



Réseau pancanadien de santé publique
Partenaires en santé publique

**RAPPORT ANNUEL
2005-2006**

**PRÉSENTÉ À LA
CONFÉRENCE DES SOUS-MINISTRES FPT DE LA SANTÉ
JUN 2006**

CONTENU

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	CONSTITUTION DU RÉSEAU.....	1
	2.1. Imputabilité	2
	2.2. Formation des groupes d’experts et des groupes de travail	2
	2.3. Examen de la structure du Comité du Réseau de santé publique.....	4
	2.4. La constitution d’un réseau durable, efficace et efficient.....	5
	2.5. Participation des Autochtones au Réseau de santé publique	5
3.	RAPPORT SUR LES PRIORITÉS ET LES RÉALISATIONS DE LA PREMIÈRE ANNÉE	6
	3.1. Mise en œuvre du plan de travail de la première année	6
	3.2. Prise en considération des nouvelles orientations en 2005-2006 – réduction graduelle des activités du CCSPSS.....	7
	Transfert des activités du CCSPSS au Réseau de santé publique.....	8
	Rapports du CCSPSS – approches en matière de mise en oeuvre.....	9
	Rapport sur l’infrastructure de santé publique.....	9
	Cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé publique	10
	Renforcement de la capacité de surveillance des maladies chroniques.....	10
	Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.....	11
	3.3. Communications.....	11
4.	PRÉPARER L’AVENIR.....	12
5.	CONCLUSION.....	13

ANNEXES

Annexe A : Liste des membres du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique..14

1. INTRODUCTION

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont annoncé, en avril 2005, la création du Réseau pancanadien de santé publique devant faire office de mécanisme intergouvernemental clé, dans le secteur de la santé publique. La création de ce réseau fait suite à l'engagement pris par les premiers ministres, dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, de travailler en collaboration et en coopération à l'amélioration, à l'échelon pancanadien, de la capacité en santé publique.

Le Réseau de santé publique est opérationnel depuis un an et il est devenu le centre de coordination des mesures prises par les administrations FPT en matière de santé publique au Canada. Essentiellement, il s'est soucié de donner suite aux engagements et priorités cernés par la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé (CSMS) et les ministres FPT de la Santé, entre autres ceux énoncés dans le rapport du Groupe de travail FPT spécial *Partenaires en santé publique*.

Le présent document est le premier rapport annuel du Réseau. Il est fondé sur le contenu de la mise à jour de décembre 2005 et le rapport provisoire présenté aux sous-ministres FPT de la Santé (juin 2005) et aux ministres FPT de la Santé (octobre 2005). Le présent rapport annuel donne un aperçu de la première année d'activité, entre autres, des progrès réalisés en vue de la mise en place d'un réseau efficace et efficient, de l'état d'avancement des réalisations attendues en 2005-2006 et des décisions et des orientations prises au cours de l'année dernière. Il récapitule également les nouveaux secteurs de priorité à mettre en oeuvre en vertu du plan de travail 2006-2007. Le présent rapport illustre également de quelle manière les membres du réseau collaborent afin que les administrations FPT et les autres intervenants du domaine de la santé publique puissent plus facilement prendre des mesures et intervenir en cas d'urgence en santé publique, ainsi que la façon de renforcer la capacité sanitaire publique à traiter d'autres questions et besoins prioritaires en santé publique.

2. CONSTITUTION DU RÉSEAU

Au cours de la première année de fonctionnement du réseau, le Conseil, qui est l'organisme dirigeant principal et central du Réseau, a très rapidement mis l'accent sur l'établissement des composantes du Réseau (p. ex. les groupes d'experts) et des liens avec les partenaires aux fins de la mise en place d'un mécanisme FPT durable de collaboration en santé publique. Qui plus est, il a surtout fort insisté sur la prestation de conseils stratégiques à la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé (CSMS) relativement aux principales priorités en santé publique et à la mise en oeuvre des directives des sous-ministres et des ministres. Ce deuxième axe parallèle de travail est étudié plus à fond dans la section 3 du présent rapport.

2.1. Imputabilité

Le Conseil du Réseau, qui est tenu de rendre compte à la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé (CSMS), a orienté le travail du Réseau en fonction des attributions définies dans le mandat approuvé par le CSMS. Le Conseil se penche sur les activités du Réseau sous un angle stratégique et de coordination et a été mandaté pour :

- faciliter la mise en commun de l'information entre les administrations;
- diffuser de l'information concernant les pratiques exemplaires en santé publique;
- fournir de l'aide aux administrations eu égard aux problèmes de santé publique auxquels elles doivent faire face en cas d'urgence;
- assurer la prestation de conseils et des réalisations attendues relativement aux enjeux prioritaires, entre autres les rapports périodiques présentés aux sous-ministre FPT de la Santé sur les questions et les activités du Réseau ayant trait à la santé publique;
- collaborer aux activités quotidiennes en santé publique;
- respecter les secteurs de compétence dans le domaine de la santé publique.

Le Conseil a orienté le travail du Réseau en se fondant sur les principes de la collaboration, de la souplesse et, au besoin, de la coordination des activités des gouvernements FPT et des autres intervenants en matière de santé publique au Canada. On prévoit que la mise en application de ces principes permettra aux secteurs de compétence de mieux protéger et promouvoir la santé des Canadiens.

