

Profils des systèmes de santé publique au Canada : Colombie-Britannique

Rapport | 2022

Profils des systèmes de santé publique au Canada : Colombie- Britannique

Rapport | 2022

Auteurs

Robert W. Smith^{1, 2, 3}, Sara Allin^{1, 2}, Madeleine Thomas¹, Joyce Li¹, Kathy Luu¹, Laura Rosella^{4, 5, 6, 7} et 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 d'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. Médecine de laboratoire et pathobiologie, Faculté de médecine, Université de Toronto
8. Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de médecine, Université de Toronto
9. Division de la santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto

Édition

Marianne Jacques, Martin Renaud, Olivier Bellefleur, Mylène Maguire
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 les experts suivants pour leurs précieux commentaires sur une version préliminaire de ce document : Sarah Amyot, Justine Wardle, Geoff McKee et d'autres collègues du gouvernement de la Colombie-Britannique, du British Columbia Centre for Disease Control et de la First Nations Health Authority; Juan Solorzano, Vancouver Coastal Health; Ingrid Tyler, Fraser Health; et Michael Cheng, Université de la Colombie-Britannique.

Comment citer ce document

Smith, R. W., Allin, S., Thomas, M., Li, J., Luu, K., Rosella, L. et Pinto, A. D. (2022). *Profils des systèmes de santé publique au Canada : Colombie-Britannique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

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 Roerig 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 no 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'Institut national de santé publique du Québec (www.inspq.qc.ca) et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (<https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/>).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ccnpps-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 — 2^e trimestre (2022)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-90461-8 (PDF anglais [Ensemble])
ISBN : 978-2-550-91934-6 (PDF anglais)
ISBN : 978-2-550-90457-1 (PDF [Ensemble])
ISBN : 978-2-550-91933-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

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 à : <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/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 abréviations	V
Introduction	1
1 Historique et contexte	3
2 Structure organisationnelle.....	5
2.1 À l'échelle provinciale	5
2.1.1 Ministère de la Santé	5
2.1.2 Population and Public Health Division (division de la santé des populations et de la santé publique).....	5
2.1.3 Office of the Provincial Health Officer (bureau du médecin-hygiéniste provincial).....	6
2.1.4 First Nations Health Authority (Autorité de santé des Premières Nations).....	7
2.1.5 Provincial Health Services Authority (Autorité provinciale des services de santé).....	8
2.2 À l'échelle régionale	9
2.2.1 Autorités régionales de santé	9
2.2.2 Médecins-hygiénistes	10
2.3 À l'échelle locale	11
2.4 Intégration, coordination intersectorielle et partenariat intergouvernemental	12
2.4.1 Mécanismes gouvernementaux.....	13
2.4.2 Partenariats intersectoriels au sein et hors du système de santé	14
3 Gouvernance.....	17
3.1 Cadre juridique et politique en santé publique.....	17
3.2 Gestion et évaluation du rendement.....	19
3.2.1 BC Guiding Framework for Public Health.....	19
4 Financement	23
4.1 Dépenses de la province en santé publique	23
5 Ressources humaines en santé publique.....	27
5.1 Taille, composition, recrutement et maintien en poste	27
5.1.1 Capacité de la main-d'œuvre	28
Références.....	29

Liste des abréviations

ACS+	Analyse comparative entre les sexes plus
ARS	Autorité régionale de santé
BCCDC	BC Centre for Disease Control
C.-B.	Colombie-Britannique
CSC	Comités de services collaboratifs
CSMGU	Comité des sous-ministres sur la gestion des urgences
FNHA	First Nations Health Authority
OESP	Opérations essentielles de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PHA	Public Health Act
PHSA	Provincial Health Services Authority
RSP	Réseau de soins primaires
ZPSS	Zone de prestation de services de santé

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 en ce qui concerne les réformes et les 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 de la Colombie-Britannique avant la pandémie de COVID-19, 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*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 et données de l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]) accessibles au public. Les opérations essentielles de santé publique (OESP, traduction libre de « essential public health operations [EPHOs] ») 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 (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://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>.

Limites

Malgré ce processus de révision itératif exhaustif 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 des approches 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 gouvernance, les multiples groupes consultatifs et les partenariats établis en réponse à la pandémie de COVID-19.

