulier, il faut accéder à de multiples sources de données, les intégrer et les analyser. De plus, l'analyse doit être réalisée non seulement à l'échelle de la province et au niveau des RRS, mais également à l'intérieur des RRS, car il faut cerner les disparités entre les quartiers ou les groupes démographiques et les corriger pour réduire les inégalités en matière de santé parmi les Néo-Écossais. Même si les données sur l'utilisation des services de santé représentent des données importantes à saisir pour l'analyse de la santé publique, elles ne livrent qu'une partie du tableau de l'analyse de la santé publique. Il faut par exemple, pour comprendre les effets négatifs de l'abus d'alcool et les facteurs y contribuant, considérer les taux de traitement des toxicomanies et d'hospitalisation pertinents. Il faudrait toutefois aussi, pour une telle analyse, accéder aux données d'application de la loi, aux ventes d'alcools et aux résultats des études des comportements de consommation d'alcool, et chercher à comprendre le contexte social de la consommation dangereuse pour pouvoir prendre des mesures éclairées.

La capacité de la Nouvelle-Écosse d'effectuer une telle intégration et analyse des données a été minime et compte tenu du travail de développement nécessaire et de la taille relative des RRS, le Rapport sur le renouvellement avait envisagé la création d'un organe de surveillance/épidémiologique centralisé qui répondrait aux besoins à l'échelle provinciale ainsi qu'au niveau des RRS. Le développement d'une capacité centralisée a été plus lent qu'anticipé en raison des retards survenus dans la création des classifications des postes d'épidémiologistes au sein d'une fourchette salariale convenable, même si des progrès ont été réalisés. En outre, la capacité existante en analystes a principalement été concentrée sur la surveillance des maladies transmissibles, qui présente des caractéristiques et des exigences distinctes comparativement à l'analyse élargie axée sur les autres types de résultats pour la santé et de déterminants de la santé. Cette capacité d'analyse sera particulièrement cruciale pour soutenir la compréhension et l'accent accru en amont constituant un point de mire central de l'orientation stratégique de la santé publique.

« Nous devons posséder la capacité d'assurer une meilleure surveillance et évaluation. Nous avons besoin de meilleures données et d'une meilleure idée des données dont nous avons besoin. »

« Nous n'avons pas suffisamment d'information épidémiologique pertinente au sein du système. »

« On a besoin de données de surveillance allant au-delà du CMT, pour nous pencher sur les déterminants sociaux de la santé. »

Il faut un investissement neuf soutenu pour renforcer notre capacité d'assurer une fonctionnalité élargie de l'évaluation et de la surveillance de la santé publique. Il faut de plus protéger cette capacité enrichie d'un détournement vers les besoins de surveillance des maladies transmissibles, même si l'on obtiendrait ainsi une augmentation subite de la capacité au cours d'une situation d'urgence. Il est en outre essentiel de protéger la capacité d'évaluation et de surveillance de la santé publique d'un détournement vers l'analyse et la gestion de l'information du système des soins de santé élargi. La santé publique doit pouvoir soutenir la réalisation de ses fonctions de base, et sa capacité actuelle demeure insuffisante pour répondre à ce besoin.

Capacité et compétences de l'effectif de santé publique

Reprenant les thèmes constamment évoqués dans les documents sur le renouvellement de la santé publique au Canada et dans d'autres pays, le Rapport sur le renouvellement avait insisté sur le fait que les efforts déployés en Nouvelle-Écosse dépendraient en fin de compte de l'ampleur selon laquelle on se doterait d'un effectif de santé publique suffisant et compétent. Trois mesures pour le renouvellement du système du Rapport sur le renouvellement visaient l'effectif de la santé publique :

- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique.
- Accroître la taille générale de la main-d'œuvre ainsi que les ensembles de compétences spécialisées, y compris, mais non exclusivement, les épidémiologistes, les professionnels de la santé publique ayant une maîtrise et les directeurs de la santé publique des régions régionales de la santé.
- Créer un partenariat avec le secteur universitaire afin de développer et d'établir des programmes de formation et des stages pratiques.

L'effectif de santé publique, comparativement au reste du système de santé, possède des compétences uniques et est spécialisé dans des disciplines uniques. Les défis à relever comprennent : la mesure dans laquelle le nouveau personnel possède les compétences requises au moment de l'embauche; la nécessité du maintien et du perfectionnement des compétences au fil du temps et les besoins de capacités particulières. Ce dernier point englobe les

épidémiologistes et le personnel titulaire d'une M.H.P., ainsi que le recrutement d'un effectif d'ISP pour l'établissement d'un programme de santé environnementale. Un signe de progrès transparait dans le recrutement des MH qui n'a cessé de progresser ces dernières années.

Comme il a déjà été mentionné, on a éprouvé des difficultés dans l'embauche d'épidémiologistes et la vision de la dotation en dirigeants officiels de la santé publique titulaires d'une maîtrise en hygiène publique (M.H.P.) ne s'est pas matérialisée. De plus, l'établissement anticipé d'un programme de M.H.P. à l'Université Dalhousie ne s'est pas encore concrétisé. Non seulement une telle mesure était-elle considérée comme cruciale pour la préparation projetée des futurs directeurs/gestionnaires, de même que pour l'accroissement de l'effectif possédant une formation officielle en hygiène publique, mais on anticipait qu'elle aurait également eu des retombées sous la forme d'une formation couronnée d'un certificat/diplôme (microprogrammes), de cours d'éducation continue, de cours d'été, d'une unité d'enseignement en santé publique, etc. Même si les retards survenus dans l'établissement du programme de la M.H.P. à Dalhousie sont malheureux, l'établissement accru de programmes de M.H.P. à distance procure une option de rechange dans l'intérim.

« Les gens ne sont pas prêts aux réalités nouvelles et ils le voient en eux-mêmes. »

« On nous demande d'effectuer plus de promotion, mais on ne nous fournit pas la formation requise. »

« Nous ne pouvons pas demander des choses au personnel sans lui fournir les outils et les compétences pour les faire. »

« Les lacunes à l'égard de certains ensembles de compétences dans certaines disciplines (promotion, développement communautaire, compréhension des données) nous obligent à nous arrêter et à éduquer les gens. »

« Le personnel a besoin de notions de base en matière de santé publique. »

« Nous devons encore parfaire l'expertise de notre propre personnel. »

« Nous embauchons à des postes clés des gens n'ayant aucune expérience de la santé publique. »

L'orientation stratégique préconisant un accent accru sur la compréhension et l'intervention en amont imposera des demandes particulières à l'effectif. Dans le cas du personnel de première ligne, un tel virage a des répercussions sur la pratique axée sur la population nécessitant des compétences passablement différentes de celle qu'exige la prestation de services de soins primaires à des personnes et des familles. Dans le cas des gestionnaires, une telle orientation stratégique exige beaucoup plus de compétences en matière de gestion. Elle requiert une profonde compréhension du virage souhaité et de la fourniture de direction pour l'explication des changements en termes pratiques, la description des comportements souhaités du modèle,

l'encadrement des pratiques nouvelles et la définition et l'exploitation des possibilités qui s'offrent. Cela implique que les gestionnaires ont besoin d'une combinaison de compétences très poussées en santé publique, en leadership et en gestion.

Il faut chercher activement à valoriser et à soutenir le perfectionnement des compétences du personnel tant au niveau des RRS qu'à l'échelle provinciale. Dans les périodes de restrictions budgétaires, la limitation des déplacements et de la formation constituent des options communément considérées. L'absence d'investissement dans le perfectionnement du personnel professionnel a toutefois des conséquences négatives lorsqu'on cherche à obtenir un fonctionnement efficace et efficient. L'apprentissage et le perfectionnement représente une stratégie clé pour assurer un changement systémique/organisationnel efficace. Cette planification/approche exige le recours à des approches innovatrices et créatives.

Enjeux complexes suscitant divers points de vue

Au cours des entrevues, on a fréquemment mentionné une série d'enjeux par rapport auxquels existaient diverses perspectives.

