

Profils des systèmes de santé publique au Canada : Ontario

Rapport | 2021



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy



Profils des systèmes de santé publique au Canada : Ontario

Rapport | 2021

Auteurs

Robert W. Smith^{1,2,3}, Sara Allin^{1,2}, Laura Rosella^{4,5,6,7},
Kathy Luu¹, Madeleine Thomas¹, Joyce Li¹,
Andrew D. Pinto^{2,3,8,9}

- ¹ North American Observatory on Health Systems and Policies, Université de Toronto
- ² Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto
- ³ Upstream Lab, MAP/Centre for Urban Health Solutions, Li Ka Shing Knowledge Institute, Unity Health Toronto
- ⁴ Division de l'épidémiologie, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- ⁵ Population Health Analytics Lab, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- ⁶ Institute for Better Health, Trillium Health Partners, Université de Toronto
- ⁷ Laboratory Medicine & Pathobiology, Faculté de médecine, Université de Toronto
- ⁸ Division de la santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- ⁹ Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de Médecine, Université de Toronto

Remerciements

Cette série est le fruit d'un partenariat entre des équipes et des chercheurs du domaine des systèmes de santé et de la santé publique de tout le Canada, y compris le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, le North American Observatory on Health Systems and Policies, le Upstream Lab, le Population Health Analytics Lab, l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation et l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Nous tenons à remercier Monika Roerik pour son soutien à la coordination de la recherche, ainsi que les membres du groupe de travail suivants, qui ont appuyé la conception de l'étude et l'examen critique des premières ébauches du profil : Erica Di Ruggiero, Robert Schwartz, Amélie Quesnel-Vallée, Jasmine Pawa, Mehdi Ammi, Olivier Bellefleur, Susan Chatwood et Gregory Marchildon. Nous tenons également à remercier Médecins de santé publique du Canada pour leur travail fondamental décrivant les systèmes de santé publique dans chaque province et territoire publié en décembre 2019.

Nous remercions chaleureusement les Instituts de recherche en santé du Canada pour le financement de ces travaux (subvention n° 170320).

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par l'intermédiaire du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca) et du CCNPPS (www.ccnpps.ca).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ncchpp.ca and on the INSPQ website at: www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

Dépôt légal — 4^e trimestre (2021)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-90461-8 (PDF anglais [Ensemble])
ISBN : 978-2-550-90463-2 (PDF anglais)
ISBN : 978-2-550-90457-1 (PDF français [Ensemble])
ISBN : 978-2-550-90459-5 (PDF français)

© Gouvernement du Québec (2021)

Édition

Marianne Jacques
Olivier Bellefleur
Centre de collaboration nationale sur les politiques
publiques et la santé

Mise en page

Sophie Michel
Institut national de santé publique du Québec

Réviseurs

Nous remercions Cynthia St. John et deux autres experts locaux, qui ont commenté une version préliminaire de ce document.

Comment citer ce document

Smith, R. W., Allin, S., Rosella, L., Luu, K., Thomas, M., Li, J. et Pinto, A. D. (2021). *Profils des systèmes de santé publique au Canada : Ontario*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

À propos de ce projet de recherche : le contexte, l'équipe et les partenaires

La série de profils des systèmes de santé publique au Canada s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche intitulé *Platform to Monitor the Performance of Public Health Systems* (Plateforme de surveillance de la performance des systèmes de santé publique) dirigé par Sara Allin, Andrew Pinto et Laura Rosella de l'Université de Toronto à titre de chercheurs principaux. Le projet inclut la participation d'utilisateurs des connaissances, de collaborateurs et d'une équipe interdisciplinaire de spécialistes de tout le Canada et vise à élaborer une plateforme pour comparer la performance des systèmes de santé publique à travers le Canada. Pour atteindre cet objectif, le projet comprend trois phases :

1. Produire des descriptions détaillées du financement, de la gouvernance, de l'organisation et de la main-d'œuvre de santé publique dans chaque province et territoire, à l'aide d'une revue de littérature dont les résultats sont validés par des décideurs.
2. Réaliser un ensemble d'études de cas comparatives approfondies examinant la mise en œuvre et les résultats des réformes, ainsi que leurs impacts sur les interventions de lutte contre la pandémie de COVID-19.
3. Définir des indicateurs de performance des systèmes de santé publique comprenant des mesures touchant la structure, le processus et les résultats.

Dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) s'est joint au groupe de travail du projet de recherche. Le CCNPPS est fier de publier leurs travaux dans une série de 13 profils des systèmes de santé publique au Canada accompagnés d'un document additionnel portant sur la méthodologie. La série de profils est disponible sur le site du CCNPPS à : <https://www.ccnpps.ca/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>.

Au sujet du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS)

Le CCNPPS vise à accroître l'expertise des acteurs canadiens de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada et répartis à travers le Canada. Chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

Table des matières

Liste des figures	V
Liste des acronymes	VII
Introduction	1
1 Historique et contexte	3
2 Structure organisationnelle	5
2.1 À l'échelle provinciale	5
2.2 À l'échelle régionale.....	6
2.3 À l'échelle locale	7
2.4 Intégration, coordination intersectorielle et partenariat intergouvernemental	10
3 Gouvernance	13
3.1 Cadre juridique et politique en santé publique.....	13
3.2 Gestion et évaluation du rendement	15
4 Financement	17
4.1 Contexte	17
4.2 Dépenses de la province en santé publique	18
4.3 Dépenses des municipalités en santé publique	19
5 Ressources humaines en santé publique	21
5.1 Taille, composition, recrutement et maintien en poste	21
Références	23

Liste des figures

Figure 1	Chronologie des réformes proposées et adoptées ayant une incidence sur le système de santé publique ontarien.....	4
Figure 2	Bureaux de santé dans les régions sanitaires de l'Ontario en janvier 2020.....	9
Figure 3	Estimation des dépenses de fonctionnement du budget du ministère de la Santé, exercices 2011-2012 à 2020-2021 (\$ CA, non rajusté en fonction de l'inflation)	18

Liste des acronymes

aIPHa	Association of Local Public Health Agencies
APHEO	Association of Public Health Epidemiologists in Ontario
BRF	Bureau de la responsabilité financière
BS	Bureau de santé
CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
CECI	Comité d'examen de la capacité d'intervention
CS	Conseil de santé
DG	Directeur général
DGA	Directeur général de l'administration
ETP	Équivalents temps plein
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LPPS	Loi sur la protection et la promotion de la santé
MH	Médecin-hygiéniste
MHC	Médecin-hygiéniste en chef
NSPO	Normes de santé publique de l'Ontario
OESP	Opérations essentielles de santé publique
PSPSP	Programme de la santé de la population et de la santé publique
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
SLFNHA	Sioux Lookout First Nations Health Authority
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SPO	Santé publique Ontario

Introduction

Objectifs

Alors que le Canada doit composer avec la pandémie de COVID-19, l'un des plus grands défis de santé publique de notre époque, le besoin de renforcer les systèmes de santé publique n'a jamais été aussi grand. Des systèmes de santé publique forts sont essentiels pour assurer la viabilité du système de santé, pour améliorer la santé des populations et l'équité en santé, et pour se préparer et répondre aux crises actuelles et futures. Il y a de grandes variations entre les provinces et les territoires en ce qui a trait aux manières dont la santé publique est organisée, gouvernée et financée, et aussi au niveau des réformes et des restructurations dont les systèmes de santé publique ont fait l'objet au cours des dernières années. Ce rapport s'appuie sur des rapports antérieurs et décrit le système de santé publique actuel de l'Ontario, y compris son organisation, sa gouvernance, son financement et sa main-d'œuvre. Il fait partie d'une série de 13 profils de systèmes de santé publique¹ qui fournissent des connaissances fondamentales sur les similitudes et les différences entre les structures des systèmes de santé publique des provinces et des territoires. En plus de résumer ce que l'on sait, ces profils attirent également l'attention sur les variations et les écarts afin d'influencer les priorités futures. Cette série servira de référence aux professionnels, aux chercheurs, aux étudiants et aux décideurs en santé publique qui souhaitent renforcer l'infrastructure de la santé publique au Canada.

Approche

Les détails concernant la méthodologie de la revue comparative des systèmes de santé publique sont présentés dans le document *Profils des systèmes de santé publique au Canada : méthodologie de collecte et d'analyse des données*¹. L'équipe de chercheurs a réalisé une recherche d'information dans les articles de revues révisés par des pairs ainsi que dans la littérature grise (p. ex. rapports d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, documents, pages Web, mesures législatives) et dans les sources de données (p. ex. prévisions budgétaires provinciales/territoriales accessibles au public. Les opérations essentielles de santé publique (OESP, traduction libre de « essential public health operations [EPHO] ») de l'Organisation mondiale de la Santé ont servi à définir les programmes et les services qui constituent des activités de santé publique, et les facteurs soutenant la réalisation des OESP ont servi à définir la gouvernance, la structure organisationnelle, le financement et la main-d'œuvre de la santé publique (Rechel, Maresso *et al.*, 2018; World Health Organization, 2015). Les mots-clés de recherche ont aussi été influencés par les questions de recherche présentées dans un formulaire standardisé d'abstraction des données (adapté de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) (Rechel, Jakubowski *et al.*, 2018). Une synthèse narrative a permis d'élaborer des profils détaillés qui ont été validés à l'interne par l'équipe de recherche et, à l'externe, par des experts de chaque province ou territoire (p. ex. des décideurs politiques et des praticiens en santé publique) afin d'en vérifier l'exactitude, l'exhaustivité, et la fiabilité. Les rapports ont été validés par des informateurs clés en santé publique dans chacune des provinces et chacun des territoires afin d'évaluer la validité du contenu. Nous avons intégré leurs commentaires et formellement reconnu leurs contributions au début de chacun des rapports.

¹ La série de 13 profils de systèmes de santé publique ainsi que le document présentant la méthodologie utilisée pour les développer peuvent être consultés sur le site Web du CCNPPS à l'adresse suivante : <https://www.ccnpps.ca/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>.