1 Historique et contexte

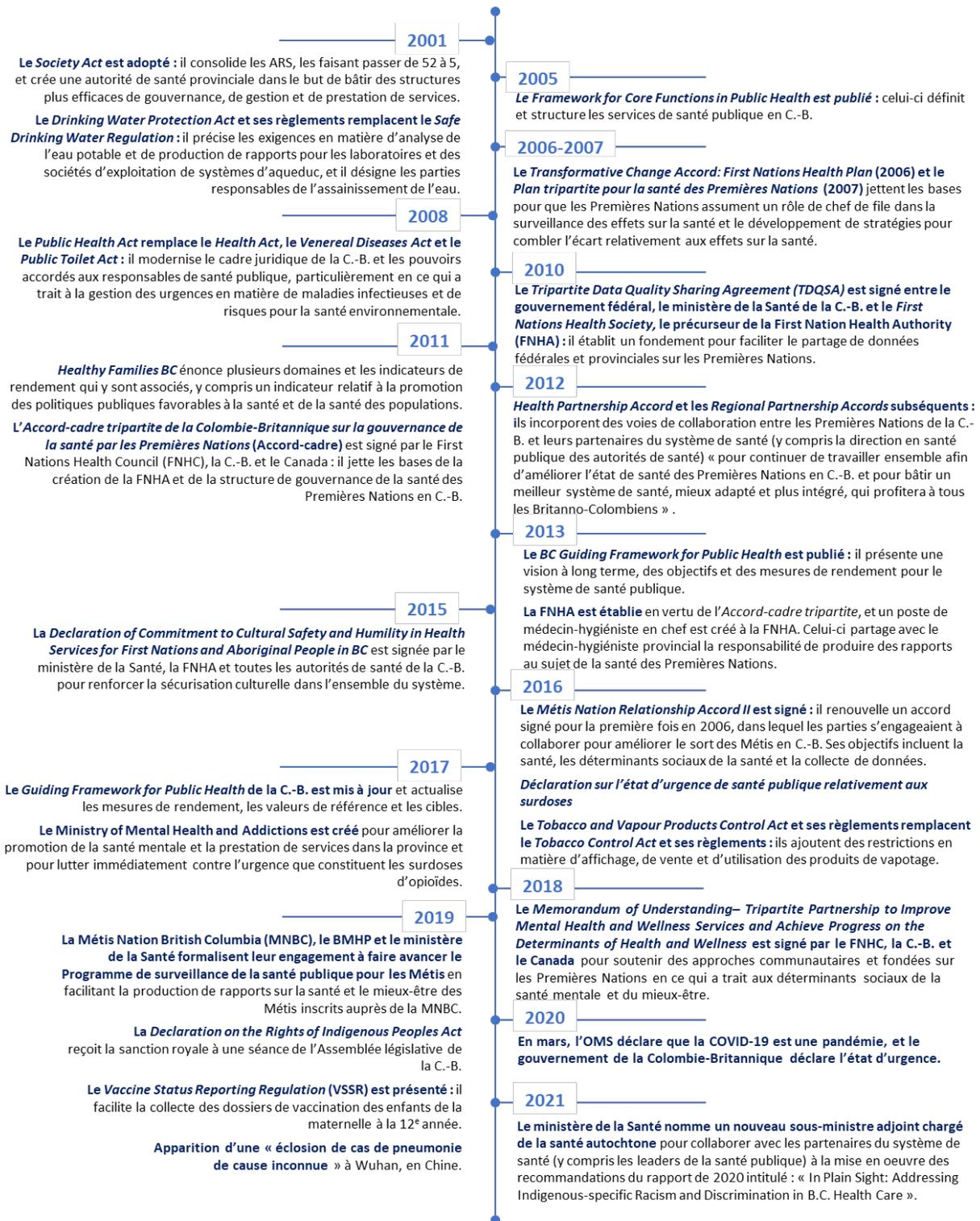
La santé publique est un pilier clé du système public de santé de la Colombie-Britannique (C.-B.). Le BC Centre for Disease Control (BCCDC; centre pour le contrôle des maladies de la C.-B.) décrit la santé publique comme étant la branche du système de santé qui se préoccupe principalement de la santé de l'ensemble de la population et précise qu'« il s'agit de ce que nous, comme société, faisons collectivement pour assurer des conditions dans lesquelles les gens peuvent être en santé » (British Columbia Centre for Disease Control, 2015). De plus, la santé publique se concentre sur la prévention des maladies et sur la protection et la promotion de la santé et du mieux-être en agissant « en amont » sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, sur les comportements liés à la santé, et en répondant aux nouvelles menaces à la santé des populations (Government of British Columbia, s. d.-b). Les valeurs qui guident la santé publique en C.-B. sont notamment : « 1) Un engagement envers l'équité, la justice sociale et le développement durable; 2) La reconnaissance de l'importance de la santé de la communauté ainsi que celle de l'individu; et 3) le respect de la diversité, de l'autodétermination, de l'autonomisation et de la participation de la communauté » (Government of British Columbia, s. d.-b).