Fonctionnement en un système unifié

Comme il a déjà été mentionné, l'un des succès obtenus jusqu'à présent a été l'amélioration des relations entre les acteurs du système et une meilleure compréhension, à tout le moins, du concept du fonctionnement en un système unifié. Cependant, selon le rôle de l'informateur et la question particulière abordée, un tableau mixte est ressorti au sujet des points qui se sont améliorés ou non comparativement à il y a cinq ans. Par exemple, plusieurs informateurs clés ont évoqué la variabilité et les incohérences considérables dans les pratiques qui subsistent partout dans la province. De plus, la recherche indépendante de modèles structuraux différents par les RRS, sans qu'on ne prête attention à leur incidence éventuelle sur les secteurs d'activité de base, et l'absence continue de clarté au sujet des rôles des centres de responsabilité provinciaux (CR) témoignent du travail encore nécessaire pour qu'on pense et agisse en un système unifié. Les informateurs clés ont fait observer que les nouvelles normes de santé publique seront, souhaitent-ils, utiles pour améliorer l'uniformité. Cela se produira seulement si les normes servent à l'obtention d'une compréhension mutuelle du travail à réaliser, à la clarification des responsabilités de chacun et à la définition des interdépendances entre les acteurs du système. Les commentaires des informateurs clés signalent de façon générale des problèmes par rapport à la confiance, aux rôles et aux responsabilités, et à la responsabilisation gênant l'amélioration du fonctionnement en un système unifié.

« Nous devons laisser les autres voir comment le système de santé publique fonctionne. »

« Nous fonctionnons en un système unifié. Il existe bien sûr des difficultés, mais nous travaillons mieux. »

« Il existe encore une séparation entre les échelons local et provincial. »

« La façon dont fonctionne les différentes choses dans la province pose des difficultés. Nous ne constituons pas réellement un système unifié. »

« Les rôles des conseils régionaux par opposition à ceux du personnel de la santé publique des RRS représentent une source de frustration. Nous fonctionnons par essais et erreurs avec les conseils régionaux selon mes propres interprétations. Cela me frustre. »

« Pourquoi les promoteurs de la santé en Nouvelle-Écosse ont-ils neuf rôles totalement différents? C'est insensé! »

« Jetez un coup d'œil sur l'agrément – je gage que les points à surveiller et les questions brûlantes sont à peu près toujours les mêmes – et pourtant, nous multiplions nos interventions par neuf. »

Équipe de direction du système de santé publique

L'équipe de direction du système de santé publique (EDSSP) constitue un groupe provincial de direction et de coordination de la santé publique et, en conséquence, un mécanisme important pour soutenir la compréhension et l'amélioration du système. Certains informateurs clés ont toutefois signalé que d'après leur perception, les « véritables dossiers » (c.-à-d. les budgets, la dotation en personnel, la planification et l'évaluation) ne sont pas discutés à cette tribune. Les informateurs clés ont mentionné que même si l'EDSSP est censée assurer une direction, elle n'y parvient pas. De façon générale, l'insuffisance de confiance, de respect, d'ouverture et d'honnêteté ont été les principaux problèmes cités par les informateurs clés. Le fonctionnement de cette tribune sera toutefois crucial pour la poursuite des changements stratégiques envisagés par le système.

« La santé publique ne fonctionne pas en un système unifié; les gens se présentent à la tribune et s'en vont, puis font autre chose. »

« Il ne s'agit pas d'une instance stratégique. Il manque de confiance dans les entretiens qui devraient avoir lieu. »

« Nous devons nous pencher sur la réalité à la tribune de l'EDSSP – discuter des vrais dossiers – les budgets, la dotation en personnel, l'évaluation, la planification. » “

« Alors, devons-nous nous pencher uniquement sur des questions superficielles, puis continuer à agir comme auparavant? »

« L'écart s'élargit maintenant que nous ne nous rencontrons plus autant en face à face. »

« La direction du système de santé publique doit être tenue responsable – responsable de la mise en œuvre, du respect des normes et du travail en collaboration. »

« Entretenir des relations ne signifie pas être poli. Il faut savoir prendre des décisions difficiles et les gérer ensemble. »

Santé publique ↔ soins primaires

Les soins primaires constituent le premier point de contact qu'une personne a avec le système de santé; c'est l'endroit où les gens reçoivent des soins pour la majorité de leurs besoins quotidiens de santé. Il existe un grand nombre de dispensateurs de soins primaires, notamment les médecins de famille, les infirmières, les diététistes, les professionnels de la santé mentale, les pharmaciens, les thérapeutes et d'autres. La santé publique représente par conséquent un dispensateur de soins primaires parmi de nombreux autres, même si la prestation des services cliniques aux personnes et aux familles ne constitue qu'une partie de ses responsabilités générales. La participation historique de la santé publique à la prestation des soins primaires est liée aux lacunes dans la structure et la prestation des services de soins primaires, qui sont généralement plus prononcées dans les provinces plus rurales.

L'orientation stratégique définie vise à déplacer le point de mire du travail actuel de la santé publique de la prestation des services cliniques vers un accent accru sur l'intervention en amont auprès des populations. En d'autres termes, on veut réduire l'ampleur des efforts consacrés aux services cliniques, au counseling et à l'éducation individuelle pour chercher à exercer davantage une influence sur le contexte social et matériel et de rendre les décisions implicites des personnes saines et à intervenir face aux déterminants en amont de la santé. Par exemple, la santé publique pourrait ainsi mettre moins l'accent sur la fourniture d'un soutien direct aux mères sur la façon d'allaiter leurs tout-petits et mettre plus l'accent sur les mesures visant à rendre les lieux publics comme les centres commerciaux et les milieux de travail plus accueillants pour les mères qui allaitent leurs nourrissons. La santé publique pourrait ainsi passer moins de temps à présenter des exposés en classe à de jeunes enfants et déployer plus d'efforts pour soutenir l'élaboration de politiques appuyant un programme d'enseignement lié à la santé et créant des environnements

scolaires plus sains, par exemple la mise en application de politiques prévoyant une activité physique régulière et la fourniture d'aliments plus sains dans les cafétérias ou des politiques régissant la consommation d'alcool et des autres drogues dans les collectivités.

« Il faut faire disparaître les artifices – le logement, le revenu, la pauvreté – et commencer à converser... C'est ce qui rend la santé publique différente. »

« Nous devons demeurer concentrés... nous devons détailler les rôles et décider quelles responsabilités incombent à chacun. »

« Quel pourcentage du personnel de la santé publique travaille au sein des soins primaires? »

« Nous sommes en grande partie un système de soins primaires qui doit se déplacer en amont. »

« Il est difficile pour moi de décrire en ce moment ce qu'est le [travail en amont]... sur le plan pratique – ce que cela signifie? Je ne suis pas encore là. »

« Nous devons regrouper ce qui se rapporte à la santé publique et aux soins primaires... il existe un chevauchement dans la prévention auprès des personnes. La santé publique doit effectuer de la prévention auprès des populations. »

« Nous sommes une petite province, nous devons donc être sur la même longueur d'onde au sujet de la façon dont nous travaillerons ensemble. »

« La santé publique doit se concentrer sur l'intervention en amont et céder la partie des soins primaires et les ressources pertinentes aux soins primaires. »

« Si nous nous orientons vers des activités axées sur l'intervention clinique/individuelle au lieu de l'intervention en amont, nous ne pourrons pas accomplir un travail ayant une incidence sur la santé. »

Deux répercussions d'un tel changement de l'accent de l'intervention seront mises en relief ici. Premièrement, le changement ne reflète pas l'absence de rôle ou d'importance des interventions au niveau individuel. Une partie du défi consistera à déterminer qui assumera une tranche des services de soins primaires que la santé publique dispensait par le passé en Nouvelle-Écosse. Il existe toute une variété de points de vue au sujet de la façon de réaliser ce changement, en particulier lorsqu'il existe une capacité limitée de prestation de soins primaires et lorsque d'autres restrictions gênent le transfert des responsabilités à d'autres dispensateurs de soins primaires.