2.2. Formation de groupes d'experts et de groupes de travail

L'une des premières priorités du Conseil a été d'élaborer la structure de gouvernance du Réseau. Font partie de ce dernier, à l'heure actuelle, le Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC), six groupes d'experts, deux groupes de travail formés pour une durée limitée et les 34 groupes thématiques originaux dont il est question dans le rapport *Partenaires en santé publique* (mars 2005), et qui ont par la suite été approuvés par la CSMS.

À mi-année en 2005, le CMHC a été intégré au Réseau aux fins de la coordination du volet technique et opérationnel en matière de santé publique. Qui plus est, les groupes d'experts sont dorénavant opérationnels et donnent en permanence des conseils spécialisés en ce qui a trait à six secteurs prioritaires en santé publique :

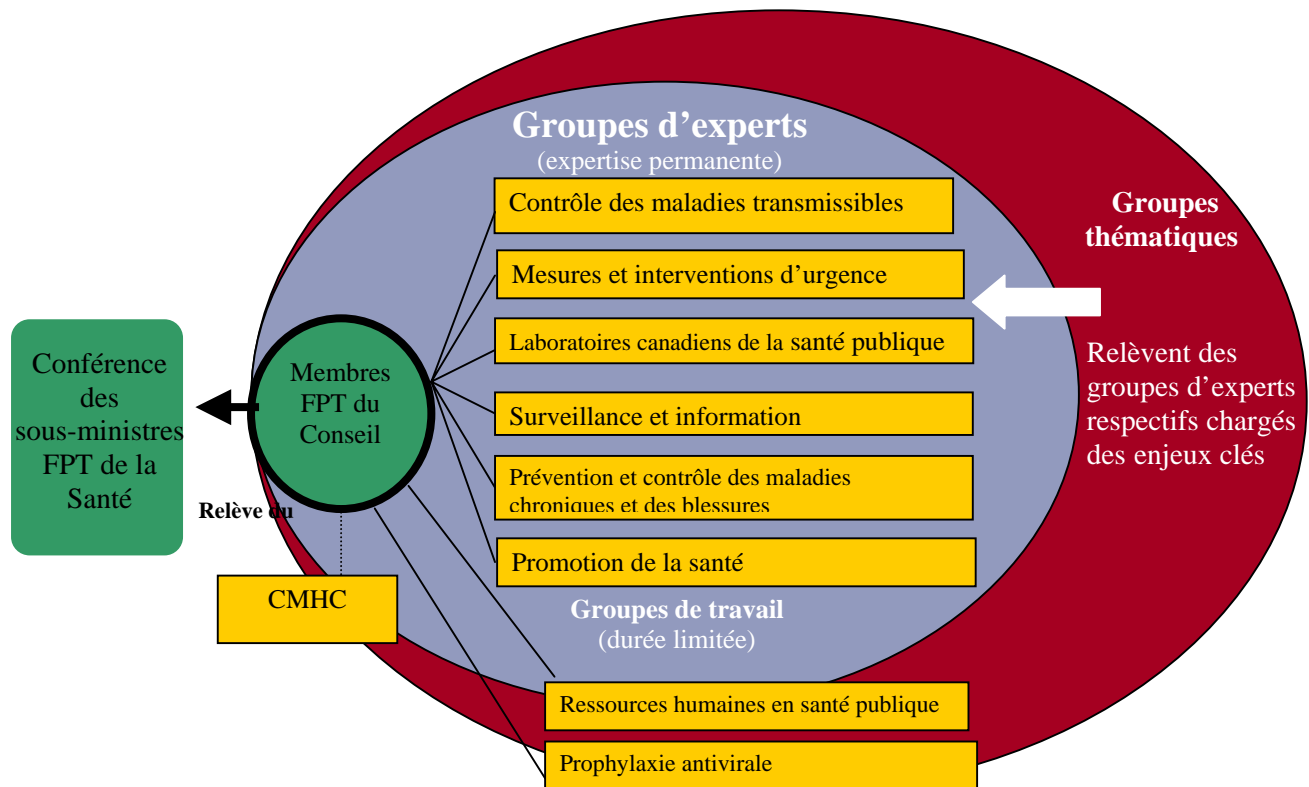
- Contrôle des maladies transmissibles
- Mesures et interventions d'urgence
- Laboratoire canadien de santé publique
- Surveillance et information
- Prévention et contrôle des maladies chroniques et des blessures
- Promotion de la santé de la population

Tous les groupes d'experts sont dotés de représentants FPT nommés par leurs administrations respectives. Deux de ces groupes d'experts (le groupe d'experts sur la surveillance et information et le groupe d'experts en promotion de la santé de la population) ont tiré parti des connaissances spécialisées de personnes ne faisant pas partie du secteur public (p. ex. des universitaires, chercheurs et membres d'organisations professionnelles ou du secteur privé), et quatre groupes évaluent les possibilités d'améliorer leurs activités grâce à la participation d'experts en santé publique travaillant à l'extérieur du secteur public. Les groupes d'experts se sont réunis afin d'élaborer leur mandat et de définir les secteurs prioritaires des mesures à prendre en collaboration avec les administrations FPT. Le Conseil du Réseau a approuvé ces mandats et les groupes d'experts étudient les priorités approuvées par le Conseil, de même que celles prescrites par la CSMS et les ministres FPT de la Santé (dont il est question dans le plan de travail annuel du Réseau). De plus, les coprésidents du Conseil ont tenu en mars 2006 une réunion avec les coprésidents du groupe d'experts et leurs secrétariats afin d'orienter la collaboration au sein du Réseau et de discuter des possibilités qui y sont liées. Les coprésidents des groupes d'experts tiennent également des réunions et des téléconférences afin de discuter des initiatives conjointes. Le Conseil a passé en revue les projets de plans de travail des groupes d'experts qui seront approuvés, lorsqu'ils seront plus élaborés, à l'été 2006.