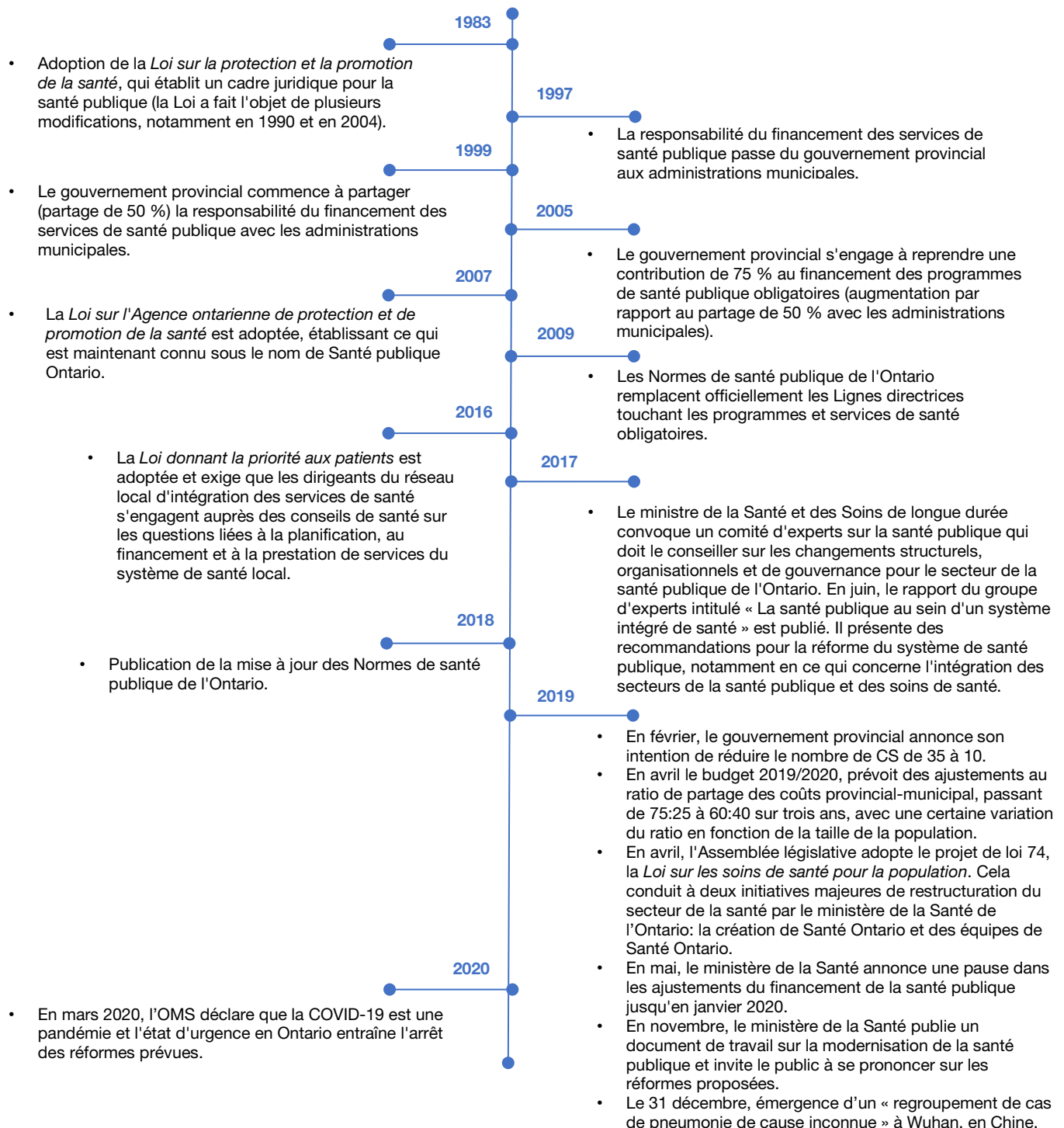
Limites

Malgré ce processus de révision itératif approfondi et nos efforts visant à souligner les lacunes en matière d'information, il faut noter que le processus employé pour compiler les informations ne constituait pas une revue systématique formelle et que des sources d'information peuvent ainsi avoir été omises. Par ailleurs, un examen détaillé du rôle du gouvernement fédéral et de l'approche des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de santé publique dépassait la portée de ce projet et devrait constituer une priorité pour les travaux futurs. De plus, en basant notre recherche sur les documents publiés et les sites Web des principaux acteurs gouvernementaux et organisations de santé publique, nous n'avons peut-être pas pleinement saisi comment le système fonctionne dans la pratique, si les rôles et les relations réels diffèrent de ce qui est prévu dans les lois et les documents de politique et, le cas échéant, de quelle façon. Enfin, ces profils décrivent le système de santé publique avant la pandémie de COVID-19; nous n'examinons pas les structures de gouvernances, les groupes consultatifs et les partenariats établis en réponse à la pandémie de COVID-19.

1 Historique et contexte

En Ontario, la planification et la prestation des programmes et des services de santé publique relèvent principalement des conseils de santé (CS) locaux et de leurs bureaux de santé publique (BS) respectifs depuis le 19^e siècle (Association of Local Public Health Agencies, s. d.-b). Les réformes récentes du système de santé publique ontarien ont été entreprises à la suite de l'écllosion d'infection à *E. coli* à Walkerton (2000), de la pandémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et des rapports subséquents de l'enquête Campbell, ainsi que du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (2003) et du Comité d'examen de la capacité d'intervention (2006) (Campbell, 2004; Association canadienne de santé publique, 2019; Capacity Review Commission, 2006; Santé Canada, 2003). La ligne du temps suivante présente un résumé des réformes proposées et adoptées ayant une incidence sur le système de santé publique ontarien, par ordre chronologique.

Figure 1 Chronologie des réformes proposées et adoptées ayant une incidence sur le système de santé publique ontarien



(Association of Local Public Health Agencies, s.d.; Association of Municipalities of Ontario, 2019; Association canadienne de santé publique, 2019; Deber *et al.*, 2006; Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2019; Gouvernement de l'Ontario, 2020, 2021; Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990; Lyons, 2016; Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017, 2018b, 2019; Organisation mondiale de la Santé, 2020a, 2020b)

2 Structure organisationnelle

Dans cette section, nous décrivons la structure organisationnelle du système de santé publique ontarien en date de juin 2021. Nous présentons les rôles, les responsabilités et les relations de supervision des institutions gouvernementales et indépendantes ayant un rôle prévu par la loi en matière de santé publique, incluant les autorités de santé, les BS et les principaux acteurs responsables de la planification et la prestation des services de santé publique dans chacune de ces institutions. Nous nous concentrons sur les institutions gouvernementales et indépendantes dont le rôle principal est la santé publique, c'est pourquoi nous ne décrivons pas de façon détaillée les organisations et les fournisseurs de services dans d'autres secteurs (comme les soins primaires, la santé mentale et les dépendances, les services sociaux et les organisations non gouvernementales) qui peuvent jouer un rôle essentiel en matière de santé publique dans le cadre de leur mandat (p. ex. l'immunisation, la promotion de la santé, etc.).

2.1 À l'échelle provinciale

2.1.1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé (ci-après « le Ministère »), sous la direction du ministre de la Santé, établit l'orientation stratégique et les priorités du système de santé de l'Ontario (Santé publique Ontario, 2020). Le Ministère élabore et applique les lois, les règlements, les normes, les politiques et les directives pour les acteurs gouvernementaux, les organismes provinciaux de santé publique et les BS (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990; Santé publique Ontario, 2020). Le Ministère surveille également la santé de la population de l'Ontario et rend des comptes en la matière (Santé publique Ontario, 2020). Le Ministère fixe des objectifs et assure la prestation de programmes et de services de santé publique conformément aux Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO), décrites plus en détail dans la section Gouvernance (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2020b). En juillet 2020, au moins cinq divisions au sein du Ministère géraient des portefeuilles liés à la santé publique, notamment le Bureau du médecin-hygiéniste en chef; Santé publique Ontario; Modernisation de la santé publique et des services de santé d'urgence; Initiatives pour la santé de la population; Groupement de l'information et de la technologie de l'information pour les services de santé (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2020a).

2.1.2 BUREAU DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE EN CHEF, SANTÉ PUBLIQUE

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (MHC), Santé publique, est dirigé par le MHC et est responsable d'élaborer les stratégies provinciales en matière de santé publique, de conseiller le gouvernement sur l'incidence potentielle des politiques et initiatives provinciales sur la santé, de surveiller les programmes publics offerts par les BS et de préparer des rapports annuels thématiques sur la santé publique en Ontario (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990; Santé publique Ontario, 2020; Williams, 2018, 2019). Le Bureau du MHC est également chargé de veiller à ce que les « mesures appropriées » soient prises dans les situations d'urgence (Santé publique Ontario, 2020).

Les rôles et les pouvoirs statutaires du MHC sont définis dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)* (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Le rôle du MHC correspond à ce que Fafard et ses collègues (2018) décrivent dans leur article comme « l'expert de tous » (Fafard *et al.*, 2018). Le MHC a le pouvoir de communiquer publiquement et joue un rôle consultatif de haut niveau, mais n'a pas les responsabilités de gestion élargies d'un haut fonctionnaire (Fafard *et al.*, 2018). Le MHC relève directement du sous-ministre de la Santé (Santé

publique Ontario, 2020). En réponse à un risque ou à une urgence de santé publique, le MHC a le pouvoir d'ordonner aux BS de mettre en œuvre des mesures de santé publique particulières (Santé publique Ontario, 2020). Le MHC a le pouvoir législatif de faire rapport de façon indépendante au ministre sur toute question de santé publique, comme bon lui semble (Fafard *et al.*, 2018).

2.1.3 SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO (AUPARAVANT L'AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ)

Administré en vertu de la *Loi sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé* et de la *Directive concernant les organismes et les nominations*, Santé publique Ontario (SPO) est un organisme provincial régi par un conseil d'administration (Santé publique Ontario, 2017). SPO a été créé en 2008 à la suite de la pandémie de SRAS (*Loi sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé*, 2007, L.O. 2007, chap. 10, annexe K, 2007). Le mandat de SPO est « d'offrir un soutien et des conseils scientifiques et techniques aux clients œuvrant au sein du gouvernement, de la santé publique, des soins de santé et des secteurs connexes » (Santé publique Ontario, 2019). Parmi ses clients figurent notamment le ministère de la Santé et d'autres ministères non liés à la santé, les BS et des organismes de soins de santé couvrant les soins primaires, secondaires et de longue durée (Santé publique Ontario, 2017). SPO soutient le Ministère dans la gestion des épidémies de maladies infectieuses, la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques, la gestion des situations d'urgence, la santé environnementale et la santé au travail, la prévention des blessures, les maladies infectieuses et la microbiologie (Santé publique Ontario, 2020). Dans le cadre de son rôle en microbiologie, SPO réalise plus de six millions de tests de laboratoire par année pour les BS, les hôpitaux et les médecins (Santé publique Ontario, 2020). SPO fournit des services dans les six domaines généraux suivants : services de laboratoire; santé environnementale et santé au travail; promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des blessures; maladies transmissibles et gestion des situations d'urgence; prévention et contrôle des infections; et services axés sur le savoir (Santé publique Ontario, 2017).