Certains informateurs clés voient des solutions simples, comme le simple déplacement des ressources de santé publique existantes vers d'autres dispensateurs de services, tandis que

d'autres voient le problème sous les traits d'un continuum plutôt que simplement d'une ligne de démarcation tout à fait claire entre deux domaines de pratique. Une autre complication réside dans le fait que le mode de résolution de cette situation pourrait varier dans différentes régions de la province selon les capacités locales. Une dernière considération est l'état de préparation de l'effectif existant pour effectuer une telle transition, étant donné que les compétences requises pour dispenser des services au niveau individuel diffèrent passablement de l'analyse des besoins communautaires, de la définition des options stratégiques, de l'établissement de partenariats et du soutien des changements aux politiques à l'intérieur des collectivités.

Matérialisation de la vision : de la théorie à la pratique

Un thème qui s'est constamment dégagé des entretiens avec les informateurs clés a été le fait que le changement stratégique du point de mire de l'intervention n'a pas encore pénétré les premières lignes du système. Même si le processus de planification stratégique a été inclusif et a fait appel à la participation, l'orientation stratégique définie nécessite un remaniement du type d'activités et du mode d'exécution du travail de la santé publique. Un informateur clé a fait observer : « Les cinq premières années (du renouvellement du système) ont été faciles comparativement à ce qui s'en vient. ».

Même si l'orientation stratégique ayant été définie correspond fortement à la théorie de la santé publique et aux principaux documents stratégiques des 25 dernières années, très peu d'employés possèdent une formation régulière en santé publique et la majorité de leur formation et de leur expérience professionnelle a trait à la prestation de services au niveau individuel. De plus, les principaux dirigeants sur le terrain (c.-à-d. directeurs et gestionnaires de la santé publique des RRS) pour diriger ce changement et le modéliser sont embauchés d'autres domaines et ne possèdent pas de formation officielle en santé publique.

« Le personnel n'a pas assimilé ce changement et ne peut pas se voir dans une telle démarche. Nous devons parvenir à lui faire comprendre la démarche et le mobiliser au moyen d'exemples de ce que nous faisons qui contribuent à cette vision. »

« Le modèle des régies régionales est axé sur les soins. Ce qui fait l'unicité de la santé publique par rapport au système des soins de santé est son approche d'ensemble. Les régies régionales n'ont pas besoin d'un tel point de mire – elles dispensent des soins individuels, de meilleurs soins, des services visant à modifier les styles de vie et les comportements. Son point de mire est simplement différent. »

« On parle d'un point de mire primordial/de l'intervention en amont – j'ai besoin de comprendre ce que cela signifie exactement. »

« Nous avons la possibilité (grâce aux normes de santé publique) de contribuer au façonnement de cette compréhension. »

« Le personnel contribue, mais la majorité des employés sont des infirmières hygiénistes qui dispensent toujours des soins primaires. Elles comprennent l'orientation souhaitée, mais elles n'ont pas le temps ni l'ensemble de compétences voulus, ni d'indications sur où commencer. »

« (Nous devons) dire au personnel : " Voici quel est le travail à exécuter (jalons, etc.); voici quelles sont les connaissances, les compétences et les capacités requises pour effectuer le travail; nous vous aiderons à les acquérir, mais c'est le travail qu'il faut exécuter ", et cesser les discussions »

Ce point est fortement lié à nombre d'autres thèmes définis à l'intérieur du présent examen de mi-parcours, notamment le continuum de la santé publique/des soins primaires; les compétences de l'effectif; la mise en place d'un système d'information de santé publique, le fonctionnement en un système unifié; et l'EDSSP.

Changement structural

Les mesures pour le renouvellement du système du Rapport sur le renouvellement insistaient sur l'importance d'assurer une intégrité structurale de la santé publique sous une direction unique relevant du sous-ministre. Il faut essentiellement mettre en place une organisation provinciale de santé publique consolidée pouvant être incluse au sein du ministère de la Santé ou se situer à l'extérieur du Ministère. Les avantages et les désavantages des deux options ont été fournis aux décideurs des échelons supérieurs. La décision prise au moment de la publication du Rapport sur le renouvellement prévoyait la création d'un ministère de la Promotion et de la Protection de la santé distinct, tandis que plus récemment, la santé publique a été réintégrée au sein d'un nouveau ministère de la Santé et du Mieux-être.

Dans le même ordre d'idées que le Rapport sur le renouvellement, les informateurs clés ont insisté sur le fait que la fusion récente ne modifie pas l'importance du maintien de l'intégrité

structurale de la santé publique à l'échelle provinciale sous un point unique de direction et de responsabilisation en matière de santé publique. L'incorporation au sein d'un ministère plus vaste présente encore une fois quelques possibilités, mais également des difficultés. Les services de santé constituent une source immédiate, constante et croissante de pression sur le gouvernement, tandis que la santé publique est un secteur programmatique relativement restreint offrant une perspective à plus long terme.

« La fusion procure une possibilité de mise en valeur et de déplacement du point de mire vers la prévention, la promotion et l'intervention en amont. »

« Il est dangereux que l'union des deux ministères entraîne l'oubli de la promotion et du renouvellement en raison de l'aspect des soins. »

Même si le regroupement des deux ministères pourrait susciter la considération de possibilités d'une harmonisation ou d'une consolidation accrue avec le système de soins de santé élargi, l'expérience répétée ailleurs révèle que les remaniements de cette nature se produisent au détriment de l'intégration et de la capacité de la santé publique. Cela ne signifie pas que la santé publique devrait fonctionner de façon cloisonnée et éviter de communiquer ou de collaborer avec les autres, mais plutôt que l'orientation et le rôle de la santé publique sont rapidement engloutis lorsqu'ils se retrouvent mêlés à des services axés sur les 98 % qui restent du système de santé.

Peu importe qu'on parle de l'évaluation et de la surveillance de la santé publique, de la prévention des maladies chroniques, du perfectionnement de l'effectif ou de la préparation aux situations d'urgence, on pourrait rationnellement avancer qu'une meilleure intégration avec les autres volets du Ministère s'avérera avantageuse pour l'ensemble du système de santé. Des arguments similaires avaient été avancés au sujet du transfert des ISP au ministère de l'Environnement dans les années 1990 et le système souffre encore de cette décision. L'un des avantages de la démarche des cinq dernières années a été l'accent mis sur le renforcement de la capacité de la santé publique et d'une fonctionnalité qui n'existait pas auparavant. Avant le renouvellement, la santé publique ne possédait aucune capacité exclusive pour la planification des urgences en santé publique, de sorte que très peu de planification des urgences en santé publique, sinon aucune, avait cours au sein du Ministère. Avant le renouvellement, on ne disposait d'aucune capacité exclusive en santé publique pour le perfectionnement de l'effectif et aucun perfectionnement de l'effectif de santé publique n'était assuré. La santé publique est déjà un secteur de programme aux ressources insuffisantes et il faudrait éviter de détourner ailleurs la capacité dont elle s'est dotée. Comme le présent examen de mi-parcours l'a démontré, le renouvellement a seulement été réalisé en partie et de nouvelles ressources sont nécessaires.

ANALYSE

L'examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures pour le renouvellement du système préconisées dans le Rapport sur le renouvellement a opportunément atteint le point milieu du calendrier originalement prévu, de sorte qu'il est opportun de faire le point sur ce qui a été réalisé et sur ce qui reste à faire. Le contexte a lui aussi changé avec la fusion récente des anciens ministères de la Santé et de la Promotion et de la Protection de la santé, ainsi qu'avec les pressions budgétaires accrues exercées sur les budgets gouvernementaux.

Comme on peut le prévoir à l'occasion d'un examen de mi-parcours, la mise en œuvre des mesures pour le renouvellement prévues dans le Rapport sur le renouvellement a été réalisée en partie et se poursuit. Les informateurs clés sont unanimes à reconnaître que les mesures pour le renouvellement demeurent valides. Des progrès ont été réalisés dans un certain nombre de domaines, en particulier par rapport aux points de nature structurale et stratégique. Il faut préserver ces succès, qui sont importants parce qu'ils nous munissent d'un fondement pour nous attaquer à des points plus difficiles. La fusion ministérielle ne modifie pas les mesures pour le renouvellement du système, car celles-ci avaient été formulées en vue de la possibilité que la santé publique demeure au sein du ministère de la Santé ou qu'un ministère distinct soit établi.