Les rôles et responsabilités du Conseil du Réseau et du Secrétariat ont été approuvés en même temps que le mandat du Conseil. Les rôles et responsabilités des titulaires de postes clés du Réseau font l'objet d'une élaboration plus poussée.

Le Réseau a mis sur pied deux groupes de travail formés pour une durée limitée et chargés de la mise en œuvre de certaines priorités, ce qui permettra, selon le CSMS, d'accroître la capacité en ressources humaines dans le domaine de la santé publique et de formuler une recommandation stratégique nationale quant à l'utilisation des antivirus à des fins prophylactiques. Les travaux de ces groupes seront passés en revue dans une autre section du présent rapport. La figure 1 illustre le modèle de structure et de gouvernance du Réseau de santé publique.

FIGURE 1 : STRUCTURE DU RÉSEAU EN SANTÉ PUBLIQUE



2.3. Examen de la structure du Comité du RSP

On a réalisé un certain nombre d'examen des comités FPT par le passé. Les examens les plus importants et les plus récents constituent le rapport final du groupe de travail des sous-ministres sur le processus d'examen FPT, présenté en 2002, et le rapport du groupe de travail FPT spécial sur la santé publique intitulé « Évaluation des comités FPT aux fins d'intégration appropriée dans le réseau pancanadien de santé publique » (novembre 2004) cité à titre de référence dans le rapport *Partenaires en santé publique*.

Tel qu'il avait été prescrit par la CSMS en décembre 2005, le Conseil a procédé à l'évaluation des comités traitant des questions de santé publique au sein de la structure du Réseau de santé publique et de ceux qui n'en font pas partie en vue d'améliorer la collaboration FPT et de rationaliser la structure des comités FPT en vue de la résolution efficace des problèmes en santé publique. L'examen actuel se fonde sur les résultats des examens passés et comprend une évaluation approfondie de la structure du comité du Réseau fondée sur l'« Évaluation des comités FPT aux fins d'intégration appropriée dans le réseau pancanadien de santé publique » ainsi qu'une évaluation d'autres comités FPT de santé publique en lien avec les mandats des groupes d'experts actuels.

Les objectifs visés par cet examen étaient les suivants :

- de rationaliser et de redéfinir la structure actuelle de comité afin de garantir sa pertinence et son efficacité à formuler des recommandations en lien avec les ordres FPT et à assumer les responsabilités inhérentes à celles-ci;
- de cibler les possibilités d'améliorer les liens et le partage d'information entre les groupes et de trouver des moyens efficaces pour obtenir, de manière durable, des conseils stratégiques au sujet des questions en santé publique et des priorités.

Puisqu'il est urgent qu'on prenne des mesures et qu'on intervienne dans le cas d'une éventuelle pandémie d'influenza, le Conseil du Réseau a rapidement pris la décision, à mi-chemin en 2005, d'examiner le lien hiérarchique du Comité d'influenza pandémique (CIP), qui relevait auparavant du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). Le CIP relève désormais officiellement du Groupe d'experts sur le contrôle des maladies transmissibles, sauf en cas de pandémie, ou il relèverait directement du Conseil du Réseau de santé publique.

Le Conseil a formulé des recommandations au sujet de l'examen de la structure du Comité du RSP et a préparé un rapport à cet égard, qui sera présenté pour étude à la CSMS au cours de la réunion prévue pour juin 2006.

2.4 La constitution d'un Réseau durable, efficace et efficient

En vue de poursuivre l'établissement du Réseau de santé publique en tant que mécanisme efficace et durable à long terme, le Conseil a élaboré des politiques et procédures servant à gérer l'établissement éventuel de nouveaux comités au sein de la structure du Réseau. Ces politiques permettront au Réseau de réaliser les points suivants :

- éviter le chevauchement des efforts;
- garantir une structure opérationnelle efficace et simplifiée;
- gérer de manière prudente les ressources du Réseau;
- améliorer la provision efficace d'expertise et de conseils au sujet des questions prioritaires.

Le Réseau reconnaît le fait que de nouveaux groupes auront peut-être à se former afin de traiter d'initiatives précises. Cependant, le Conseil a indiqué que les groupes ne seraient créés que pour traiter des priorités émergentes en santé publique déterminées par la CSMS et les ministres FPT de la Santé. Lorsque cela sera possible, le Réseau travaillera de pair avec les entités en santé publique (par ex. les Centres nationaux de collaboration, les IRSC, etc.) à l'extérieur de la structure du Réseau, au besoin, afin de tirer profit de leur expertise et du travail en cours.

2.5. Participation des Autochtones au Réseau de santé publique

Le Conseil du Réseau a reconnu que l'état de santé des peuples autochtones constitue une priorité publique et une question clé devant être prise en considération dans l'ensemble des activités du Réseau. L'examen quant à la ligne de conduite qu'il conviendrait d'adopter pour faire en sorte que soit pris en considération le point de vue des Autochtones dans les discussions et le processus décisionnel du Réseau suit sont cours. Le Conseil a demandé au Secrétariat du Réseau de santé publique de procéder en son nom à une série de consultations et de dialogues (notamment les réunions bilatérales) avec les organisations et collectivités autochtones afin de solliciter leur avis au sujet des méthodes appropriées permettant à l'expertise et l'expérience des Autochtones de contribuer à la recherche et au développement de la politique en matière de santé publique ainsi qu'aux stratégies et initiatives connexes au cœur de la structure du Réseau.