2.1.4 SANTÉ ONTARIO

Créé en 2019, Santé Ontario est un organisme provincial qui collabore avec le Ministère pour mettre en œuvre les stratégies du système de santé (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2019). Santé Ontario est responsable de la planification, de l'intégration et du financement des fournisseurs de services de santé (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2019). Outre la supervision des organismes communautaires qui offrent des services liés à la santé publique (p. ex. les centres de santé communautaire, les organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie), le rôle de Santé Ontario dans le secteur de la santé publique est actuellement minime.

2.2 À l'échelle régionale

Au cours des années 1990 et au début des années 2000, toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception de l'Ontario, ont réorganisé leurs systèmes de santé, y compris la santé publique, sous l'égide d'autorités régionales de santé (Lewis et Kouri, 2004). Le système de santé de l'Ontario a maintenu une structure organisationnelle décentralisée en matière de santé publique, confiant la responsabilité de la planification et de la prestation des soins aux agences locales (sous-régions) plutôt qu'aux agences régionales ou provinciales (Chessie, 2009).

2.3 À l'échelle locale

2.3.1 CONSEIL DE SANTÉ ET BUREAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Les conseils de santé (CS) sont les entités juridiques responsables de la supervision et de l'administration des programmes et des services de santé publique fournis dans 34 administrations municipales et régionales (communément appelées bureaux de santé publique [BS]) (Figure 2) (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Les BS sont régis par un conseil d'administration (ci-après nommé « conseil de santé [CS] ») et les activités des BS sont dirigées par un médecin-hygiéniste (MH) ou un directeur général (DG), un directeur général de l'administration (DGA) ou un commissaire, selon la définition du BS dans la Loi (tableau 1) (Association of Local Public Health Agencies, 2018). Dans environ les deux tiers des BS, le MH remplit en outre le rôle de DG ou de commissaire et emploie au moins un MH adjoint (Association of Local Public Health Agencies, 2018). Vingt-quatre BS sont établis en tant que sociétés autonomes en vertu de la *LPPS*, six en vertu de la *Loi de 2001 sur les municipalités* dans le cadre d'une administration régionale de municipalités, et quatre en vertu de lois propres à une ville ou à un village (p. ex. la *Loi de 1999 sur la ville d'Ottawa*; la *Loi de 1999 sur la ville de Haldimand*) dans le cadre d'administrations municipales à palier unique (Association of Local Public Health Agencies, 2018; Loi sur la ville d'Ottawa, 1999; Loi sur la ville de Haldimand, 1999; Loi sur les municipalités, 2001). Le degré d'intégration des structures organisationnelles des BS autonomes, régionaux et municipaux varie au sein des administrations régionales et municipales (tableau 1).

2.3.2 ORGANES DIRECTEURS

Les CS doivent rendre compte au ministre de la Santé et sont chargés de veiller à ce que le MH et le DG s'acquittent de leurs responsabilités statutaires. La *LPPS* régleme la taille et la composition des CS autonomes, tandis que les règlements municipaux ou régionaux définissent ces exigences pour les CS régionaux et municipaux (Association of Local Public Health Agencies, 2018). Les municipalités peuvent nommer de trois à treize conseillers municipaux élus et des citoyens non élus comme membres autonomes des CS (Association of Local Public Health Agencies, 2018; Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Bien que les conseillers municipaux tendent à représenter la majorité des membres, les membres citoyens peuvent aussi être nommés comme membre d'un CS (Association of Local Public Health Agencies, 2018; Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Les membres d'une bande des Premières Nations peuvent être nommés par leur conseil de bande pour siéger aux CS travaillant dans les communautés des Premières Nations (p. ex. Bureau de santé de Peterborough) (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Les représentants élus des conseils régionaux représentent le CS régional, mais dans certains cas, des sous-comités du conseil régional assument les responsabilités de gouvernance (Association of Local Public Health Agencies, 2018; Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Le conseil municipal agit à titre d'organe directeur pour les CS municipaux à palier unique et la composition de l'organe directeur des CS municipaux semi-autonomes varie, mais ils sont en grande partie composés de représentants élus du conseil municipal (Association of Local Public Health Agencies, 2018; Loi sur la ville d'Ottawa, 1999).

2.3.3 MÉDECINS-HYGIÉNISTES

Un médecin-hygiéniste (MH) est affecté à chaque CS, et il est responsable de la gestion des programmes et services de santé publique du BS auquel il est rattaché (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Dans la plupart des cas, le MH relève du CS, à l'exception des BS régionaux dotés d'un commissaire par l'intermédiaire duquel le MH relève du CS (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Les MH peuvent également être soutenus dans leur rôle

par un DG ou un DGA (qui supervise uniquement les activités du BS), ou par un commissaire ou un administrateur général (qui supervise également les activités des ministères autres que la Santé publique, comme les services sociaux et les services médicaux d'urgence), et par des MH adjoints (tableau 1). Les MH sont membres de l'équipe de direction du BS et responsables des activités du BS. Ils ont le pouvoir de rendre et d'appliquer des ordonnances et des directives de santé publique émanant du MHC (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2018a). Les MH sont les dépositaires désignés de l'information sur la santé et sont tenus de garder à jour les systèmes d'information sur le système de santé publique de leur administration, et de mettre en œuvre des politiques et des procédures relatives à la confidentialité et à la sécurité, à la collecte de données et à la gestion des dossiers (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Les MH exigent des professionnels de la santé qu'ils alertent les BS des maladies à déclaration obligatoire dans leur territoire de compétence et qu'ils soient en mesure de déléguer les responsabilités d'inspection et d'application afin de prévenir, de réduire ou d'éliminer les risques pour la santé en temps opportun (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Comme défini dans la *LPPS*, les MH disposent de pouvoirs supplémentaires qu'ils peuvent utiliser en cas d'urgence pour prévenir ou contrôler la propagation d'une maladie transmissible (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990).

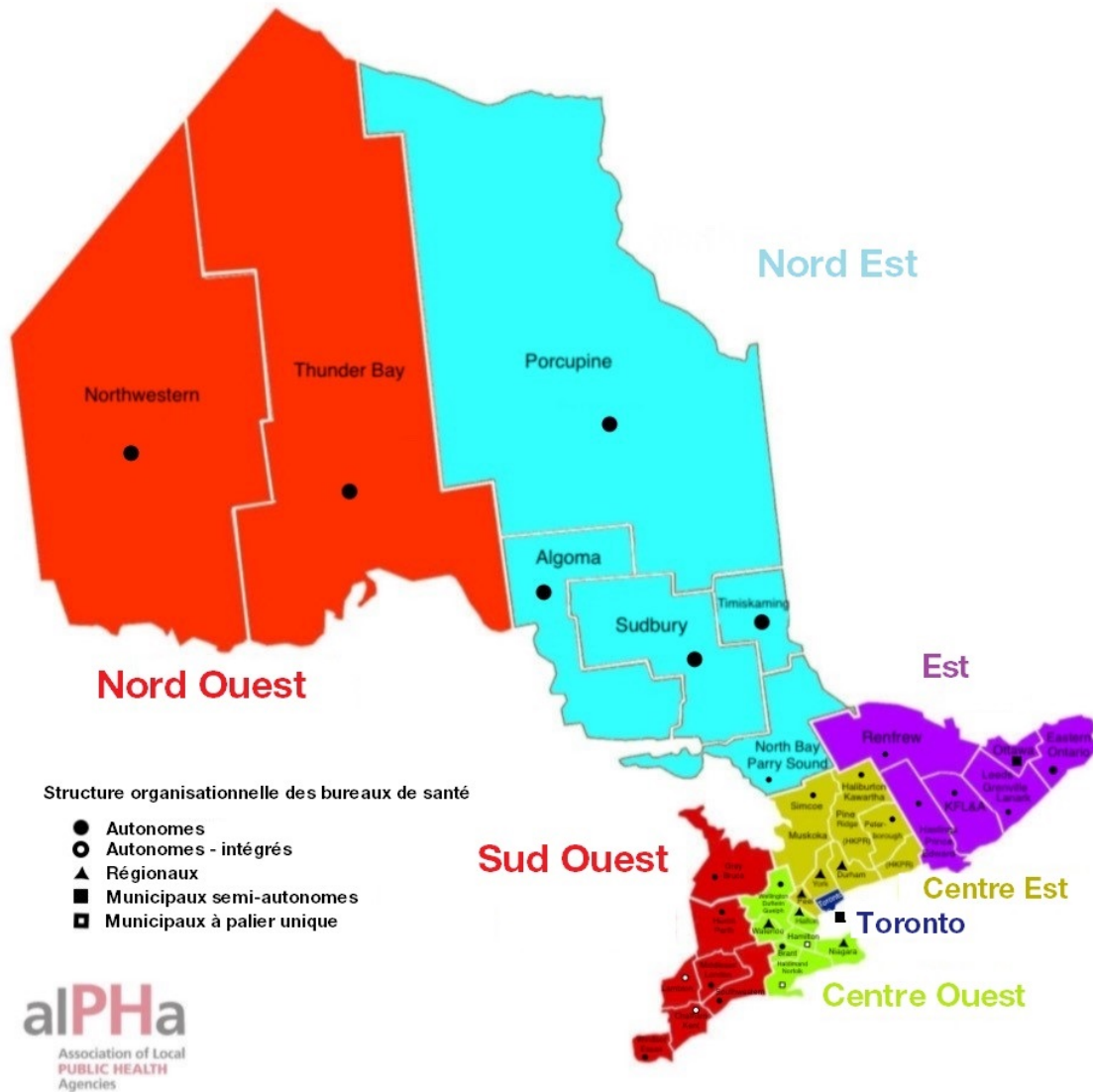
Tableau 1 Typologies de la structure organisationnelle des bureaux de santé publique

	Autonome	Autonome – intégrée	Régionale	Municipale à palier unique	Municipale semi-autonome
CS – Organe directeur	Conseil municipal, décret et personnes nommées par les citoyens	Conseil municipal, décret et personnes nommées par les citoyens	Conseil régional	Conseil municipal	Conseil municipal et personnes nommées par les citoyens
Structure organisationnelle des BS	Indépendants des administrations municipales	Intégrés dans une seule administration municipale	Intégrés dans l'administration régionale	Intégrés dans une seule administration municipale	Officiellement indépendants de l'administration municipale, mais le conseil municipal conserve l'autorité sur l'approbation du budget et du personnel
Chef des opérations	MH et DG ou DGA	MH et administrateur général	MH et/ou commissaire	MH et administrateur général	MH

Source : (Association of Local Public Health Agencies, 2018, adapté et traduit par le CCNPPS)

Remarque : BS – Bureau de santé; sauf si elle est établie en tant que BS autonome, la structure organisationnelle des BS évolue avec la structure des administrations municipales et régionales. Cependant, la désignation légale d'un BS peut ne pas changer immédiatement en conséquence. Par exemple, le Bureau de santé de Lambton est désigné comme un BS autonome-intégré, mais fonctionne maintenant comme un BS régional.