Il est important de rappeler qu'un facteur clé de l'exécution de l'examen initial avait été l'inquiétude qu'avait suscitée le SRAS au sujet de la capacité de la santé publique à faire face à une urgence importante en matière de santé publique, à pouvoir intervenir vis-à-vis de menaces clés pour la santé des Néo-Écossais, et à contribuer à la durabilité du système de soins de santé. L'évaluation franche faite au moment du Rapport sur le renouvellement a signalé que la Nouvelle-Écosse accusait des déficits considérables par rapport à la conception et au fonctionnement de la santé publique qui ne seraient pas de bon augure si le système se trouvait confronté à un événement d'importance majeure. De plus, la fragmentation, l'absence de clarté des rôles et la pénurie de ressources limiteraient également notre capacité de soutenir et de protéger efficacement la santé des Néo-Écossais.

Même si des améliorations sont survenues, nombre d'aspects fondamentaux n'ont bénéficié que de peu de progrès, si ce n'est d'aucun progrès du tout. Les progrès réalisés jusqu'à présent n'atténuent que légèrement les lacunes du système définies dans le Rapport sur le renouvellement. Plusieurs lacunes subsistent, notamment :

- l'absence d'un programme de santé environnementale complet prévoyant des inspections régulières et des inspections axées sur les problèmes opportunes et compétentes;
- l'absence d'un modèle de système efficient et efficace liant l'échelon des RRS et l'échelon provincial, intensifiée par des changements structureaux unilatéraux au sein des RRS et une diminution de l'expertise locale;
- l'absence de systèmes d'information modernes soutenant les responsabilités en matière de santé publique – les priorités les plus urgentes comprennent la surveillance des

maladies transmissibles, les enquêtes pertinentes et leur contrôle, ainsi qu'un registre de vaccination;

- le développement lent de la capacité en fait de main-d'œuvre d'évaluation et de surveillance de la santé publique;
- la nécessité d'un soutien actif du perfectionnement de la main-d'œuvre à l'échelle du système.

La récente pandémie de grippe A (H1N1) témoigne d'un renforcement par rapport à certains de ces aspects, mais également de lacunes qui persistent. L'existence d'une structure provinciale consolidée nous munissant d'un point unique de direction, de visibilité et de responsabilisation a nettement constitué une amélioration, car les rapports se sont renforcés partout au sein du système. Cependant, l'absence de système d'information de santé publique moderne a gêné la fonction d'évaluation et de surveillance assurée pour fournir une analyse opportune de ce qui était en train de se produire et permettre des prises de décisions éclairées. Il faut également insister sur le fait que le principal défi qu'a posé la grippe A (H1N1) en tant que situation touchant la santé publique a consisté à gérer l'exécution d'une initiative de vaccination de masse, en particulier en l'absence de registre de vaccination. La grippe A (H1N1) n'a toutefois pas constitué un scénario dans lequel la santé publique a eu besoin de détecter une épidémie, de faire une enquête à son sujet, de repérer des cas et leurs contacts, et de mettre en œuvre des mesures de contrôle à grande échelle. Une telle situation d'urgence exposerait probablement davantage les lacunes existantes par rapport aux systèmes d'information, à la réduction de l'expertise à l'intérieur des RRS, à l'absence de clarté des rôles, à l'inexistence d'un programme de santé environnementale de santé publique et aux limites de la capacité épidémiologique existante.

Nombre de ces problèmes existent depuis longtemps, ce qui peut susciter une certaine complaisance par rapport à leur incidence. Ces lacunes ont des répercussions claires sur l'efficience et l'efficacité de la santé publique et constituent des sources importantes de vulnérabilité. Même si l'amélioration des structures et des processus constituaient des éléments clés des mesures pour le renouvellement du système du Rapport sur le renouvellement, le défi sous-jacent résidait dans la capacité insuffisante du système. Le Rapport sur le renouvellement avait estimé que seulement 1,2 % du budget des services de santé du gouvernement était consacré à la santé publique. L'objectif défini était de doubler ce montant au cours de la décennie qui suivrait et le tiers du financement supplémentaire devait être investi au cours des premières années. Ces dernières années, le financement s'est stabilisé et a en fait été réduit, de sorte qu'en 2010-2011, le financement de la santé publique représente 1,5 % de l'ensemble du budget des services de santé. S'il vaut mieux prévenir que guérir ou, comme le dit le dicton anglais, « si une once de prévention vaut une livre de guérison », la Nouvelle-Écosse investit actuellement moins du quart d'une once.ⁱⁱⁱ

ⁱⁱⁱ Une once équivaut à 6,25 % d'une livre et $1,5\% / 6,25\% = 24\%$.

Il est clair qu'il existe des problèmes liés aux structures et aux processus qu'il faut résoudre pour implanter un modèle de santé publique plus efficient et plus efficace. Ces types de problèmes peuvent être résolus au sein du système de santé publique, avec l'orientation, l'autorité et le soutien des hauts dirigeants du système de santé. Plusieurs problèmes ne peuvent toutefois pas être résolus uniquement au sein de la sphère d'influence de la santé publique. La sélection et la mise en place des systèmes d'information est un problème à l'échelle du système de santé par rapport auquel le système de santé dans son ensemble doit définir le système d'information sur la vaccination et les maladies transmissibles de la santé publique comme une priorité, puis fournir un financement en conséquence. Dans le même ordre d'idées, il faut enfin corriger les lacunes qui perdurent par rapport à la santé environnementale. Et dans la même veine, il faut rectifier notre capacité limitée d'analyse des données pour pouvoir établir des priorités et prendre des mesures de façon éclairée. Tous ces points nécessiteront un certain investissement et une direction à la tête du système pour qu'on puisse les résoudre.

Une observation clé du rapport ultérieur au SRAS du D^f David Naylor signalait « qu'il y avait beaucoup de leçons à tirer de l'épidémie du SRAS au Canada – en grande partie parce que beaucoup de leçons antérieures avaient été ignorées ». La santé publique en Nouvelle-Écosse continue à présenter des vulnérabilités marquées qui entraînent des pratiques inefficaces et des lacunes. De plus, sans résolution adéquate avant qu'une situation surgisse, un événement important finira par exposer ces lacunes et aura probablement des résultats négatifs marqués.

ANNEXE 1 – SOMMAIRE DES MESURES POUR LE RENOUVELLEMENT DU SYSTÈME (2006)

Le Rapport sur le renouvellement prévoyait 21 mesures pour le renouvellement du système. Ces mesures ont été qualifiées de mesures hautement interdépendantes qui devaient être considérées comme un ensemble de mesures stratégiques à mettre en œuvre au cours d'une période de plusieurs années.

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

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

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

- d. Appellation qui définit clairement les responsabilités de l'organisme de santé publique envers le personnel, les décideurs et le public.
4. Décider s'il est préférable de situer l'organisme de santé publique provincial regroupé à l'intérieur ou à l'extérieur du ministère de la Santé et établir une surveillance ministérielle adéquate.
 5. Transition du système de santé publique sous-provincial de façon contrôlée du modèle de la région de services partagés actuel vers un modèle situé à l'intérieur des régies régionales de la santé. Il faudra pour ce faire :
 - a. Être guidé par la vision du système de santé publique qui est verticalement intégré entre le niveau provincial et le niveau de la régie régionale de la santé du système, chaque niveau étant intégré horizontalement aux autres composantes du système de santé.
 - b. Rôles, responsabilités et responsabilisation définis pour les deux niveaux du système.
 - c. Directeur de la santé publique dans *chaque* régie régionale de la santé qui a la gestion et la responsabilité des programmes de santé publique au sein de la régie régionale de la santé et qui fournit une analyse au niveau de la population et des conseils aux dirigeants supérieurs et au conseil de la régie régionale de la santé.
 - d. Maintien d'une équipe de santé publique intacte dirigée par le directeur de la santé publique.
 - e. Capacité suffisante aux deux niveaux du système afin d'exercer les rôles et les responsabilités.
 - f. Attentes et engagement d'aide mutuelle entre les régies régionales de la santé pour assurer une capacité de réaction dans certaines situations (p. ex. épidémies et urgences).
 - g. Médecins-hygiénistes ayant un double rôle :
 - i. Médecin hygiéniste pour une ou plusieurs régies régionales de la santé
 - ii. Membre d'une équipe programmatique provinciale.
 6. Les ministères de la Santé, de l'Environnement et du Travail, et de l'Agriculture et des Pêches entreprennent un processus collectif pour réaliser les buts suivants :
 - a. Cerner, d'après le point de vue des trois ministères, les principaux enjeux et préoccupations concernant la répartition actuelle des responsabilités et des ressources en matière de santé publique;
 - b. Déterminer les différents enjeux relatifs à la santé publique et les programmes connexes qui doivent être offerts;
 - c. Déterminer la meilleure répartition des responsabilités et des ressources requises pour donner suite aux constatations mentionnées au paragraphe b;
 - d. Dresser un plan de mise en œuvre pour atteindre le but du paragraphe c.