Afin de déclencher le processus servant à impliquer la collectivité autochtone dans le Réseau, on a tenu, en février 2006, une séance d'information pour les représentants autochtones du secteur de la santé publique sur la structure du Réseau et ses activités en cours. Pendant cette réunion, on a lancé des premières idées et discuté des possibilités d'implication des Autochtones au sein du Réseau. Des discussions bilatérales subséquentes avec les organisations autochtones nationales sont en route, et des réunions avec d'autres secteurs de la collectivité autochtone se préparent. Ces séances permettront de recueillir des renseignements qui serviront à l'élaboration d'un plan pour la participation de la communauté autochtone au travail du Réseau, ainsi que de mieux comprendre les problèmes et défis qui pourraient être résolus par l'entremise du Réseau de santé publique. Le projet fait partie du plan de travail 2006-2007 du Réseau et sera soumis à l'étude du CSMS à la fin de l'automne 2006.

3. RAPPORT SUR LES PRIORITÉS ET LES RÉALISATIONS DE LA PREMIÈRE ANNÉE

3.1. Mise en œuvre du plan de travail de la première année

Outre le renforcement des composantes du Réseau de santé publique, le deuxième axe, parallèle, du travail effectué par le Réseau en 2005-2006, vise la prestation de recommandations en matière de politiques et de nouveaux outils et produits permettant d'améliorer la planification d'urgence et l'infrastructure de santé publique d'un bout à l'autre du Canada. Le plan de travail du Réseau pour 2005-2006, conçu et préparé par le Groupe de travail spécial sur la santé publique, constituait un plan très ambitieux et général. Certains ajustements ont été apportés au plan original à la suite du lancement du Réseau, en avril 2005, et des conseils et directives donnés par la suite par les sous-ministres FPT. Par exemple, il n'était pas réaliste de croire que le Réseau, qui vient tout juste d'être créé, puisse mettre au point cinq ententes multipartites durant sa première année d'activité. Les sous-ministres ont plutôt convenu qu'en 2005-2006 le Réseau se concentrerait sur l'élaboration des principes et volets de deux ententes multipartites – sur l'aide réciproque en situation d'urgence et la mise en commun des renseignements en matière de santé publique.

Le Conseil a veillé à ce que les activités du Réseau soient conformes aux directives des sous-ministres FPT qui veulent que les efforts soient centrés sur les principales priorités. A mi-chemin dans l'année, le Conseil s'est également adapté aux nouvelles directives concernant l'examen des rapports du CCSPSS présentés au Réseau de santé publique par les sous-ministres et les ministres FPT de la Santé aux fins d'obtention de conseils et de la mise en œuvre des recommandations, ce dont il est question à la section 3.2 du présent rapport.

En résumé, les priorités auxquelles le Réseau de santé publique a donné suite en 2005-2006 sont les suivantes :

(1.) Constitution du Réseau

- Désignation des membres et opérationnalisation du Conseil et des six groupes d'experts.
- Mise en place du secrétariat portant appui au Conseil et aux gestionnaires du RSP.
- Formation, pour une durée limitée, de groupes de travail se concentrant sur :
 - les ressources humaines en santé publique;
 - la prophylaxie antivirale.
- Évaluation des groupes thématiques au sein de la structure du Réseau et des comités FPT connexes afin d'assurer l'efficacité de la structure du Réseau.

(2.) Collaboration à l'élaboration d'ententes multipartites

- Élaboration des éléments du protocole d'entente sur l'aide réciproque.
 - Approbation des principes d'élaboration du PE sur l'aide réciproque.
 - Élaboration de la *Liste de vérification des pratiques exemplaires visant à favoriser l'aide réciproque en cas de catastrophe ou d'urgence en santé publique*.
- Élaboration des volets de l'entente sur les renseignements en santé publique :
 - Tenue de consultations sur les versions provisoires des principes d'élaboration de l'entente.
 - Élaboration des *Processus permettant la mise en commun de l'information dans une situation d'urgence*.

(3.) Nouvelles orientations en 2005-2006 conformément aux conseils ou directives du CSMS

- Prestation de conseils au sujet des rapports du CCSPSS présentés au Réseau et mise en œuvre de ces derniers :
 - Analyse du rapport, *Améliorer l'infrastructure du système de santé publique au Canada*, et détermination des secteurs d'activité prioritaires.
 - Évaluation des rapports sur la santé publique du CCSPCC afin de dégager une ligne de conduite quant à la mise en œuvre (description plus détaillée dans la section suivante du présent rapport).
- Préparatifs et intervention en cas de pandémie :
 - Élaboration conjointe de recommandations par le Réseau et le CMHC au sujet de la taille et de l'utilisation des réserves nationales d'antiviraux.
- Mise au point du *Cadre de gestion des urgences en santé*.
- Parachèvement du *Protocole d'intervention en cas de flambée de maladies respiratoires*.

3.2. Prise en considération de nouvelles orientations en 2005-2006 – réduction progressive des activités du CCSPSS

À mi-chemin en 2005, le CSMS a décidé de réduire graduellement les activités du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente du présent rapport, cette décision est l'origine de nouvelles orientations et de l'ajout de secteurs prioritaires du Réseau.