Figure 2 Bureaux de santé dans les régions sanitaires de l'Ontario en janvier 2020



Remarque : Figure adaptée avec la permission d'alPHA (Association of Local Public Health Agencies, 2020); BS par région, Nord-Ouest : Nord-Ouest, Thunder Bay; Nord-Est : Porcupine, Algoma, Sudbury, Timiskaming, North Bay Parry Sound; Est : Renfrew, Ottawa, Est de l'Ontario, Leeds Grenville Lanark, Kingston Frontenac Lennox and Addington (KFLA), Hastings-Prince Edward; Centre-Est : Haliburton-Kawartha-Pine Ridge (HKPR), Peterborough, Durham, Simcoe Muskoka, York, Peel; Toronto; Centre-Ouest : Niagara, Halton, Hamilton, Brant County, Wellington-Dufferin-Guelph, Waterloo, Haldimand-Norfolk; Sud-Ouest : Grey Bruce, Huron Perth, Southwestern, Middlesex-London, Lambton, Windsor-Essex, Chatham-Kent.

2.3.4 BUREAUX DE SANTÉ — BUREAUX LOCAUX

Un bureau de santé (BS) peut offrir plusieurs points de service dotés de professionnels de la santé publique dans une ou plusieurs municipalités. Parmi leurs activités, les fournisseurs de services des BS (p. ex. les infirmiers et les infirmières, les nutritionnistes, les inspecteurs et les inspectrices de la santé publique, les responsables de la promotion de la santé) et le personnel de soutien des programmes (p. ex. les épidémiologistes, les conseillers et les conseillères en politiques, les gestionnaires de programmes) sont responsables de la sensibilisation du public aux modes de vie sains, à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles (p. ex. l'immunisation et le dépistage), de l'inspection des établissements alimentaires, des programmes de développement sain des enfants et de l'éducation en matière de santé dans les écoles (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018). Les NSPO illustrent la vaste portée des services et des programmes offerts par les BS. En raison des différences dans la structure organisationnelle interne des BS, nous n'avons pas été en mesure de fournir un résumé détaillé des rôles, des responsabilités et des rapports hiérarchiques des dirigeants de haut niveau (p. ex. les infirmiers et les infirmières en chef), des directeurs et des chefs de programmes qui appuient les activités des BS. Cela constitue une lacune substantielle dans les données et reflète une hétérogénéité importante au sein du système de santé publique de l'Ontario.

2.4 Intégration, coordination intersectorielle et partenariat intergouvernemental

Des services de santé intégrés impliquent un accès fluide et facile au système de santé pour les utilisateurs, ainsi que la coordination de l'offre (des programmes, des services, des informations), de la gouvernance (comme les politiques, la gestion) et des arrangements financiers (comme les modèles et les accords de financement) entre les fournisseurs et les partenaires officiels ou non (Organisation mondiale de la Santé, 2008; World Health Organization, 2018). Notre recherche a permis de repérer plusieurs programmes et services représentant une intégration et une coordination intersectorielle au sein des secteurs de la santé et au-delà, ainsi que des partenariats intergouvernementaux visant à soutenir les systèmes de santé publique au sein des communautés des Premières Nations.

2.4.1 MÉCANISMES GOUVERNEMENTAUX

Peu d'informations ont été publiées concernant les mécanismes gouvernementaux permettant la coordination et la collaboration en matière d'activités de santé publique entre les régions, les autres secteurs publics (p. ex. avec le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires qui supervise et finance les programmes « Bébés en santé, enfants en santé ») et les secteurs privés. L'échange de connaissances et la coordination interrégionale des activités de santé publique peuvent se faire par l'intermédiaire d'associations professionnelles (p. ex. l'Association pour la santé publique de l'Ontario, Association of Public Health Business Administrators, Ontario Association of Public Health Nursing Leaders) et de leurs comités respectifs (p. ex. Conseil des médecins hygiénistes de l'Ontario, Association of Local Public Health Agencies) (Association of Local Public Health Agencies, s. d.-c, s. d.-a).

La *Loi donnant la priorité aux patients* (2016) a jeté les bases des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (maintenant Services de soutien à domicile et en milieu communautaire) pour faciliter une plus grande coordination de la planification et de la prestation des services de santé publique et de soins de santé (Loi donnant la priorité aux patients, 2016). La Loi exigeait que les RLISS travaillent avec les BS sur les questions de planification, de financement et de prestation de

services pour le système de santé (Loi donnant la priorité aux patients, 2016). Cela s'est traduit par une collaboration pour la planification des programmes locaux et la collecte et le partage des données sur les besoins sociaux et de santé en milieu communautaire (Public Health Ontario, 2018). Les activités en collaboration se sont concentrées sur les domaines suivants de promotion de la santé et de prévention des maladies : la cessation tabagique, la prévention des chutes, la vaccination contre la grippe, la santé des Autochtones, la réponse aux épidémies de maladies transmissibles, la réponse à la crise des opioïdes et la santé mentale en milieu de travail (Public Health Ontario, 2018).

Dans le rapport de 2017 intitulé *La santé publique au sein d'un système intégré de santé*, le comité ministériel d'experts sur la santé publique a constaté que les BS ne disposaient pas des mécanismes de collaboration entre les régions et que « le manque d'harmonisation [entre les BS et] les RLIS rend aussi difficiles la collaboration, le partage des ressources et l'optimisation de l'efficacité tant au sein du secteur de santé publique qu'au sein du système de santé en général » (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017). Lors d'une vérification réalisée à la même époque, le Bureau du vérificateur général a également constaté qu'il y avait peu de coordination ou de collaboration entre les BS quant à la planification et la prestation des programmes et services de prévention des maladies chroniques (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017). Il estimait que cela contribuait à un dédoublement possiblement évitable au niveau de la recherche, de la création de matériel pour la promotion de la santé, de la conception et de la gestion des programmes (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017).

2.4.2 SYSTÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE DES PREMIÈRES NATIONS

En Ontario, vingt et un BS croisent les limites de 133 communautés des Premières Nations (Talking Together to Improve Health Project Team, 2017b). Diverses communautés et organisations ainsi que différents paliers de gouvernement participent au financement, à la coordination et à la prestation des services de santé publique dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis (Mattison *et al.*, 2016; Public Health Physicians of Canada, 2019). En vertu de l'article 50 de la *LPPS*, les Premières Nations peuvent établir des accords officiels avec les BS pour la prestation de services de santé publique (Public Health Physicians of Canada, 2019). En 2017, une enquête sur les BS a révélé que sept des 14 BS qui chevauchent les limites des communautés des Premières Nations avaient conclu des ententes écrites pour la prestation de programmes et de services particuliers (Talking Together to Improve Health Project Team, 2017a). Nous avons également répertorié des systèmes de santé publique autonomes dirigés par les communautés des Premières Nations, avec elles et pour elles. Bien qu'elle ne soit pas officiellement reconnue par les lois provinciales comme un BS, la Sioux Lookout First Nations Health Authority (SLFNHA) est une organisation dirigée par les Premières Nations qui soutient le financement, la conception en commun et l'administration du modèle de santé publique intitulé « Approaches to Community Wellbeing » (Approches pour le bien-être des communautés) (ce que nous appelons un système de santé publique dans notre profil) avec 31 communautés des Premières Nations éloignées et du Nord dans le nord-ouest de l'Ontario (Public Health Physicians of Canada, 2019; Sioux Lookout First Nations Health Authority, 2010, 2020). Le programme « Approaches to Community Wellbeing » est dirigé par un directeur de programme et un spécialiste de la santé publique et de la médecine préventive qui occupe également le poste de MH adjoint du Bureau de santé du district de Thunder Bay (Sioux Lookout First Nations Health Authority *et al.*, 2021).

Le Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations est un autre exemple de mécanisme établi pour améliorer la coordination des efforts visant à identifier les lacunes dans la prestation des services de santé publique et l'élaboration des politiques. Ce comité comprenait à l'origine l'Ontario Chiefs Committee on Health, le ministère de la Santé, le ministère des Affaires autochtones, le Bureau du Conseil des ministres et Santé Canada (Chiefs of Ontario, 2019).

2.4.3 COLLABORATION LOCALE ET INTERSECTORIELLE

D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer toute la portée de la collaboration intersectorielle mise en œuvre par SPO et localement par les BS. Le partenariat Collectivités saines du Bureau de santé de Grey Bruce est un exemple de collaboration intersectorielle locale (Diallo, 2020). Ce partenariat intersectoriel, lancé en 2010, met à contribution une trentaine d'acteurs de santé publique, de l'éducation (comme les directeurs de conseils scolaires), de l'administration municipale et d'organisations communautaires (comme les YMCA, M'Wikwedong), et il est axé sur l'élaboration de solutions de politiques publiques et sur l'établissement de priorités communes (p. ex. le logement abordable) et sur la sensibilisation à la santé communautaire, à l'équité en matière de santé et à la durabilité environnementale (Diallo, 2020). Entre autres exemples, mentionnons les partenariats de SPO avec le ministère de la Santé et les universités canadiennes pour la création d'initiatives en éducation en matière d'immunisation (Santé publique Ontario, 2017). De plus, en collaboration avec les ministères provinciaux et les organisations communautaires, SPO appuie l'évaluation de programmes comme « Beaux sourires Ontario » qui fournit des soins dentaires et des programmes de promotion de la santé dentaire pour les enfants et, précédemment, le Programme d'action communautaire « Enfants en santé » qui visait à promouvoir un mode de vie sain chez les enfants dans 45 collectivités de l'Ontario (2015 à 2018) (Santé publique Ontario, 2017).