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

15. Préparer le système de santé publique à réagir aux épidémies et aux autres situations d'urgence en santé publique en prévoyant :
 - a. des ressources pour la planification, la formation et l'exercice pour les situations d'urgence;
 - b. une capacité continue et de réaction suffisante.

16. Mettre en œuvre un plan pluriannuel (c.-à-d. de 5 à 10 ans) pour doubler le financement actuel du système de santé publique afin d'accroître la capacité du système provincial de promouvoir la santé, et de prévenir les maladies et les blessures de façon optimale, et d'être prêt à réagir aux situations d'urgence en matière de santé publique. [Le financement actuel du système de santé publique représente environ 1,2 % des dépenses du système de santé provincial ou 31 millions de dollars, sans les coûts des vaccins ou des inspecteurs de la santé publique.]

17. Discuter avec le secteur universitaire de la Nouvelle-Écosse des possibilités de collaboration avec le système de santé publique en matière de formation, de recherche appliquée et de service.

18. Discuter avec les organismes régionaux du Canada atlantique et les autres provinces de l'Atlantique des possibilités de collaboration aux fonctions du système de santé publique mutuellement avantageuses et au développement de l'infrastructure.

19. Créer un partenariat avec le gouvernement fédéral et l'Agence de santé publique du Canada afin de renforcer, en collaboration, le système de santé publique en Nouvelle-Écosse.

20. Discuter avec le secteur non gouvernemental des possibilités d'accroître la collaboration entre les systèmes de santé publique formels et informels en Nouvelle-Écosse.

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

ANNEXE 2 – COMITÉ CONSULTATIF DU PROJET ET COMITÉ EXTERNE D’EXPERTS

- Comité consultatif
 - Peter MacKinnon, directeur général, Régie régionale de la santé de Colchester East Hants
 - Madonna MacDonald, vice-présidente, Santé communautaire, Régie régionale de la santé de Guysborough Antigonish Strait
 - Carol MacKinnon, directrice de la santé publique, régies régionales de la santé de South Shore, South West et Annapolis Valley
 - D^r Gaynor Watson-Creed, médecin hygiéniste, Régie régionale de la santé Capital
 - Nancy Hoddinott, directrice, Communautés en bonne santé, ministère de la Santé et du Mieux-être
 - Marie McCully-Collier, présidente, Public Health Association of Nova Scotia

- Comité externe d’experts
 - D^r Richard Massé, ancien directeur de l’École de santé publique de l’Université de Montréal et ancien président de l’Institut de santé publique (Québec)
 - D^r André Corriveau, médecin hygiéniste en chef, Santé et Mieux-être Alberta

**ANNEXE 3 – COMPTE RENDU SUR LES MESURES ET LES PROGRÈS RÉALISÉS PAR
RAPPORT AUX MESURES POUR LE RENOUVELLEMENT DU SYSTÈME
PRÉCONISÉES DANS L'EXAMEN DE LA SANTÉ PUBLIQUE (SEPTEMBRE 2011)**