Transfert des activités du CCSPSS au Réseau de santé publique

En novembre 2005, avant la réduction graduelle des activités du CCSPSS, le Conseil du Réseau et la CCSPSS ont tenu une réunion conjointe pour transférer officiellement les activités du Comité au Réseau. Le Conseil et son secrétariat ont travaillé en étroite collaboration avec le CCSPSS pour tirer profit des réalisations de ce dernier, diffuser les leçons apprises et coordonner les efforts en vue de régler les enjeux liés à la transition. Le Conseil s'est chargé de la fonction à long terme de conseiller en matière de politique du CCSPSS, dans le cadre de sa planification stratégique et opérationnelle continue.

Qui plus est, le Conseil du Réseau a demandé à son secrétariat de collaborer avec les comités de liaison qui se rapportaient au CCSPSS et les responsables des initiatives connexes pour maintenir un lien relativement aux principales questions de santé publique. Les comités déjà existants suivants relèvent actuellement de la CSMS par l'intermédiaire du Réseau :

- le Comité sur la santé et l'environnement;
- le Comité FPT sur l'utilisation et l'abus des drogues et autres substances;
- le Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme.

On s'attend à ce que le Comité sur la santé et l'environnement (CSE) joue, sur le plan de la liaison, un rôle important du point de vue du Conseil du Réseau. Le CSE est l'unique organisme FPT formé de représentants des secteurs de la santé et de l'environnement qui se penche sur les questions cruciales ayant trait aux répercussions environnementales sur la santé des Canadiens. Les liens entre le Réseau du Conseil et le CSE sont en voie d'être resserrés. Par exemple, les coprésidents du CSE ont récemment assisté à la réunion de mai 2006 du Conseil du RSP pour y présenter leur plan de travail pour 2006-2007 et discuter des préoccupations communes.

Rapports du CCSPSS – approches en matière de mise en oeuvre

Conformément aux nouvelles directives transmises en 2005 par le CSMS, le Conseil a pris des mesures afin d'élaborer des approches pour la mise en oeuvre des rapports suivants du CCSPSS sur la santé publique, qui ont été présentés au Réseau :

- *Améliorer l'infrastructure de santé publique au Canada;*
- *Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21^e siècle : Un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique;*
- *Accroissement de la capacité de la surveillance des facteurs de risque de maladie chronique;*
- *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.*

Rapport sur l'infrastructure de santé publique

Le rapport *Améliorer l'infrastructure de santé publique au Canada* expose les grandes lignes d'un plan décennal et renferme des recommandations en vue de renforcer l'infrastructure de santé publique. En décembre 2005, les sous-ministres FPT ont approuvé l'utilisation par les administrations fédérale, provinciales et territoriales de ce rapport comme ressource documentaire à l'appui de la planification des activités visant l'amélioration de l'infrastructure. En outre, le Réseau de santé publique a été prié d'effectuer une analyse plus poussée des recommandations du rapport et de conseiller le CSMS relativement aux secteurs prioritaires.

Cette analyse comportait, entre autres, la désignation des travaux effectués en collaboration jusqu'à présent; l'examen des travaux entrepris pour donner suite aux recommandations du rapport; l'évaluation des possibilités d'accélérer ou renforcer les travaux en cours; et la définition des lacunes de l'infrastructure qui pourraient nous empêcher de soutenir et protéger la santé des Canadiens et d'intervenir efficacement en cas d'urgence. L'analyse a fait ressortir la nécessité de collaboration entre les administrations FTP en ce qui a trait à la prise de mesures dans les secteurs suivants :

- renforcer encore davantage notre capacité d'être prêt à intervenir en cas d'urgence de santé publique;
- édifier la main-d'œuvre en santé publique;
- améliorer les services fournis par les laboratoires;
- améliorer les mécanismes de surveillance et de mise en commun de l'information.

Ces secteurs prioritaires, présentés au CSMS en mars 2006, sont le reflet des lacunes et des secteurs sur lesquels on doit insister. Des initiatives visant à donner suite aux priorités ont été intégrées au rapport faisant état des Priorités et du plan de travail 2006-2007 du Réseau.

Cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé publique

En octobre 2005, les sous-ministres FPT de la Santé ont demandé au Réseau de santé publique d'évaluer les recommandations contenues dans le rapport, *Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21^e siècle : Un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique*. Ce rapport a été produit par le CCSPSS et le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) et définit le cadre de la planification coopérative pancanadienne des ressources humaines en santé publique (RHSP).

En ce qui a trait au rapport, le Conseil a formé, pour une durée limitée, le Groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique et l'a chargé d'examiner le cadre de planification et de lancer un processus de collaboration FPT aux fins d'élaboration d'une approche en vue de sa mise en œuvre. Ce groupe de travail, qui est désormais opérationnel, est formé d'experts gouvernementaux et non gouvernementaux du domaine de la santé publique. Il est présidé par le premier dirigeant de l'Association canadienne de santé publique. Le Groupe de travail des RHSP a le mandat de s'attaquer aux objectifs suivants :

- Accroître la capacité des provinces et des territoires de planifier le nombre, la composition et la répartition des compétences et travailleurs en santé publique.
- Constituer une main-d'œuvre interprofessionnelle qui aurait les capacités et les compétences en santé publique nécessaires pour répondre aux besoins de la population.
- Accroître la capacité des administrations d'obtenir la bonne combinaison de travailleurs en santé publique et les utiliser au sein de modèles interprofessionnels, communautaires et de prestation de services afin de tirer profit de leurs habiletés et de leurs compétences.