3 Gouvernance

La gouvernance du système de santé publique est caractérisée par les cadres juridiques, réglementaires et politiques (p. ex. la législation, les règlements, les normes et les politiques-cadres en matière de santé publique) qui définissent les rôles et les responsabilités des principaux acteurs ainsi que la vision stratégique, la mission et les objectifs qui orientent le système de santé publique (World Health Organization, 2015). L'évaluation du rendement et des activités de santé publique est fondamentale pour déterminer si les systèmes produisent les résultats escomptés et favorisent l'amélioration continue des programmes et des services (World Health Organization, 2015).

3.1 Cadre juridique et politique en santé publique

3.1.1 LOI SUR LA PROTECTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)* a été promulguée en 1983 (des modifications notables ont été apportées en 1990 et en 2004) et elle constitue la principale loi régissant la santé publique en Ontario (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990; Loi modifiant la Loi sur la protection et la promotion de la santé, 2004). Cette Loi est divisée en neuf parties qui traitent des responsabilités des principaux acteurs (comme le ministre de la Santé, le MHC, les MH) dans la planification, dans l'offre et l'évaluation des programmes et services de santé publique obligatoires et facultatifs (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990).

Par exemple, l'article 49 définit les CS comme la principale entité responsable de la gouvernance et de l'administration des services de santé publique à l'échelle locale en Ontario (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b). Bien que la Loi ne définisse pas explicitement la santé publique, l'article 5 de la *LPPS* précise que le CS « ...doit superviser ou prévoir l'offre de programmes et de services de santé dans les domaines suivants, ou veiller à ce qu'ils soient offerts :

- Salubrité publique, en vue d'assurer le maintien de conditions sanitaires et de prévenir ou d'éliminer les risques pour la santé;
- Approvisionnement en eau potable par de petits réseaux d'eau potable;
- Lutte contre les maladies infectieuses et les maladies d'importance pour la santé publique, y compris l'offre de services d'immunisation aux enfants et aux adultes;
- Promotion de la santé, protection de la santé et prévention des maladies et des blessures;
- Santé de la famille;
- Collecte et analyse de données épidémiologiques;
- Programmes et services de santé additionnels prescrits par les règlements » (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990).

L'article 9 de la *LPPS* accorde au CS le pouvoir de fournir des programmes et des services additionnels selon les besoins des communautés locales (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). La *LPPS* définit également les éléments suivants : les rôles et responsabilités des MH et des agents de santé publique chargés de faire respecter la Loi et ses règlements; les pouvoirs du gouvernement provincial pour répondre aux dangers et aux urgences en matière de santé publique; les responsabilités des acteurs de santé publique pour signaler, surveiller et prévenir les maladies transmissibles (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). La *Loi modifiant la Loi sur la protection et la promotion de la santé* de 2004 a mis à jour les articles de la Loi qui traitent de la nomination des MHC, du pouvoir du ministre de diriger les MHC, des responsabilités des MHC en

matière de rapports au gouvernement et de leur pouvoir de s'adresser au public (Loi modifiant la Loi sur la protection et la promotion de la santé, 2004).

3.1.2 NORMES DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO

Élaborées à l'origine en 2008 et mises à jour en 2018, les Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO) représentent le cadre directeur entourant les pratiques et les politiques en santé publique (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b). Les NSPO ont remplacé les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (1997) qui précisaient les exigences minimales pour la prestation de services par les BS (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b; Pinto *et al.*, 2012).

Selon les NSPO, l'objectif général des programmes et services de santé publique est « d'améliorer et protéger la santé et le bien-être de la population ontarienne et réduire les iniquités en santé » (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b). Les NSPO définissent les attentes et les objectifs suivants pour les programmes et services fournis par les BS :

- Augmenter l'utilisation des connaissances en santé publique et l'expertise en planification et en prestation de programmes et de services au sein d'un système de santé intégré;
- Réduire les iniquités en santé en adoptant une pratique de santé publique axée sur l'équité;
- Augmenter l'utilisation des données probantes existantes et nouvelles pour soutenir une pratique de santé publique efficace;
- Améliorer les comportements, les collectivités et les politiques de promotion de la santé et du bien-être;
- Améliorer la croissance et le développement des nourrissons, des enfants et des adolescents;
- Réduire les maladies et les décès liés aux maladies infectieuses, transmissibles et chroniques posant un risque pour la santé publique;
- Réduire les maladies et les décès liés aux maladies évitables par la vaccination;
- Réduire les maladies et les décès liés aux aliments, à l'eau et aux autres dangers environnementaux;
- Réduire les répercussions des urgences sur la santé (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b).

Les NSPO comprennent quatre normes fondamentales (évaluation de la santé de la population, pratique de santé publique efficace, gestion des situations urgentes et équité en santé) et neuf normes relatives aux programmes (prévention et contrôle des maladies infectieuses et transmissibles, salubrité des aliments, milieux sains, salubrité de l'eau, croissance et développement en bonne santé, santé en milieu scolaire, prévention des maladies chroniques et bien-être, immunisation, consommation de substances et prévention des blessures). Les normes fondamentales définissent les principaux programmes et services de santé publique ainsi que le modèle de conception de leur rôle et de leur fonction. Elles sous-tendent les normes du programme, qui sont liées à des protocoles précisant les activités que les BS sont chargés de mettre en œuvre et à des lignes directrices qui fournissent des directives adaptables localement sur la manière de mettre en œuvre les normes (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2020b; Region of Waterloo Public Health and Emergency Services, 2018).

3.2 Gestion et évaluation du rendement

Les NSPO définissent les indicateurs de résultats des programmes et des services et donnent aux BS la possibilité de définir des indicateurs de rendement pour cinq normes relatives aux programmes (prévention des maladies chroniques et bien-être, milieux sains, croissance et développement en bonne santé, santé en milieu scolaire, consommation de substances et prévention des blessures) en fonction du contexte et des approches à l'échelle locale (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b). Parmi les autres indicateurs de rendement énumérés dans les NSPO, il y a ceux qui permettent d'évaluer : la santé générale, le mode de vie et la qualité de vie; la morbidité et la mortalité; les iniquités en santé entre les groupes de populations prioritaires (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b). Les populations prioritaires et en quête d'équité désignées dans les NSPO sont les enfants d'âge scolaire, les nourrissons, les femmes en âge de procréer et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b).

Les BS sont tenus d'évaluer les programmes ainsi que d'évaluer et de produire des rapports sur la santé de la population. Les rapports doivent décrire s'il existe des iniquités en matière de santé ainsi que leur incidence, et définir des stratégies pour les atténuer (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b). Outre les *Lignes directrices sur l'équité en matière de santé* et le *Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population*, seuls des conseils méthodologiques limités sont fournis aux BS à ces fins (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017).

L'audit effectué par le vérificateur général en 2017 a trouvé peu d'éléments attestant que les mécanismes prévus par le ministère de la Santé sont utilisés pour surveiller et soutenir l'évaluation des programmes au sein des BS (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017). Le type, la quantité et la qualité des évaluations des programmes effectuées par les BS variaient selon les régions, en partie en raison du temps et des ressources humaines disponibles pour procéder à des évaluations rigoureuses (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017). Le rapport du vérificateur général a révélé qu'environ 60 % des 36 BS avaient besoin de soutien pour évaluer la santé de la population et faire une analyse épidémiologique (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017). Bien que le coût soit prohibitif pour de nombreux BS, certains ont déclaré sous-traiter les activités de surveillance et d'évaluation de la santé de la population à l'Université York et au service de surveillance des facteurs de risque de l'Association des agences locales de santé publique (Association of Local Public Health Agencies, 2020a; Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017). Ceci consiste en une enquête téléphonique menée auprès d'adultes dans des juridictions de CS spécifiques, qui recueille des données sur plusieurs facteurs tels que l'auto-évaluation de la santé et du bien-être, les comportements en matière de santé, les facteurs sociodémographiques et environnementaux, et les antécédents de vaccination (Association of Local Public Health Agencies, 2020b). Les ressources humaines limitées pour le suivi et l'évaluation ainsi que les difficultés d'accès à des données épidémiologiques locales de qualité ont été soulignées dans le rapport du vérificateur général et reprises dans les réponses récentes au document de discussion du ministère de la Santé sur la modernisation de la santé publique (Association of Public Health Epidemiologists in Ontario, 2020; Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017).

3.2.1 MÉCANISMES D'IMPUTABILITÉ

Le cadre de responsabilisation des NSPO en matière de santé publique a été élaboré en partie pour aider à remédier aux différences des évaluations de rendement entre les BS (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b). Les autres mécanismes d'imputabilité facilitant l'évaluation du rendement et l'établissement des rapports relatifs aux NSPO comprennent notamment : les ententes de responsabilité entre le ministère et le CS; les plans stratégiques du CS; les plans de services et les dotations budgétaires annuels du CS; les rapports de rendement; un rapport annuel (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018b).

4 Financement

Dans le cadre des OESP, le financement réfère à « la mobilisation, l'accumulation et l'affectation des ressources pour répondre aux besoins de la population en matière de santé, individuellement et collectivement » (World Health Organization, 2015). Nous avons cherché des données accessibles au public dans les rapports budgétaires de la province et lorsque les dépenses en santé publique n'étaient pas précisées, nous avons vérifié les états financiers des principaux acteurs de santé publique recevant un financement provincial (p. ex. les autorités provinciales et régionales de la santé).