Le Provincial Health Officer (médecin-hygiéniste provincial) définit la santé publique ainsi :

« [u]ne activité organisée de la société pour promouvoir, protéger, améliorer et, au besoin, rétablir la santé d'individus, de groupes spécifiques ou de la population entière. C'est une combinaison de sciences, d'habiletés et de valeurs qui fonctionne par l'intermédiaire d'activités sociétales collectives et qui implique des programmes, des services et des institutions visant à protéger et à améliorer la santé de toutes les personnes »
(Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2019).

La ligne du temps plus bas (figure 1) présente des initiatives récentes de réformes et de changements de politiques ayant une incidence sur la gouvernance, l'organisation, le financement et la main-d'œuvre du système de santé publique en C.-B. Depuis la consolidation de 52 autorités régionales de santé (ARS) en 5 ARS et une autorité de santé provinciale en 2001, la structure organisationnelle a été relativement stable en C.-B. Parmi les principales réformes effectuées depuis, mentionnons la création à l'échelle provinciale de la First Nations Health Authority (FNHA; Autorité de santé des Premières Nations) en 2013 et les mesures subséquentes en vue de favoriser l'autodétermination et la sécurisation culturelles des peuples autochtones, ainsi qu'un suivi accru des mesures de rendement en santé publique.

Figure 1 Chronologie des réformes récentes ayant une incidence sur le système de santé publique de la Colombie-Britannique



Sources: British Columbia Ministry of Health, s. d.-n, 2013; First Nations Health Authority, s. d.-b; First Nations Health Authority et Goss Gilroy Inc., 2020; First Nations Health Council, 2012; Vaccination Status Reporting Regulation, 2019; Health Council of Canada, 2014; Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011; Ministry of Mental Health and Addictions, 2021; Murphy, 2007; CCNPPS, 2018; Organisation mondiale de la Santé, 2020a, 2020b.

2 Structure organisationnelle

Dans cette section, nous décrivons la structure organisationnelle du système de santé publique de la C.-B. 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 bureaux de santé et les principaux acteurs responsables de la planification et la prestation des services de santé publique dans chacune de ces institutions. La présentation des institutions et acteurs fédéraux dépasse le cadre du présent rapport. 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).

2.1 À l'échelle provinciale

2.1.1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé, dirigé par le ministre de la Santé, joue un rôle d'intendance en établissant l'orientation générale du système de santé, en élaborant et en maintenant les cadres législatifs et réglementaires qui orientent la prestation de services, et en planifiant les besoins futurs en matière de main-d'œuvre, de capital et de technologie (British Columbia Ministry of Health, s. d.-a, 2018).

Par l'intermédiaire de la division Population and Public Health (division de la santé des populations et de la santé publique), le ministère de la Santé finance et offre un soutien politique et consultatif aux programmes et services de santé publique qui sont principalement offerts par les ARS et les établissements de la Provincial Health Services Authority (PHSA; Autorité provinciale des services de santé) (British Columbia Ministry of Health, s. d.-f; Government of British Columbia, s. d.-g; Public Health Physicians of Canada, 2019). Le Office of the Provincial Health Officer (Bureau du médecin-hygiéniste provincial) fonctionne en vertu du *Public Health Act* (PHA; loi sur la santé publique) et a la responsabilité de surveiller la santé de la population de la C.-B. et d'offrir des recommandations et des conseils indépendants au ministère de la Santé et au gouvernement provincial (voir les détails ci-dessous). Le ministre de la Santé est responsable de la santé de la population en vertu du PHA et il a l'autorité d'établir : des directives de santé publique; des normes sanitaires pour les établissements, les personnes ou les procédures; et des normes sur le plan de la formation en santé publique et des pratiques des agents d'hygiène environnementale (British Columbia Ministry of Health, s. d.-i).