Le document : Priorités et plan de travail 2006-2007 du Réseau, insiste sur l'amélioration des ressources humaines en santé publique dans l'ensemble du Canada par l'entremise d'activités particulières et de réalisations attendues. Le Conseil rendra compte aux sous-ministres des progrès réalisés à l'automne 2006.

Renforcement de la capacité de surveillance des maladies chroniques

Les experts en santé publique reconnaissent que la capacité de surveillance des maladies chroniques varie selon les régions. Le Réseau de santé publique a été chargé, à mi-chemin en 2005, de renforcer, de manière coopérative, la capacité de surveillance des maladies chroniques aux échelons local, provincial/territorial et national. Les sous-ministres FPT de la Santé ont transmis au Réseau le rapport du CCSPSS *Accroissement de la capacité de la surveillance des facteurs de risque de maladie chronique* afin qu'il leur donne des conseils quant à sa mise en œuvre.

Cette tâche constitue une priorité, en 2006-2007, pour le Groupe d'experts sur la surveillance et l'information et le Groupe d'experts sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des blessures. Ces groupes d'experts ont été priés d'évaluer conjointement des secteurs stratégiques en vue d'accroître la capacité dont il est question dans le rapport et d'élaborer des approches ou recommandations relativement à la mise en œuvre. Cette tâche est partie intégrante

des priorités et du plan de travail 2006-2007 du Réseau et, au printemps 2007, le Conseil rendra compte aux sous-ministres de son exécution et leur présentera des recommandations.

Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains

Les ministres FPT de la Santé ont approuvé en octobre 2005 la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, élaborée par le CCSPSS. Cette stratégie jette les bases des mesures intersectorielles visant à améliorer les résultats obtenus en santé et à réduire les écarts du point de vue de l'état de santé des Canadiens (les deux objectifs de la stratégie). La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, qui est la référence vers laquelle se tournent tous les secteurs aux fins d'évaluation du succès de leurs propres stratégies et interventions, définit les objectifs pancanadiens, établis pour une période de dix ans, eu égard à la saine alimentation, à l'activité physique et au poids santé. La stratégie expose également les mesures qui pourraient être prises relativement à l'élaboration des politiques et programmes, le plan d'action eu égard à la recherche et à la surveillance et les efforts en matière d'information publique /de commercialisation sociale.

Les sous-ministres FPT ont soumis au Réseau de santé publique, en octobre 2005, la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* pour qu'il prenne des mesures à cet égard et surveille les progrès accomplis. Le Groupe d'experts en santé de la population du Réseau présentera des rapports annuels de l'état d'avancement aux sous-ministres et aux ministres FPT de la Santé, conformément à la Stratégie approuvée. En 2006-2007, le Réseau tablera sur les travaux du CCSPSS et d'autres encore, et il se concentrera sur l'élaboration d'indicateurs des écarts en matière de santé dans le cadre de la réalisation des objectifs de la Stratégie. Comme cela est indiqué dans Priorités et plan de travail 2006-2007, le Conseil soumettra ces réalisations au CSMS en 2007.

3.3. Communications

Le Conseil reconnaît que pour poursuivre l'établissement du réseau et soutenir la collaboration efficace dans le domaine de la santé publique parmi les intervenants FPT et non gouvernementaux, il est essentiel de pouvoir compter sur de solides communications en santé publique. Le Réseau a accompli d'énormes progrès dans ses travaux sur les communications au cours de l'année. Les activités de communication du Réseau sont fondées sur les principes de transparence, de collégialité, de fiabilité, de rapidité d'exécution et d'application de la technologie. Les efforts initiaux portaient essentiellement sur l'établissement d'une formule de communication interne et de processus ou protocoles connexes (p. ex. le transfert des connaissances et la mise en commun de l'information entre les groupes d'experts et les groupes thématiques); élaboration de nouveaux outils de communications (p. ex. identificateur visuel figurant sur le présent rapport, outils électroniques sur le Web), et sélection des principales activités de communications.

La participation à la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) de septembre 2005 a constitué une démarche importante pour le Réseau afin de communiquer

avec les partenaires clés en santé publique. Pour la première fois, la création du Réseau a fait l'objet d'une promotion auprès des partenaires grâce à la distribution d'une documentation de base sur les membres, le mandat et la structure du Réseau. Récemment, les coprésidents du Conseil ont organisé une séance plénière à la conférence annuelle de mai 2006 de l'ACSP, ayant pour thème l'infrastructure et le renforcement de la capacité en santé publique, au cours de laquelle on a défini la structure du Réseau et fait un retour sur sa première année d'activité. Cette séance a été bien accueillie par les intervenants en santé publique et la conférence a permis de lancer discrètement le site Web du Réseau de santé publique. Une stratégie de communication plus générale est en voie d'élaboration. Elle comprendra les facteurs dont on doit tenir compte eu égard à la communication des risques dans des situations d'urgence ainsi que l'établissement de méthodes de communication dans des situations non urgentes.

4. PRÉPARER L'AVENIR

Maintenant que sa structure est en place, le Réseau pancanadien de santé publique détient la capacité nécessaire et constitue un mécanisme efficace et efficient de collaboration en matière de santé publique. Pour ce faire, il continuera de se fonder au cours des prochaines années sur le rapport du Groupe de travail FPT spécial, *Partenaires en santé publique*. Le Réseau prend des mesures afin de donner suite aux nouveaux engagements et nouvelles priorités cernés par les sous-ministres FPT et aux directives plus récentes portant sur les préparatifs et les plans en cas de pandémie, transmises par les ministres FPT de la Santé à leur réunion de mai, au cours de laquelle on a accordé beaucoup d'importance au travail effectué par le Réseau.