4.1 Contexte

En vertu de l'article 72 de la *LPPS*, les gouvernements municipaux ont une responsabilité imposée par la loi quant au financement des programmes et services de santé publique (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). Cependant, l'article 76 de la *LPPS* précise que le ministère de la Santé peut accorder des subventions « aux conditions qu'il juge appropriées » (Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990). À l'exception de la fin des années 1990 et du début des années 2000, où les municipalités fournissaient 50 % des budgets des CS, historiquement, les municipalités fournissaient 25 % des budgets des CS tandis que le ministère de la Santé contribuait jusqu'à 75 % (Association of Local Public Health Agencies, 2018; Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017). Selon l'Association des agences locales de santé publique et le groupe d'experts en santé publique de 2017, de nombreuses municipalités contribuent à plus de 25 % de leur budget à la santé publique (Association of Local Public Health Agencies, 2018; Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017). Les programmes entièrement financés par le ministère de la Santé comprennent notamment : « Ontario sans fumée », les programmes d'échange de seringues, « Beaux sourires Ontario », les initiatives des infirmiers et infirmières en santé publique et les programmes de contrôle des maladies infectieuses (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017). Dans le budget provincial 2019-2020, on annonçait des réductions de la contribution de la province en santé publique. Cependant, ces plans ont été mis en veilleuse en mai 2019 et on ne sait pas encore s'ils seront mis en œuvre (Association of Municipalities of Ontario, 2019; Ministère des Finances de l'Ontario, 2019, p. 20). Les informations détaillées sur les méthodes d'affectation des ressources sont rares. En 2015, un groupe de travail sur l'examen du financement a été chargé d'informer la conception d'un modèle de financement de la santé publique basé sur les besoins de la population, mais ces recommandations n'ont pas été adoptées à ce jour et l'affectation des ressources repose encore en grande partie sur les données historiques (Moat *et al.*, 2016; Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017).

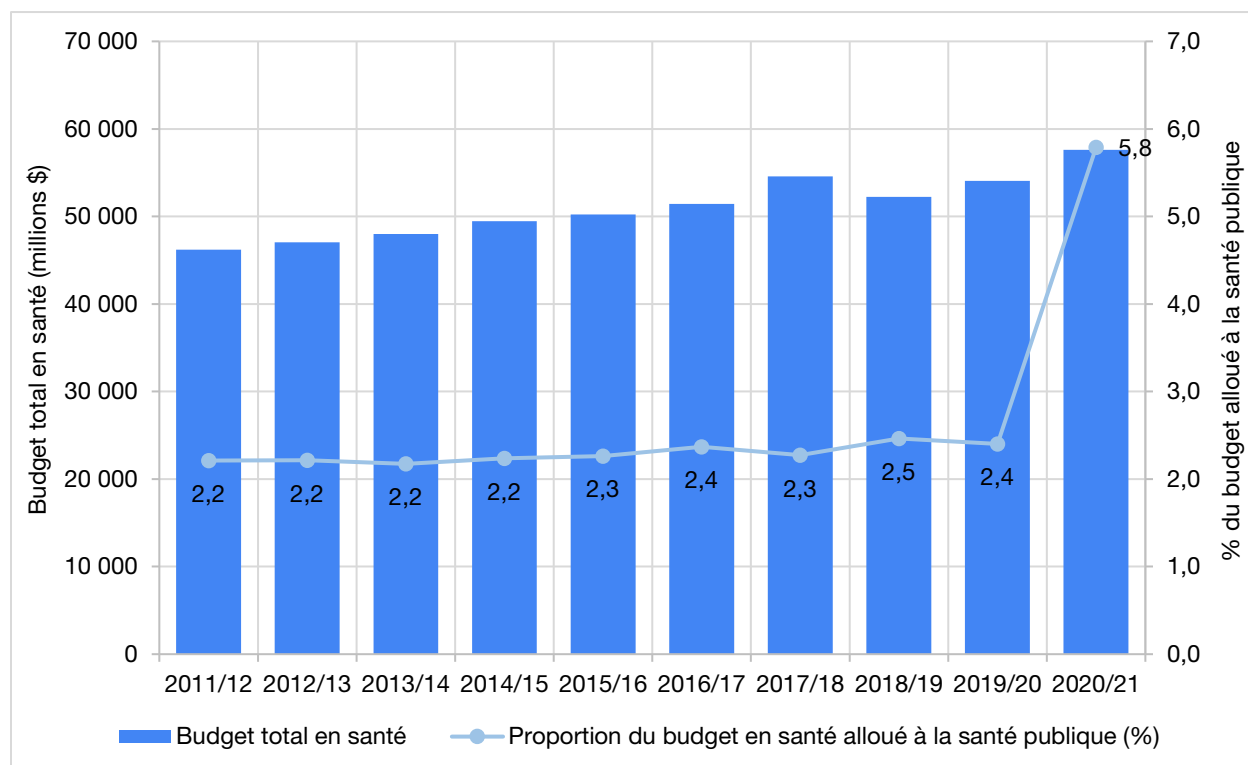
Afin d'examiner le montant et la proportion des budgets provinciaux affectés aux activités liées à la santé publique, nous avons extrait et analysé manuellement les données budgétaires indexées dans le volume 1 du budget des dépenses annuelles pour les exercices financiers (c'est-à-dire terminés le 31 mars) de 2011-2012 à 2020-2021 (Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario, 2021). Les données relatives aux prévisions budgétaires du ministère de la Santé, de l'ancien ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère de la Promotion de la santé ont été évaluées. Dans les sections qui suivent, nous présentons les estimations des dépenses de fonctionnement totales votées qui ne comprennent pas les dépenses en immobilisations, ne sont pas rajustées en fonction de l'inflation et excluent les crédits législatifs (p. ex. les salaires des ministres et des adjoints parlementaires). Bien que notre analyse se soit concentrée sur le ministère de la Santé, nous rendons également compte des dépenses de fonctionnement du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires qui soutient les programmes des BS.

4.2 Dépenses de la province en santé publique

Au cours de la dernière décennie, le montant absolu et la proportion relative du budget du ministère de la Santé consacré aux dépenses de fonctionnement du « Programme de la santé de la population et de la santé publique » (PSPSP) et de l'ancien « Programme de promotion de la santé » ont varié légèrement (figure 3) (Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario, 2020). Depuis 2015-2016, les postes budgétaires consacrés aux activités liées à la santé publique ont été combinés dans le cadre du PSPSP qui finance les programmes et services administrés par le ministère et les BS (Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario, 2020). Par souci de concision, pour la suite, les dépenses du PSPSP seront appelées dépenses de « santé publique ».

En 2011, la santé publique représentait environ 2,2 % (1,0 milliard de dollars) des dépenses du système de santé provincial (figure 3). En une décennie environ, cette proportion est passée à environ 2,4 % (1,3 milliard de dollars en 2019-2020, estimations non rajustées en fonction de l'inflation). Pour l'exercice 2020-2021, il y a eu augmentation du financement unique pour les activités de réponse à la pandémie de COVID-19 (1,8 milliard de dollars), ce qui a augmenté la proportion des dépenses en santé publique à environ 5,8 % (3,3 milliards de dollars) (Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario, 2020).

Figure 3 Estimation des dépenses de fonctionnement du budget du ministère de la Santé, exercices 2011-2012 à 2020-2021 (\$ CA, non rajusté en fonction de l'inflation)



Le Bureau de la responsabilité financière (BRF) de l'Ontario a effectué une analyse des estimations des dépenses du ministère de la Santé pour l'exercice 2019-2020 (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2019). Le budget 2019-2020 pour la santé publique était supérieur de 1,7 % au budget demandé en 2018-2019. Le BRF a indiqué que cette augmentation provenait en grande partie de l'augmentation du financement des Organismes de santé locaux officiels (c.-à-d., les BS et les organismes de soins primaires gérés par la collectivité, comme les centres de santé communautaire et les centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones) et en particulier, d'un investissement prévu de 90 millions de dollars dans les soins dentaires pour les personnes âgées à faible revenu, qui seraient dispensés par ces organismes (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2019). Le BRF laisse entendre que le coût du programme de soins dentaires a été compensé par des réductions prévues, mais récemment mises en veilleuse, du financement des BS totalisant 200 millions de dollars sur trois ans. Depuis le budget 2019-2020, trois sous-programmes qui finançaient des associations de santé publique, le Fonds pour les communautés en santé et « la capacité et la coordination locales » ont été annulés (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2019; Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario, 2020).

4.2.1 DÉPENSES EN SANTÉ PUBLIQUE DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ ET DANS LES AUTRES SECTEURS

Les autres postes budgétaires du ministère de la Santé consacrés aux soins de santé et aux services potentiellement liés à la santé publique fournis dans l'ensemble du système de santé comprennent la stratégie de prévention des maladies de l'assurance-santé de l'Ontario (2,5 millions de dollars, < 0,1 % des dépenses totales du ministère de la Santé, 2020-2021), les programmes relatifs au VIH/sida et à l'hépatite C (0,1 milliard de dollars, 0,2 %, 2020-2021) et les immobilisations comme la construction de laboratoires de santé publique (18,5 millions de dollars, < 0,1 %, 2020-2021) (Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario, 2020). Le budget 2019-2020 comprenait également des dépenses pour les programmes de dépistage du cancer (95,3 millions de dollars, 0,2 %) (Secrétariat du Conseil du Trésor, 2019). Action Cancer Ontario a bénéficié du financement du programme de dépistage du cancer (Action Cancer Ontario, 2019). Bien que les chiffres des dépenses ne soient pas précisés, il est probable que le financement du dépistage du cancer soit inclus dans le budget des services et programmes de santé 2020-2021 (c'est-à-dire le crédit 1416) qui soutient maintenant les organismes de santé de l'Ontario, y compris Action Cancer Ontario et les organismes de soins primaires gérés par la communauté comme les centres de santé communautaire et les centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones (Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario, 2020). Enfin, il convient de noter que les BS reçoivent également des fonds par l'intermédiaire du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires pour des programmes spécifiques tels que « Bébé en santé, enfants en santé » (90,3 millions de dollars, 2,1 % des dépenses totales du ministère, 2020-2021) (Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 2020).

4.3 Dépenses des municipalités en santé publique

Notre recherche n'a pas permis d'énumérer les dépenses en santé publique des acteurs municipaux en raison des différentes structures comptables des BS et donc de la communication des informations financières. Par exemple, les BS autonomes (comme Santé publique Algoma) présentent des états financiers vérifiés non regroupés pour les activités du BS, tandis que les dépenses des BS régionaux, comme celles du Bureau de santé de la région de Peel, sont regroupées dans les états financiers de l'administration régionale (c'est-à-dire le Bureau de santé de la région de Peel) (Algoma Public Health, 2019; Peel Region, 2020). Les états financiers des BS varient donc selon la mesure dans laquelle ils regroupent les dépenses liées à la santé communautaire, aux services médicaux d'urgence et aux autres services de santé et sociaux. À l'avenir, les recherches devraient examiner les renseignements financiers non regroupés des BS afin de quantifier et de comparer plus efficacement les dépenses des municipalités en santé publique.