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p><u>Mesure 1</u></p> <p>Articuler et utiliser comme guide pour le système de santé publique une vision collective englobant et appuyant l'exercice des fonctions de base de la santé publique qui contribuent de façon efficace :</p> <p>a) à améliorer les niveaux de l'état de santé de la population et à diminuer les disparités en matière de santé;</p> <p>b) à diminuer le fardeau pour le système de services de santé personnel et à assurer ainsi sa viabilité;</p> <p>c) à améliorer l'état de préparation et la capacité d'intervention dans des situations d'urgence en matière de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le processus de planification stratégique a été réalisé au moyen de l'approche de la théorie U. Plus de 60 entrevues sous forme de dialogues, sept visites sur place pour la tenue d'entretiens approfondis (visites d'apprentissage) et quatre rencontres d'intervenants (environ 450 personnes) ont fourni de l'information, une orientation et des clarifications au sujet de l'objectif recherché. (Voir <i>Parcours du renouvellement, 2011.</i>) ▪ L'EDSSP définit six jalons encadrant la santé publique en Nouvelle-Écosse. Ces jalons découlent des leçons que nous avons tirées de la planification stratégique. (Voir <i>La voie de l'avenir – Un engagement pour le futur de la santé publique, 2011.</i>) ▪ La vision de la santé publique prévoit un engagement à assurer une intervention axée en amont (prévention primordiale) auprès des populations et visant les déterminants de la santé. <p><u>Examen de mi-parcours :</u> La planification stratégique a produit une vision et une orientation collective pour la santé publique. Même si le processus et le temps nécessaires pour obtenir un tel résultat ont pu être longs, ils ont réalisé ce qu'ils devaient réaliser. On reconnaît également que sans la théorie U, on n'aurait sans doute pas pu clarifier ainsi la vision. La vision collective prévoit une intervention axée en amont auprès des populations et visant les déterminants de la santé.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 2</p> <p>Établir un seul poste de direction pour le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Diriger un organisme de santé publique provincial et être chargé de la coordination et du développement du système en général. b) Relever du sous-ministre. c) Posséder de grandes compétences : santé publique, leadership et gestion (peut également exercer les responsabilités du médecin hygiéniste en chef prévues si cela convient). d) Rôles et responsabilités clairement définis. e) Indépendance - fait rapport au public, à l'Assemblée législative. f) Méthode de sélection transparente et par voie de concours prévoyant un mandat renouvelable de cinq ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2007 : Le D^r Robert Strang, médecin hygiéniste en chef (MHC) a été nommé en août. Le MHC assume également les responsabilités de directeur de la santé en vertu de la loi sur la protection de la santé (<i>Health Protection Act</i>). • Le MHC relève du sous-ministre, il siège à la direction du MSME, assiste le vice-président à la santé communautaire, participe aux réunions du Conseil des directeurs généraux (sur demande) et représente la Nouvelle-Écosse au Conseil FPT du Réseau de santé publique et au Conseil des médecins hygiénistes en chef. <p>Examen du mi-parcours : Confirmation de l'importance d'un poste de direction unique.</p>
<p>Mesure 3</p> <p>Établir un organisme de santé publique intégré au niveau du système provincial</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Créé par le regroupement des trois entités actuelles de santé publique (c.-à-d. Bureau du médecin hygiéniste en chef; Division de la santé de la population et de la santé publique; Promotion de la santé de la Nouvelle-Écosse) b) Exerce cinq fonctions de base de santé publique de façon intégrée : évaluation de la santé de la population, surveillance, promotion de la santé, prévention des maladies et protection de la santé c) Structuré de façon semblable aux autres organismes de santé publique intérieurs et internationaux par secteur de programme d) Appellation qui définit clairement les responsabilités de l'organisme de santé publique envers le personnel, les décideurs et le public. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2006 : Établissement d'une organisation de santé publique intégrée et consolidée à l'échelle provinciale au moment de la création du nouveau ministère de la Promotion et de la Protection de la santé. Création de cinq centres de responsabilité : Prévention et contrôle des maladies transmissibles, Santé environnementale, Communautés en bonne santé, Développement sain, Évaluation et surveillance de la santé de la population, se trouvant chacun sous la responsabilité d'un directeur. La gestion des urgences des services de santé relève de Santé et de PPS. • Janvier 2011 : Annonce de l'établissement du nouveau ministère de la Santé et du Mieux-être – La santé publique sous la responsabilité du MHC demeure intacte en tant qu'unité intégrée. La gestion des urgences des services de santé relève désormais du chef, Normes et qualité des programmes. <p>Examen de mi-parcours : La capacité s'est accrue à l'échelle provinciale; les rôles et l'interface avec les régies régionales nécessitent une certaine clarification; ce changement structural s'est avéré positif et devrait être maintenu.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 4 Décider s'il est préférable de situer l'organisme de santé publique provincial regroupé à l'intérieur ou à l'extérieur du ministère de la Santé et établir une surveillance ministérielle adéquate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2006 : Création du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé. Le Ministère englobe la santé publique, les services de toxicomanie (prévention) et l'activité physique, les sports et les loisirs. • 2011 : Fusion du ministère de la Santé et du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être. <p>Examen de mi-parcours : Possibilités de collaboration qui s'offrent au sein du nouveau ministère intégré. Mise en garde au sujet du fait que les dossiers du système de santé élargi l'emportent souvent sur les activités de santé publique ou que ces activités soient perdues parmi les structures élargies de la santé (surveillance avec analystes de l'utilisation du système de santé, prévention des maladies chroniques incorporée avec la gestion des maladies chroniques, perfectionnement de l'effectif de santé publique combiné au perfectionnement de l'effectif des ressources humaines de la santé, préparation aux urgences de santé publique conjuguée à la préparation aux urgences du système de santé élargi), en particulier lorsque le personnel/les unités sont structurés pour servir les deux domaines. Il faudrait conserver des ressources exclusivement rattachées aux volets de la santé publique.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 5</p> <p>Transition du système de santé publique sous-provincial de façon contrôlée du modèle de la région de services partagés actuel vers un modèle situé à l'intérieur des régies régionales de la santé.</p> <p>Il faudra pour ce faire :</p> <p>a) Être guidé par la vision du système de santé publique qui est verticalement intégré entre le niveau provincial et le niveau de la régie régionale de la santé du système, chaque niveau étant intégré horizontalement aux autres composantes du système de santé.</p> <p>b) Rôles, responsabilités et responsabilisation définis pour les deux niveaux du système.</p> <p>c) Directeur de la santé publique dans <i>chaque</i> régie régionale de la santé qui a la gestion et la responsabilité des programmes de santé publique au sein de la régie régionale de la santé et qui fournit une analyse au niveau de la population et des conseils aux dirigeants supérieurs et au conseil de la régie régionale de la santé.</p> <p>d) Maintien d'une équipe de santé publique intacte dirigée par le directeur de la santé publique.</p> <p>e) Capacité suffisante aux deux niveaux du système afin d'exercer les rôles et les responsabilités.</p> <p>f) Attentes et engagement d'aide mutuelle entre les régies régionales de la santé pour assurer une capacité de réaction dans certaines situations (p. ex. épidémies et urgences).</p> <p>g) Médecins-hygiénistes ayant un double rôle :</p> <p>i) Médecin hygiéniste pour une ou plusieurs régies régionales de la santé</p> <p>ii) Membre d'une équipe programmatique provinciale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2008 : Examen organisationnel de l'échelon local du système, soutenu par les vice-présidents à la santé communautaire et le MHC, réalisé au cours de deux réunions – le 22 octobre et le 13 novembre 2008. Le groupe convient qu'il faut renforcer la gestion de la santé publique à l'échelon local et que les RRS doivent continuer à collaborer entre elles et avec PPS pour créer un système de santé publique. • 2010 : Les régies régionales de la santé d'Annapolis Valley, de South Shore et de South West continuent de partager les services d'un même directeur de la santé publique. Chaque régie est dotée d'un gestionnaire local de la santé publique et d'une personne chargée du contenu des programmes des communautés en santé, du développement sain et de la prévention et du contrôle des maladies transmissibles. Les régies se partagent de plus les services d'épidémiologistes et d'un médecin hygiéniste. • 2011 : Les régies régionales de la santé de Colchester, d'East Hants, Capital et de Pictou County partagent les services d'un même directeur et chaque régie est dotée d'un gestionnaire. Les régies ont fait l'essai d'un poste partagé pour la direction d'une équipe de prévention et de contrôle des maladies transmissibles, mais cette approche a été abandonnée et un gestionnaire assure le lien à l'échelle des trois régies. • 2011 : La Régie régionale de la santé de Guysborough-Antigonish a nommé un directeur de la santé publique et des soins de santé primaires. • 2011 : La Régie régionale de la santé de Cape Breton a nommé un directeur de la santé communautaire. • 2011 : Capital Health a réorganisé sa structure en fonction du milieu géographique, formant une unité de la Protection de la santé et des unités Compréhension de nos communautés. <p>Examen de mi-parcours : On n'est pas encore pleinement parvenu à fonctionner en un système de santé publique intégré; l'intensification de la régionalisation a été considérée d'un œil positif par les RRS, mais la capacité et l'expertise en matière de santé publique ont été affectées. Les portefeuilles partagés à l'échelon des directeurs ont une incidence sur la direction et le mentorat assuré auprès du personnel, la présence accrue des MH au sein d'un nombre supérieur de RRS aura une incidence positive. Il est d'une importance cruciale qu'on comprenne les activités de la santé publique à tous les échelons du système pour assurer un partage optimal des ressources entre les régies. Il faut mettre en branle un processus soutenant l'innovation et les façons créatrices d'assurer l'efficacité et l'efficience. L'intégration verticale (c.-à-d. le fonctionnement en un système unifié) a été défini comme un problème; il a été reconnu que l'équipe de direction du système de santé publique était prête à tout mettre en œuvre pour réussir, mais qu'elle n'est pas parvenue à assurer la direction et le mentorat requis pour fonctionner et agir en un système unifié. Les RRS travaillent en étroite collaboration ensemble sur les questions touchant le système et les services partagés en tenant des rencontres des trois vice-présidents qui pourraient soutenir la santé publique au fur et à mesure que se déroulent ses pourparlers sur la façon de fonctionner de manière optimale.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 6</p> <p>Les ministères de la Santé, de l'Environnement et du Travail, et de l'Agriculture et des Pêches entreprennent un processus collectif pour réaliser les buts suivants :</p> <p>a) Cerner, d'après le point de vue des trois ministères, les principaux enjeux et préoccupations concernant la répartition actuelle des responsabilités et des ressources en matière de santé publique;</p> <p>b) Déterminer les différents enjeux relatifs à la santé publique et les programmes connexes qui doivent être offerts;</p> <p>c) Déterminer la meilleure répartition des responsabilités et des ressources requises pour donner suite aux constatations mentionnées au paragraphe b);</p> <p>d) Dresser un plan de mise en œuvre pour atteindre le but du paragraphe c).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2007, le Comité mixte pour la protection de la santé environnementale (CMPSE) a été établi. On a mis sur pied par le truchement de ce comité un groupe de travail sur les ressources humaines en santé environnementale afin d'améliorer les possibilités de stages offertes aux personnes entrant au sein de la profession. • Le CMPSE, dirigé par PPS, a consulté des intervenants tout au long de 2009-2010 pour évaluer les principaux problèmes et préoccupations concernant la distribution des responsabilités en matière de santé publique parmi les trois ministères et il élaboré un plan pour rectifier ces problèmes. Le plan n'a pas obtenu l'appui d'Agriculture ni d'Environnement en raison des exigences par rapport aux ressources humaines. • Depuis 2008, le centre de responsabilité de la santé environnementale au sein du ministère de la Santé et du Bien-être a rehaussé l'importance accordée à la santé environnementale au sein du système de santé publique en ajoutant deux consultants en santé environnementale et deux agents de programmes qui soutiennent directement l'intervention face aux problèmes de santé environnementale, l'atténuation des dangers pour la santé, l'élaboration des programmes et des dispositions législatives par rapport à plusieurs aspects de la santé environnementale. <p>Examen de mi-parcours : Malgré les efforts intenses déployés pour améliorer la communication et la collaboration entre les trois ministères, des lacunes prononcées subsistent toujours en ce qui a trait à la collecte et à l'échange de données, à la capacité et à l'amélioration de la formation. Ces lacunes gênent une intervention opportune face aux dangers pour la santé et représentent une source de vulnérabilité pour le système de santé. Il est essentiel d'établir un programme environnemental de santé publique doté d'une capacité exclusive en inspecteurs en santé publique au sein du système de santé. Une telle mesure nécessitera un investissement marqué en ressources.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 7</p> <p>Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique en mettant l'accent sur les lacunes importantes de la main-d'œuvre actuelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On a réalisé un projet pilote au sein de la RRS Capital pour évaluer l'état de préparation organisationnel à l'intégration des compétences en base en matière de santé publique au sein des processus et outils des RH. • On a terminé le projet pilote de dénombrement du personnel de santé publique en Nouvelle-Écosse dans le cadre des travaux du groupe de travail FPT. • Le perfectionnement de l'effectif a été défini comme une norme de base de la santé publique par rapport à l'élément clé de la gestion de la taille et de la composition de l'effectif, de la conservation et de la gestion de l'effectif, et du perfectionnement des capacités en fait de compétences au sein de l'effectif. <p>Examen de mi-parcours : Le perfectionnement de l'effectif continue à être signalé comme un problème important, en particulier compte tenu de la nouvelle vision et orientation de la santé publique. L'enrichissement de la capacité de l'effectif, conjugué aux restrictions budgétaires croissantes, représente un défi mais constitue une infrastructure fondamentale de l'amélioration de la capacité de la santé publique.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 8</p> <p>Accroître la taille générale de la main-d'œuvre ainsi que les ensembles de compétences spécialisées, y compris, mais non exclusivement :</p> <p>a) Épidémiologistes, b) Professionnels de la santé publique ayant une maîtrise, c) Directeurs de la santé publique des régies régionales de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des ETP de santé publique au moment de l'établissement du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (17 ETP) et accroissement de la capacité des RRS (26 ETP). • Établissement d'un centre de responsabilité de la santé et de la surveillance de la population. • Réalisation d'une analyse de marché par rapport au rôle des épidémiologistes. • Réalisation d'une évaluation de l'atelier d'encadrement des inspecteurs en santé publique et des placements de stagiaires. • Embauche d'un directeur de la santé publique de RRS (RRS 4, 5 et 6), d'un directeur de la santé communautaire (RRS 8) et d'un directeur des soins primaires et de la santé publique (RRS 9) – possédant chacun des ensembles de compétences différents. • Embauche de deux médecins hygiénistes possédant une spécialisation en santé publique et médecine préventive. <p>Examen de mi-parcours : On a éprouvé de la difficulté à recruter et à conserver du personnel possédant une formation spécialisée en santé publique. Même si certains investissements ont été réalisés, il faut améliorer notre capacité de surveillance pour intervenir face aux maladies transmissibles et non transmissibles ainsi qu'aux blessures. Le soutien de l'ensemble du système de santé publique doit devenir une priorité. La possibilité d'accès local à une formation au niveau de la maîtrise ne s'est pas matérialisée. Les ressources financières investies jusqu'à présent ont principalement été liées aux ETP. On a recruté des médecins hygiénistes et accru la capacité de l'équipe de MH.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 9</p> <p>Créer un partenariat avec le secteur universitaire afin de développer et d'établir des programmes de formation et des stages pratiques, y compris appuyer le développement d'une unité d'enseignement en santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons investi beaucoup de temps, d'énergie et de ressources auprès de l'Université Dalhousie (Faculté des professions de la santé et de médecine) pour préparer une proposition en vue de la fourniture d'une maîtrise en hygiène publique. Les résultats du programme et les aperçus de cours préparés en collaboration reflète la vision et l'orientation de la santé publique en Nouvelle-Écosse. La planification a en particulier mis l'accent sur la formation à distance et la flexibilité par rapport aux travaux de cours. • Collaboration avec le ministère de l'Éducation à la préparation d'une proposition de maîtrise en hygiène publique soumise à l'Université Dalhousie. • Engagement auprès de l'École de médecine de l'Université Dalhousie par rapport au remaniement du programme d'enseignement destiné aux étudiants en médecine. • Renforcement des relations avec la Santé communautaire et l'Épidémiologie depuis la nomination d'un nouveau directeur, le D^r Adrian Levy. • Rencontre exploratoire avec l'Université du Cap-Breton au sujet de l'établissement d'une unité de recherche sur la santé de la population. <p>Examen de mi-parcours : Malgré le travail continu auprès de l'Université Dalhousie, la proposition de collaboration en vue de l'établissement d'une maîtrise en hygiène publique ne s'est pas encore pleinement concrétisée. On n'a pas adopté d'approche détaillée pour les nominations conjointes de praticiens en santé publique.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 10</p> <p>Revoir, mettre à jour et mettre en œuvre une stratégie des technologies de l'information afin d'améliorer l'infrastructure de l'information pour appuyer les fonctions de base et les programmes de santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis 2006, la Nouvelle-Écosse participe activement au Projet Inforoute pancanadien de surveillance et de gestion de la santé publique en matière de maladies transmissibles (PANORAMA). • En 2009, le projet PANORAMA a été mis en suspens en Nouvelle-Écosse à la suite d'une intervention face à une pandémie qui a nécessité les ressources humaines nécessaires au projet et l'harmonisation du plan de mise en œuvre de la Nouvelle-Écosse avec le projet national. • Au cours de l'automne 2010, PPS (maintenant le MSME) a demandé au Conseil du Trésor des fonds pour relancer le projet. Compte tenu des coûts associés à PANORAMA, le CT a demandé la réalisation d'un exercice de diligence raisonnable, pour l'évaluation d'autres applications qui n'existaient auparavant pas sur le marché au moment de la mise sur pied de PANORAMA. Cet exercice a été réalisé au cours du printemps 2011. • En 2011, l'information pertinente a été présentée au comité directeur de PANORAMA (maintenant disparu) avec une recommandation signalant que pour faire progresser le travail de prévention et de contrôle des maladies transmissibles au cours du 21^e siècle, il demeure essentiel de se doter d'un système d'information de santé publique électronique complet englobant notamment la gestion des épidémies, la surveillance, la tenue d'un registre de la vaccination et la tenue d'un inventaire. <p>Examen de mi-parcours : L'absence de système d'information de santé publique complet demeure une lacune importante et une source de vulnérabilité. Même si l'approche pancanadienne avait été jugée comme la meilleure approche, il faudra trouver d'autres options étant donné qu'elle n'est plus en marche. Le gouvernement provincial devra par conséquent sélectionner, financer et soutenir la mise en place d'une solution de rechange. Ce besoin devra être défini comme une priorité selon le point de vue de l'infrastructure de la santé ainsi que des investissements à réaliser dans le cadre de son amélioration et de sa mise en place.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p><u>Mesure 11</u></p> <p>Établir pour le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse des normes basées sur l'expérience applicables à l'échelle provinciale et aux régies régionales de la santé, qui peuvent être adaptées aux circonstances locales et qui appuient la planification à l'échelle locale et provinciale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En 2009, on a entrepris des travaux par rapport à un cadre des programmes de base s'appuyant sur la planification stratégique qui a contribué à l'élaboration de normes. L'établissement de six jalons et la clarification de la vision de la santé publique ont procuré le fondement de l'élaboration des normes du système de santé publique (2011-2016). <p>Examen de mi-parcours : On a élaboré en 2011 des normes de santé publique basées sur les résultats de la planification stratégique. Des travaux s'avèrent nécessaires pour leur élaboration plus détaillée (c.-à-d. protocoles) et le soutien du travail provincial et local. Les normes devraient contribuer à renforcer l'approche du système par rapport aux activités de santé publique.</p>
<p><u>Mesure 12</u></p> <p>Établir un mécanisme de responsabilisation à plusieurs composantes pour le système de santé publique :</p> <p>a) Planification, fixation des priorités et mise en œuvre des interventions axées sur l'expérience;</p> <p>b) Suivi financier de l'investissement dans le système et son application;</p> <p>c) Rapports sur le rendement du système;</p> <p>d) Rapports sur la santé du public.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En 2008-2009, les budgets de la santé publique ont été consolidés au sein d'une feuille maîtresse des RRS pour l'année budgétaire 2008-2009. Les budgets remaniés à l'échelon des RRS sont conformes aux lignes directrices SIG de l'ICIS. L'évaluation de l'approche de financement de la santé publique est terminée. Un rapport a été présenté à la réunion de l'American Public Health Association en novembre 2009 et à celle de l'Association canadienne de santé publique en juin 2010. <p>Examen de mi-parcours : La nécessité d'un cadre de responsabilisation persiste toujours et un travail fondamental doit être réalisé. Cette mesure est liée aux normes de santé publique, aux rôles et aux responsabilités, et aux dispositions législatives.</p>
<p><u>Mesure 13</u></p> <p>Élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique afin d'assurer la prestation de services de laboratoire de santé publique de qualité élevée en Nouvelle-Écosse par le laboratoire de santé publique provincial et afin d'assurer la responsabilisation des fonctions de santé publique par le réseau provincial de laboratoires envers le système de santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le réseau des laboratoires de santé publique est financé et maintenant en place. Il continue à se pencher sur les problèmes techniques et les problèmes de capacité à l'échelle du système. <p>Examen de mi-parcours : L'investissement réalisé dans les services de laboratoire est qualifié de succès.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p>Mesure 14</p> <p>Rédiger une loi sur la santé publique qui décrit, de manière générale, les fonctions, approches, structures, rôles et responsabilités du système de santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La législation relative à la santé publique a été incorporée dans le plan législatif quinquennal du gouvernement. • De nouvelles lois (loi sur l'art corporel sécuritaire [<i>Safe Body Art Act</i>] [2011], loi sur les lits de bronzage [<i>Tanning Beds Act</i>] [2011] et loi sur les casques des sports de neige [<i>Snow Sport Helmet Act</i>] [2011]) ont été préparées. Il existe actuellement des lois visant la protection de la santé et le tabac. Il faut une loi qui reflétera toutes les fonctions de la santé publique. <p>Examen de mi-parcours : Un groupe de travail sur la législation en matière de santé publique a été mis sur pied.</p>
<p>Mesure 15</p> <p>Préparer le système de santé publique à réagir aux épidémies et aux autres situations d'urgence en santé publique en prévoyant :</p> <p>a) des ressources pour la planification, la formation et l'exercice pour les situations d'urgence;</p> <p>b) une capacité continue et de réaction suffisante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La grippe A (H1N1) a permis au système de santé publique ainsi qu'au système de santé élargi de faire preuve de leur capacité de suivi de la planification et de réaction au sein du système. ▪ Le système de santé publique a dans l'ensemble bien réagi et un processus détaillé permettant de tirer des leçons de la situation a été lancé. ▪ On a mis en application la planification de la continuité des activités et cerné des possibilités d'amélioration. ▪ La situation a mis au jour certaines sources de vulnérabilité, plus précisément liées à la capacité de surveillance et à l'épidémiologie, aux systèmes d'information (absence de ceux-ci) et aux possibilités d'assistance mutuelle. <p>Examen de mi-parcours : Des améliorations structurales et des améliorations des processus sont survenues, tel qu'en a témoigné la grippe A (H1N1). Cette dernière n'a toutefois pas réellement mis à l'épreuve la surveillance des maladies transmissibles, les enquêtes et le contrôle de ces maladies (il s'est principalement agi d'un exercice de gestion d'une vaccination de masse) – elle n'a par conséquent pas vérifié/exposé les lacunes existantes par rapport à la capacité/aux processus ou aux systèmes d'information des RRS. Elle a néanmoins mis au jour la lacune que présente l'absence de registre de la vaccination, qui a eu un effet sur la qualité de nos données sur la couverture de la vaccination. Elle a également permis une vérification de la capacité des RRS de gérer les formalités liées à l'inventaire des vaccins de façon opportune.</p>