Fort des succès remportés l'an dernier, le Réseau de santé publique prévoit cibler, en 2006-2007, trois principaux secteurs prioritaires de coopération FPT soutenue, dans le domaine de la santé publique. Ces priorités ainsi que les activités à l'appui sont décrites plus en détail dans le plan de travail annuel du Réseau. Au nombre des mesures prises en 2006-2007 en vue de soutenir la réalisation des trois priorités, mentionnons :

Priorité # 1 : Mesures et intervention en cas d'urgence de santé publique et contrôle et prévention des maladies transmissibles

- Préparatifs en vue d'une pandémie d'influenza
 - Recommandations de principes nationaux quant aux antiviraux à des fins prophylactiques.
 - Mise à jour du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (notamment l'ajout de l'annexe sur les communications).
 - Élaboration d'un plan intersectoriel de lutte contre l'influenza aviaire.
 - Proposition d'élaboration d'un exercice de préparation à une pandémie en temps réel.
 - Composantes opérationnelles et techniques du Protocole d'Entente (PE) sur les rôles et responsabilités, en lien avec les préparatifs et l'intervention en cas de pandémie.
 - Plan d'intervention des laboratoires dans la lutte contre la pandémie d'influenza.
- Ententes intersectorielles
 - Protocole d'entente sur la prestation d'une aide réciproque en cas de catastrophe ou

- d'urgence de santé publique.
- Accord de mise en commun de l'information en santé publique dans le contexte des mesures et intervention d'urgence en santé publique.
- Gestion des urgences en santé publique sur le plan national
 - Forum national sur les mesures et intervention d'urgence.
 - Document de politique sur la structure et les composantes du système pancanadien pour la gestion des urgences sanitaires.

Priorité # 2 : Étoffement de l'infrastructure et de l'organisation en santé publique

- Consolidation des ressources humaines en santé publique
- Renforcement de la capacité des laboratoires dans le domaine de la santé publique
- Surveillance accrue des maladies chroniques
- Gestion efficace et efficiente du Réseau de santé publique
 - Participation de la collectivité autochtone au Réseau
 - Examen de la structure du Comité du RSP

Priorité # 3 : Promotion de la santé – des modes de vie sains : élaboration et gestion

- Gestion de la stratégie en matière de modes de vie sains
- Indicateurs des disparités dans le domaine de la santé

5. CONCLUSION

Les leçons tirées de la flambée de SRAS en 2003, des catastrophes naturelles et des cas plus récents de grippe aviaire ont mis en lumière la nécessité que les administrations travaillent de concert avec les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux à l'amélioration de l'infrastructure de santé publique du Canada. Le Réseau pancanadien de santé publique est un nouveau mécanisme qui permet aux gouvernements FPT, de même qu'aux intervenants non gouvernementaux, de travailler ensemble, en collaboration et en coopération, à l'amélioration des capacités en santé publique, d'être mieux en mesure de faire face aux poussées en cas d'urgence et de régler les questions importantes du domaine de la santé publique.

Le présent rapport donne un aperçu des premières réalisations du Réseau et montre les progrès accomplis, eu égard à la mise en œuvre des priorités et engagements de la première année fixés par la Conférence des sous-ministres de la Santé et les ministres de la Santé. Le Réseau est tourné vers l'avenir et, au cours de sa deuxième année d'activité, il entend mettre en œuvre les priorités fixées pour 2006-2007 dans le plan de travail annuel. Le Réseau pancanadien de santé publique continuera de faire office de centre de coordination des mesures prises en collaboration dans le domaine de la santé publique, afin de garantir que nous sommes prêts à protéger efficacement la santé des Canadiens et à intervenir en cas d'urgence.

ANNEXE A
RÉSEAU PANCANADIEN DE SANTÉ PUBLIQUE

Membres du Conseil	
Coprésident fédéral	Coprésident provincial-territorial
<p>D^r David Butler-Jones Administrateur en chef de la santé publique du Canada Agence de santé publique du Canada 130, chemin Colonnade Ottawa (Ont.) K1A 0K9 Tél. : (613) 957-3059 Téléc. : (613) 954-8529 david_butler-jones@phac-aspc.gc.ca</p>	<p>D^r Perry Kendall Administrateur provincial de la santé Ministère de la planification de la santé 1515, rue Blanshard, 4^e étage Victoria (C.-B.) V8W 3C8 Tél. : (250) 952-1330 Téléc. : (250) 952-1362 perry.kendall@gov.bc.ca</p>
Yukon	Territoires du Nord-Ouest
<p>Mme Joanne Fairlie Sous-ministre adjointe Services sanitaires et sociaux du Yukon Case postale 2703 Whitehorse (Yn) Y1A 2C6 Tél. : (867) 667-5689 Téléc. : (867) 667-3096 joanne.fairlie@gov.yk.ca</p>	<p>D^r André Corriveau Médecin hygiéniste en chef Services de santé de la population et cliniques Ministère des services sanitaires et sociaux Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest 6^e étage, Centre Square Tower, boîte postale 1320 Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2L9 Tél. : (867) 920-3231 Téléc. : (867) 873-0442 andre_corriveau@gov.nt.ca</p>
Nunavut	Colombie-Britannique
<p>D^r Isaac Sobol Médecin hygiéniste en chef Services sanitaires et sociaux Gouvernement du Nunavut Boîte postale 1000, succursale postale 1000 Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0 Tél. : (867) 975-5772 Téléc. : (867) 975-5755 isobol@gov.nu.ca</p>	<p>M. Andrew Hazlewood Sous-ministre adjoint Santé et bien-être de la population Ministère des services de santé 1515, rue Blanshard, 4^e étage Victoria (C.-B.) V8W 3C8 Tél. : (250) 952-1731 Téléc. : (250) 952-1713 andrew.hazlewood@gov.bc.ca</p>
Alberta	Saskatchewan
<p>D^r Nicholas Bayliss Médecin hygiéniste en chef Santé et Bien-être Alberta 10025, avenue Jasper N.-O. C. P. 1360, succursale postale Main Edmonton (Alb.) T5J 2N3 Tél. : (780) 415-2809 Téléc. : (780) 427-7683 nicholas.bayliss@gov.ab.ca</p>	<p>D^r Ross Findlater Médecin hygiéniste en chef Santé Saskatchewan 3475, rue Albert Regina (Sask.) S4S 6X6 Tél. : (306) 787-3235 Téléc. : (306) 787-3237 rfindlater@health.gov.sk.ca</p>