5 Ressources humaines en santé publique

Les ressources humaines essentielles en santé publique comprennent « l'ensemble des employés participant à des activités de santé publique et qui considère la santé publique comme la partie principale de leur rôle » (Rechel, Maresso *et al.*, 2018). Cela exclut les professionnels comme les sages-femmes, les pharmaciens communautaires ou les médecins de famille qui peuvent faire la promotion de la santé publique, mais dont ce n'est pas la tâche principale. Notre recherche visait à obtenir des renseignements détaillés sur la taille et la composition par discipline professionnelle des ressources humaines en santé publique en Ontario, ainsi que sur les tendances et les stratégies de recrutement et de maintien en poste.

5.1 Taille, composition, recrutement et maintien en poste

5.1.1 SITUATION ACTUELLE

Les ressources humaines en santé publique en Ontario comprennent un amalgame diversifié de professionnels réglementés (p. ex. les infirmiers et infirmières, médecins, travailleurs et travailleuses sociaux, nutritionnistes, dentistes, hygiénistes dentaires et technologues de laboratoire médical) et de professionnels non réglementés (p. ex. les agents et agentes de santé environnementale, agents et agentes de promotion de la santé, épidémiologistes, analystes de données, scientifiques, employés et employées de gestion) (Mattison et Lavis, 2016). La taille et la répartition exactes des professionnels de la santé publique de l'Ontario ne sont pas claires, en partie parce que les données sur les ressources humaines ont tendance à être rapportées pour l'ensemble du système de santé ou par les professions réglementées, sans ventilation par secteur (Institut canadien d'information sur la santé, 2021; Mattison et Lavis, 2016).

Notre recherche a permis de trouver quelques sources d'information différentes sur la composition des professionnels de la santé publique en Ontario. Dans son rapport 2017, le vérificateur général a estimé que les BS employaient environ 7 500 équivalents temps plein (ETP), dont 980 ETP étaient affectés aux programmes et aux services de prévention des maladies chroniques (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017). En moyenne, 12 % des ETP des BS ont été affectés à la prévention des maladies chroniques, mais des variations notables et inexplicables ont été constatées dans l'affectation des effectifs des BS (de 6 % à 20 % des ETP des BS) (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017).

Selon la base de données médicales Scott's (ICIS), en 2018, 131 médecins spécialistes de la santé publique et de la médecine préventive travaillaient en Ontario; beaucoup d'entre eux assument des rôles de MH ou de MH adjoints (Institut canadien d'information sur la santé, 2020; Public Health Physicians of Canada, 2019). Dans la base de données des effectifs de la santé de ICIS, les professionnels de la santé publique environnementale étaient les seuls rôles spécifiquement liés à la santé publique (Institut canadien d'information sur la santé, 2021). Les données pour toutes les autres professions faisant partie de cette base de données étaient agrégées pour l'ensemble du domaine; nous n'avons donc pas été en mesure de déterminer la proportion spécifique à la santé publique. En 13 ans, le nombre de professionnels de la santé publique environnementale en Ontario a augmenté de 57 % et, en 2013, 681 de ces travailleurs étaient employés en Ontario (46 % du total pour le Canada) (Mattison et Lavis, 2016).

Récemment, l'enquête 2020 de l'Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (APHEO) auprès des BS et des autorités de santé des Premières Nations (organismes spécifiques non définis) en Ontario révélait que 23 des 35 organismes participants (66 %) avaient une capacité épidémiologique insuffisante pour répondre aux besoins d'évaluation et de surveillance de la santé de la population (Association of Public Health Epidemiologists in Ontario, 2020). Ce constat a été repris dans le rapport 2017 du vérificateur général (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2017). Parmi les raisons mentionnées pour expliquer cette capacité insuffisante, on peut citer un volume important et croissant de demandes de soutien épidémiologique, un personnel épidémiologique insuffisant, le fait que le personnel épidémiologique assume d'autres fonctions, en dehors de la description de poste, pour remplacer le personnel insuffisant à d'autres postes et les difficultés qu'ont les BS à pourvoir les postes vacants en épidémiologie (Association of Public Health Epidemiologists in Ontario, 2020).

Les ressources humaines de SPO comprendraient des professionnels de plus de 20 disciplines différentes (comme des médecins, infirmiers et infirmières, spécialistes de la santé, scientifiques, épidémiologistes, technologues de laboratoire et des employés et employées administratifs et de soutien), mais nous n'avons pas trouvé d'estimations détaillées des ressources humaines lors de notre recherche (Santé publique Ontario, 2017).

5.1.2 RAPPORTS MAJEURS — COMITÉ D'EXAMEN DE LA CAPACITÉ D'INTERVENTION (2005, 2006)

Il y a plus de dix ans, un Comité d'examen de la capacité d'intervention (CECI) en matière de santé publique du ministère de la Santé a procédé à un examen complet des BS. En 2005, le CECI a estimé que 6 358 ETP travaillaient à la prestation directe de programmes de santé publique dans les 36 BS de l'Ontario à l'époque (Capacity Review Commission, 2005). Le rapport provisoire du CECI indiquait que la majorité des ressources humaines de la santé publique était composée d'infirmiers et infirmières et d'inspecteurs et inspectrices de santé publique (Capacity Review Commission, 2005). Ils ont également signalé que plus de 1 400 ETP jouaient un rôle de soutien dans l'exécution des programmes de santé publique, en plus des employés chargés de l'exécution des programmes (administration, informatique, bibliothèque, évaluation et soutien) (Capacity Review Commission, 2005). Dans le rapport provisoire 2005 du CECI, on évaluait le taux de vacance dans les BS à environ 4,6 %, avec de fortes différences entre les régions (Capacity Review Commission, 2005). Nous avons constaté que plusieurs BS connaissaient des taux élevés de roulement du personnel chargé de l'exécution des programmes, en particulier chez les inspecteurs et inspectrices et les infirmiers et infirmières en santé publique (Capacity Review Commission, 2005). Des stratégies spécifiques pour améliorer les conditions de travail, la gestion organisationnelle et les questions de recrutement et de maintien en poste ont été abordées dans ces rapports, mais on ne peut savoir dans quelle mesure elles ont été mises en œuvre (Capacity Review Commission, 2005, 2006). Depuis les rapports du CECI, à notre connaissance, aucun examen complet des ressources humaines de la santé publique n'a été effectué.

Références

- Action Cancer Ontario. (2019). *États financiers : 31 mars 2019*. Action Cancer Ontario. <https://www.ccohealth.ca/sites/CCOHealth/files/assets/CCOFinancialReport2018-19FR.pdf>
- Algoma Public Health. (2019). *Financial Statements of Algoma Public Health and Independent Auditors' Report thereon: Year ended December 31, 2019*. Algoma Public Health. <http://www.algomapublichealth.com/media/3440/2019-12-31-algoma-public-health-fs.pdf>
- Association of Local Public Health Agencies. (s. d.-a). *Committees*. Association of Local Public Health Agencies. Récupéré le 13 mai 2021 à partir du site <https://www.alphaweb.org/page/milestones>
- Association of Local Public Health Agencies. (s. d.-b). *Milestones and History*. Association of Local Public Health Agencies. Récupéré le 15 juin 2020 à partir du site <https://www.alphaweb.org/page/milestones>
- Association of Local Public Health Agencies. (s. d.-c). *Organizational Chart*. Association of Local Public Health Agencies. Récupéré le 13 mai 2021 à partir du site https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/resmgr/alPHa_Organization_Chart.pdf
- Association of Local Public Health Agencies. (2018). *2018 Orientation Manual for Boards of Health* (p. 54). Association of Local Public Health Agencies. https://cdn.ymaws.com/alphaweb.site-ym.com/resource/resmgr/boh_file/boh_orientation_manual.pdf
- Association of Local Public Health Agencies. (2020). Carte des régions sanitaires. ALPHa. https://cdn.ymaws.com/alphaweb.site-ym.com/resource/resmgr/alpha_region_map_250320.jpg
- Association of Local Public Health Agencies. (2020a). *Rapid Risk Factor Surveillance System*. RRFSS. <https://www.rfss.ca>
- Association of Local Public Health Agencies. (2020b). *Rapid Risk Factor Surveillance System – Questionnaires*. RRFSS. <https://www.rfss.ca/questionnaires>
- Association of Municipalities of Ontario. (2019). *Public Health: Proposed Funding Reductions and Re-Structuring*.
- Association canadienne de santé publique. (2019). La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada (36 p.). Association canadienne de santé publique. <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/phhsr-backgrounddocument-f.pdf>
- Association of Public Health Epidemiologists in Ontario. (2020). *Response to the Public Health Modernization Discussion Paper*. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario. https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/APHEO_Response_PH_Modernization_110220.pdf
- Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario. (2019). *Budget des dépenses 2019-2020 : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée*. Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (BRF). <https://www.fao-on.org/fr/Blog/Publications/estimates-health-2019>

- Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. (2017). *Rapport annuel 2017* (978 p.). Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr17/2017AR_v1_fr_web.pdf
- Campbell, A. (2004). *The SARS Commission First Interim Report – SARS and Public Health in Ontario – Volume 4* (p. 271). Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. http://www.archives.gov.on.ca/en/e_records/sars/report/v4-pdf/Volume4.pdf
- Capacity Review Commission. (2005). *Interim Report of the Public Health Capacity Review Committee: Revitalizing Ontario's Public Health Capacity – A Discussion of Issues and Options*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. <https://collections.ola.org/mon/12000/257108.pdf>
- Capacity Review Commission. (2006). *Revitalizing Ontario's Public Health Capacity: A Final Report of the Capacity Review Commission*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. [https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/1_Capacity_Review_Committee_Full_Report_2006%20\(1\).pdf](https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/1_Capacity_Review_Committee_Full_Report_2006%20(1).pdf)
- Chessie, K. (2009). Health system regionalization in Canada's provincial and territorial health systems: Do citizen governance boards represent, engage, and empower? *International Journal of Health Services*, 39(4), 705-724. <https://doi.org/10.2190/HS.39.4.g>
- Chiefs of Ontario. (2019). *Background : Trilateral First Nation Health Senior Officials Committee*. <http://www.chiefs-of-ontario.org/priorities/health/trilateral-first-nation-health-senior-officials-committee/>
- Deber, R. B., Millan, K., Shapiro, H. et McDougall, C. W. (2006). A Cautionary Tale of Downloading Public Health in Ontario: What Does It Say about the Need for National Standards for More Than Doctors and Hospitals? *Healthcare Policy*, 2(2), 60–75.
- Diallo, T. (2020). *Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada Five*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <http://www.ccnpps.ca/docs/2020-GouvIntGov-5-Exemples-Actions-Intersectorielles-Sante-Canada.pdf>
- Fafard, P., McNena, B., Suszek, A. et Hoffman, S. J. (2018). Contested roles of Canada's Chief Medical Officers of Health. *Canadian Journal of Public Health*, 109, 585–589. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0080-3>
- Gouvernement de l'Ontario. (17 mars 2020). *L'Ontario déclare la situation d'urgence pour protéger la population*. <https://news.ontario.ca/fr/release/56356/ontario-declare-la-situation-durgence-pour-protoger-la-population>
- Gouvernement de l'Ontario. (2021). *Rapport sur la situation d'urgence provinciale de l'Ontario du 17 mars 2020 au 24 juillet 2020*. <https://www.ontario.ca/fr/document/rapport-sur-la-situation-durgence-provinciale-de-lontario-du-17-mars-2020-au-24-juillet-2020>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *Base de données médicales Scott's (BDMS)*. Main-d'œuvre de la santé. <https://www.cihi.ca/fr/main-doeuvre-de-la-sante>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2021). *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2015 à 2019 – tableaux de données (XLSX)*. <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-la-main-doeuvre-de-la-sante>

- Loi sur la protection et la promotion de la santé.* (1990). <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07#BK4>
- Loi sur la ville d'Ottawa.* (1999). <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/99c14e#BK17>
- Loi sur la ville de Haldimand.* (1999). <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/99t14b#BK15>
- Loi sur les municipalités.* (2001). <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/01m25>
- Loi modifiant la Loi sur la protection et la promotion de la santé.* (2004). <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/s04030#s2s2>
- Loi sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.* (2007), L.O. 2007, chap. 10, annexe K, 2007. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07o10>
- Loi donnant la priorité aux patients.* (2016). <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/s16030>
- Lewis, S. et Kouri, D. (2004). *Regionalization : Making Sense of the Canadian Experience.* *Healthcare Papers*, 5, p. 12–31. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2004.16847>
- Lyons, J. (2016). *The Independence of Ontario's Public Health Units: Does Governing Structure Matter?* *Healthcare Policy*, 12(1), p. 71–83. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2016.24777>
- Mattison, C. A., Doxtater, K. et Lavis, J. N. (2016). Care for Indigenous peoples. In Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers (p. 349–374). McMaster Health Forum.
- Mattison, C. A. et Lavis, J. N. (2016). *Delivery Arrangements: Workforce.* In Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers (p. 175–207). McMaster Health Forum. https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/ohs-book/one-page-per-sheet/ch5_delivery-arrangements-2-workforce-ohs.pdf?sfvrsn=e7aa55d5_2
- Moat, K. A., Mattison, C. A. et Lavis, J. (2016). *Financial Arrangements.* In Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers (p. 78–116). McMaster Health Forum. https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/ohs-book/one-page-per-sheet/ch3_financial-arrangements-ohs.pdf?sfvrsn=2
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. (2020). *Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires – Budget des dépenses (2020-2021).* <https://www.ontario.ca/fr/page/ministere-des-services-lenfance-et-des-services-sociaux-et-communautaires-budget-des-depenses-2020#vote3>
- Ministère des Finances de l'Ontario. (2019). *Protéger l'essentiel : Budget de l'Ontario 2019.* Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2017). *La santé publique au sein d'un système intégré de santé : Rapport du comité ministériel d'experts sur la santé publique* (30 p.). Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. https://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/public_health_panel_17/expert_panel_report.pdf
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2018a). *Policy Framework on Medical Officer of Health Appointments, Reporting, and Compensation* (p. 19). Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. https://cdn.ymaws.com/alphaweb.site-ym.com/resource/collection/86D31666-E7EA-42F1-BDA1-A03ECA0B4E3D/2018_PPHD_MOH_Appts_Sept_5_18_.pdf

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2018b). *Protéger et promouvoir la santé des Ontariens et des Ontariennes : Normes de santé publique*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocoles_guidelines/Ontario_Public_Health_Standards_2018_fr.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2019). *Document de travail : Modernisation de la santé publique* (p. 18). Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2020a). *Structure organisationnelle du ministère de la Santé*. Ministère de la Santé de l'Ontario; Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
<https://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/orgchart.aspx>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (9 juin 2020b). *Normes de santé publique de l'Ontario : protocoles et lignes directrices*.
https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/protocolsguidelines.aspx
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (21 décembre 2018). *Bureaux de santé*. Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
<https://www.health.gov.on.ca/fr/common/system/services/phu/default.aspx>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Services de santé intégrés : Lesquels et pourquoi?* (Dossier technique n° 1). Organisation mondiale de la Santé.
<http://digicollection.org/hss/documents/s16532f/s16532f.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020a, 11 mars). *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 11 mars 2020*. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020b, 29 juin). *Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covid-timeline>
- Peel Region. (2020). *Regional Municipality of Peel Consolidated Statement of Financial Position*. Regional Municipality of Peel. <https://www.peelregion.ca/finance/media/2019-audited-financial-statements.pdf>
- Pinto, A. D., Manson, H., Pauly, B., Thanos, J., Parks, A. et Cox, A. (2012). Equity in public health standards: A qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces. *International Journal for Equity in Health*, 11(28). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-28>
- Public Health Ontario. (2018). *Strengthening a Population Health Approach for Health System Planning*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/l/2018/lcdp-patients-first-final-report.pdf?la=en>
- Public Health Physicians of Canada. (2019). *Public Health Systems in Canada* (38 p.). Public Health Physicians of Canada Resident Council. <http://www.phpc-mspc.ca/resources/Documents/Respository/PHSC-8Jun20.pdf>

- Santé Canada. (2003). *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*. Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. Sa Majesté la Reine du chef du Canada. [ARCHIVÉ : Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada – rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique - Canada.ca](#)
- Santé publique Ontario. (2017). *Plan d'activités annuel 2017-2018 à 2019-2020*. Santé publique Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/a/2018/annual-business-plan-2017-20.pdf?la=fr>
- Santé publique Ontario. (2019). *Vision, mission, mandat et valeurs*. Santé publique Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/fr/about/our-organization/vision-mission-mandate-values>
- Santé publique Ontario. (16 juin 2020). *Le système de santé publique ontarien*. Santé publique Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/fr/about/blog/2020/ontario-public-health-system>
- Secrétariat du Conseil du Trésor. (2019). *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Budget des dépenses (2019-2020)*. Ontario.Ca. <https://www.ontario.ca/fr/page/ministere-de-la-sante-et-des-soins-de-longue-duree-budget-des-dépenses-2019-2020>
- Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario. (2020). *Ministère de la Santé – Budget des dépenses (2020-2021)*. Ontario, Canada. <https://www.ontario.ca/fr/page/ministere-de-la-sante-budget-des-dépenses-2020-2021#section-5>
- Secrétariat du Conseil du Trésor du gouvernement de l'Ontario. (2021). *Budget des dépenses : 2011 2012 – 2020-2021, Volume 1, Ministères de la Santé, de la Santé et des Soins de longue durée, et de la Promotion de la santé*. Ontario, Canada. <https://www.ontario.ca/fr/page/budget-des-dépenses>
- Rechel, B., Jakubowski, E., McKee, M. et Nolte, E. (2018). *Organization and financing of public health services in Europe*. WHO Regional Office Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-study>
- Rechel, B., Maresso, A., Sagan, A., Hernandez-Quevedo, C., Williams, G., Richardson, E., Jakubowski, E. et Nolte, E. (2018). *Organization and financing of public health services in Europe: Country reports*. WHO Regional Office Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf
- Region of Waterloo Public Health and Emergency Services. (2018). *Fact Sheet for Board of Health members Ontario Public Health Standards (OPHS)*. <https://www.regionofwaterloo.ca/en/regional-government/resources/Documents/Ontario-Public-Health-Standards-OPHS.pdf>
- Sioux Lookout First Nations Health Authority. (2010). *Sioux Lookout Zone Chiefs Meeting, Sioux Lookout First Nations Health Authority Annual General Meeting: Resolution #10-06*. Sioux Lookout First Nations Health Authority. <https://slnha.com/application/files/4314/9615/0114/Resolution-10-06.pdf>
- Sioux Lookout First Nations Health Authority. (2020). *Approaches to Community Wellbeing*. <https://slnha.com/health-services/approaches-community-wellbeing>

- Sioux Lookout First Nations Health Authority, Thunder Bay District Health Unit et Northwestern Health Unit. (2021). *Call for Applicants: Associate Medical Officer of Health, First Nations*. Thunder Bay District Health Unit. https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/resmgr/job_postings/TBDHU_Associate_Medical_Officer.pdf
- Talking Together to Improve Health Project Team. (2017a). *Talking Together to Improve Health: First Nations Engagement Survey Summary* (5 p.). Public Health Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/L/2018/ldcp-firstnations-engagement-survey-summary.pdf?la=en>
- Talking Together to Improve Health Project Team. (2017b). *Talking together to improve health: Literature review* (34 p.). Public Health Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/L/2019/ldcp-firstnations-lit-review-report.pdf?la=en>
- Williams, D. (2018). *Améliorer les perspectives : Défendre l'équité en matière de santé en Ontario*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. https://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/cmoh_18/cmoh_18.pdf
- Williams, D. (2019). *Rapport annuel 2017 du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario à l'Assemblée législative de l'Ontario* (44 p.). Gouvernement de l'Ontario. https://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/cmoh_19/cmoh_19.pdf
- World Health Organization. (2015). *Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region*. World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2018). *Technical series on primary health care: Integrating health services* (p. 16). World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf?sfvrsn=bfb4059_2&ua=1

Découvrez
toute la série à
ccnpps.ca