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu		
<p>Mesure 16</p> <p>Mettre en œuvre un plan pluriannuel (c.-à-d. de 5 à 10 ans) pour doubler le financement actuel du système de santé publique afin d'accroître la capacité du système provincial de promouvoir la santé, et de prévenir les maladies et les blessures de façon optimale, et d'être prêt à réagir aux situations d'urgence en matière de santé publique. [Le financement actuel du système de santé publique représente environ 1,2 % des dépenses du système de santé provincial ou 31 millions de dollars, sans les coûts des vaccins ou des inspecteurs de la santé publique.]</p>	Année	Nouveau budget du système de santé publique	Nouveaux vaccins
	2006-2007	3,3 M\$ = 1,1 M\$ (renouvellement) + 2,25 M\$ (programmes)	0
	2007-2008	3,6 M\$	3,2 M\$
	2008-2009	2,7 M\$	1,2 M\$
	2009-2010	3,1 M\$	
	2010-2011	(1,0 M\$)	
	2011-2012	(0,438 M\$)	
	<p>Examen de mi-parcours : Même si certains gains sont survenus initialement, la santé publique a été touchée par des réductions au cours des derniers exercices. Des investissements importants sont nécessaires pour rectifier les volets de la santé environnementale, des systèmes d'information de santé publique, de la capacité de surveillance de la santé publique et du perfectionnement de l'effectif. Tous ces volets constituent des domaines importants d'investissement.</p>		
<p>Mesure 17</p> <p>Discuter avec le secteur universitaire de la Nouvelle-Écosse des possibilités de collaboration avec le système de santé publique en matière de formation, de recherche appliquée et de service.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travail ponctuel dans ce domaine. <p>Examen de mi-parcours : On a réalisé très peu de progrès par rapport à cette mesure malgré les efforts déployés pour mettre sur pied un programme de maîtrise en hygiène publique à l'Université Dalhousie.</p>		
<p>Mesure 18</p> <p>Discuter avec les organismes régionaux du Canada atlantique et les autres provinces de l'Atlantique des possibilités de collaboration aux fonctions du système de santé publique mutuellement avantageuses et au développement de l'infrastructure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travail ponctuel à cet égard. <p>Examen de mi-parcours : On a réalisé très peu de progrès par rapport à cette mesure. La mesure à prendre reposait de façon optimiste sur la prévision d'un renforcement parallèle de la santé publique dans les autres provinces.</p>		