Manitoba	Ontario
<p>Mme Marcia Thomson Sous-ministre adjointe Programmes de la santé, Santé Manitoba Unité # 7, 1680, avenue Ellice Winnipeg (Man.) R3H 0Z2 Tél. : (204) 788-6656 Téléc. : (204) 948-2366 mthomson@gov.mb.ca</p>	<p>D^{re} Sheela Basrur Médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des Soins de longue durée 5700, rue Yonge, 8^e étage Toronto (Ont.) M2M 4K5 Tél. : (416) 314-5487 Téléc. : (416) 327-7438 sheela.basrur@moh.gov.on.ca</p>
Québec	Nouveau-Brunswick
<p>D^r Alain Poirier Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux 1075, chemin Sainte-Foy, 12 étage Québec (Qc) G1S 2M1 Tél: (418) 266-6700 Téléc. : (418) 266-6707 alain.poirier@msss.gouv.qc.ca</p>	<p>D^r Wayne MacDonald Médecin hygiéniste en chef Bureau de l'administrateur en chef de la santé 520, rue King, 2^e étage Carleton Place, case postale 5100 Fredericton (N.-B.) E3B 5G8 Tél. : (506) 453-2323 Téléc. : (506) 453-8702 wayne.macdonald@gnb.ca</p>
Nouvelle-Écosse	Terre-Neuve et Labrador
<p>D^r Jeff Scott Médecin hygiéniste en chef Ministère de la Santé 1690, rue Hollis, 2^e étage Halifax (N.-É.) B3J 2R8 Tél. : (902) 424-3374 Téléc. : (902) 424-0550 scottj@gov.ns.ca</p>	<p>Mme Lynn Vivian-Book Sous-ministre en chef adjointe, Services de santé publique et bien-être et services destinés aux enfants et aux jeunes Ministère de la Santé et des Services communautaires, C. P. 8700 St. John's (T.-N.) A1B 4J6 Tél. : (709) 729-1574 Téléc. : (709) 729-0121 lbook@gov.nl.ca</p>
Île-du-Prince-Édouard	Gouvernement fédéral
<p>D^r Lamont Sweet Agent de santé en chef Ministère de la Santé et des Services sociaux 16, rue Garfield., boîte postale 2000 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8 Tél. : (902) 368-4996 Téléc. : (902) 620-3354 lesweet@ihis.org</p>	<p>M. Ian Potter Sous-ministre adjoint Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Santé Canada 21^e étage, pièce A2114 Immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney Ottawa (Ont.) K1A 0K9 Tél. : (613) 957-7701 Téléc. : (613) 957-1118 ian_potter@hc-sc.gc.ca</p>

Secrétariat FPT

Mme Alixandria Clymans
Gestionnaire, Secrétariat du Réseau pancanadien
de santé publique
Division du développement et des partenariats
Direction des politiques stratégiques
Agence de santé publique du Canada
130, chemin Colonnade, bur. 283B, AL6502F
Ottawa (Ont.) K1A 0K9
Tel: (613) 954-7679 Téléc. : (613) 952-7223
alixandria_clymans@phac-aspc.gc.ca

Mme Christina Lee-Fuller
Analyste principal des politiques par intérim
Réseau pancanadien de santé publique
Division du développement et des partenariats
Direction des politiques stratégiques
Agence de santé publique du Canada
130, chemin Colonnade, bur. 278B, AL6502F
Ottawa (Ont.) K1A 0K9
Tél. : (613) 946-8834 Téléc. : (613) 952-7223
christina_lee-fuller@phac-aspc.gc.ca

Mme Anne Magnan
Agente du Secrétariat AFPT
Réseau pancanadien de santé publique
Division du développement et des partenariats
Direction des politiques stratégiques
Agence de santé publique du Canada
130, chemin Colonnade, bur. 277B, AL6502F
Ottawa (Ont.) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-8647 Téléc. : (613) 952-7223
anne_magnan@phac-aspc.gc.ca

Mme France Huneault
Agente du Secrétariat FPT pour le CMHC &
Coordoniatrice par intérim, Réseau de santé
publique
Division du développement et des partenariats
Direction des politiques stratégiques
Agence de santé publique du Canada
130, chemin Colonnade, bur. 281B, AL6502F
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Tél : (613) 954-9852 Téléc : (613) 952-7223
france_huneault@phac-aspc.gc.ca