Mesures pour le renouvellement du système exposées dans le rapport (2006)	Compte rendu
<p><u>Mesure 19</u></p> <p>Créer un partenariat avec le gouvernement fédéral et l'Agence de santé publique du Canada afin de renforcer, en collaboration, le système de santé publique en Nouvelle-Écosse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2009-2010, pendant la pandémie de grippe A (H1N1), la Nouvelle-Écosse a joué un rôle marquant au sein du Comité consultatif spécial (CCS) et par rapport à toutes les questions entourant le vaccin contre la grippe A (H1N1) et l'approvisionnement en vaccins. • Participation active continue au Réseau de santé publique (RSP). <p><u>Examen de mi-parcours</u> : Cette mesure nécessite une attention continue. Les rôles de l'ASPC et du bureau régional semblent toujours en évolution. La Nouvelle-Écosse a su profiter des postes d'agents de santé publique et de la formation des diplômés pour se doter de médecins hygiénistes.</p>
<p><u>Mesure 20</u></p> <p>Discuter avec le secteur non gouvernemental des possibilités d'accroître la collaboration entre les systèmes de santé publique formels et informels en Nouvelle-Écosse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La collaboration avec de multiples partenaires représente un élément central des mesures prises aux échelons local et provincial. Le MHC a été réceptif aux demandes de la communauté des ONG/des partenaires du secteur souhaitant une collaboration vis-à-vis de points d'intérêt commun. <p><u>Examen de mi-parcours</u> : Cette mesure nécessite une attention soutenue.</p>
<p><u>Mesure 21</u></p> <p>Créer une équipe du projet pour gérer la mise en œuvre des actions stratégiques susmentionnées; un projet pluriannuel nécessitant une équipe d'au moins cinq personnes pour gérer la mise en œuvre des mesures établies ci-dessus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de renouvellement de la santé publique a été pleinement dotée; le poste de directeur du projet d'intégration du système de santé publique a été comblé au moyen d'un détachement d'une année. La mesure permet un apprentissage du système aux deux paliers du système. • L'équipe a assuré une direction et une continuité des initiatives menées à l'échelle du système (planification stratégique, élaboration des normes, etc.). <p><u>Examen de mi-parcours</u> : La fonction de direction et de coordination a dû faire progresser des activités complexes du système. Le détachement au poste de directeur de l'intégration de la SP a été considéré comme une mesure extrêmement positive.</p>