2.1.2 POPULATION AND PUBLIC HEALTH DIVISION (DIVISION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

La division Population and Public Health Division (division de la santé des populations et de la santé publique) est dirigée par un directeur qui supervise les divisions suivantes : 1) Health Protection (protection de la santé), qui comprend les unités suivantes : Regulatory Transformation (transformation de la réglementation), Healthy Community Environments (milieux communautaires favorables à la santé), Food Safety (salubrité des aliments) et Integration and Engagement (intégration et participation); 2) Healthy Living and Health Promotion (modes de vie sains et promotion de la santé) qui comprend l'activité physique, les jeux de hasard et les environnements sains. Cette division comprend le Office of the Provincial Dietitian (Bureau du diététiste provincial) et des unités axées sur la toxicomanie et la prévention des blessures, ainsi que sur le dépistage; et 3) Public Health Planning

and Strategic Initiatives (planification en santé publique et initiatives stratégiques), qui inclut des unités axées sur les maladies transmissibles (ce qui englobe la prévention et le contrôle des infections), la santé des femmes et des mères, et le Nurse Family Partnership Program (programme de partenariat entre les infirmières et les familles) (Government of British Columbia, s. d.-e, s. d.-f, s. d.-g, s. d.-h, s. d.-i). La division Population and Public Health travaille en collaboration avec la FNHA sur des priorités communes qui sont déterminées dans la Letter of Mutual Accountability annuelle (lettre annuelle de responsabilités mutuelles) (First Nations Health Authority *et al.*, 2020).

2.1.3 OFFICE OF THE PROVINCIAL HEALTH OFFICER (BUREAU DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE PROVINCIAL)

Le Office of the Provincial Health Officer (Bureau du médecin-hygiéniste provincial) relève directement du sous-ministre de la Santé. Fafard et ses collègues décrivent le médecin-hygiéniste provincial comme étant « l'expert de tout le monde », car celui-ci joue le rôle de conseiller expert pour le ministre de la Santé, et la loi lui confère l'autorité de s'exprimer publiquement (indépendamment du ministre). Toutefois, le médecin-hygiéniste provincial n'a pas les responsabilités de gestion d'un haut fonctionnaire (Fafard *et al.*, 2018). En vertu du *PHA*, le médecin-hygiéniste provincial rend compte publiquement de la santé de la population à l'Assemblée législative par l'entremise du ministre de la Santé, (British Columbia Ministry of Health, s. d.-b). Il collabore directement avec le Chief Medical Officer² (médecin-hygiéniste en chef) de la FNHA en ce qui a trait aux mesures de santé publique touchant les Premières Nations qui vivent en C.-B. (p. ex., la planification et la distribution des vaccins contre la COVID-19).

Le médecin-hygiéniste provincial a les responsabilités suivantes : surveiller la santé de la population; recommander des actions pour améliorer la santé et le mieux-être; fournir des conseils indépendants au ministre de la Santé et aux hauts fonctionnaires sur des enjeux liés à la santé publique; établir des normes de pratique pour les médecins-hygiénistes et réaliser les évaluations de rendement de ceux-ci; et collaborer avec le BCCDC et les médecins-hygiénistes pour s'acquitter de ses mandats légaux en matière de contrôle des maladies et de protection de la santé (Government of British Columbia, s. d.-b). Le *PHA* lui confère aussi l'autorité d'ordonner et de faire appliquer des mesures de santé publique d'urgence visant à protéger et à promouvoir la santé des populations (British Columbia Ministry of Health, s. d.-i).

Le Bureau du médecin-hygiéniste provincial inclut quatre Deputy Provincial Health Officers (médecins-hygiénistes provinciaux adjoints) (Health, s.d.). L'un des médecins-hygiénistes provinciaux adjoints occupe un poste commun avec la FNHA, et il est responsable de représenter la FNHA et de lui faire rapport. Un autre médecin-hygiéniste provincial adjoint dirige le Office of Vice President, Public Health and Wellness (Bureau du vice-président à la santé publique et au mieux-être) au BCCDC. Celui-ci est chargé de diriger l'intégration de la promotion, de la planification et de la prévention de la santé publique et de la population dans les programmes cliniques de la PHSA. Selon les informateurs locaux consultés, un troisième médecin-hygiéniste provincial adjoint (par intérim depuis septembre 2021) détient la responsabilité de représenter le Bureau du médecin-hygiéniste provincial sur des comités et des groupes de travail fédéraux/provinciaux/territoriaux, y compris le Comité consultatif national de l'immunisation et le Conseil des médecins hygiénistes en chef du Canada. En outre, les informateurs locaux consultés ont précisé que le quatrième médecin-hygiéniste provincial adjoint (par intérim depuis septembre 2021) détient la responsabilité d'offrir des avis spécialisés au sujet du *PHA*.

² L'appellation « Chief Medical Officer » s'applique uniquement au poste de médecin-hygiéniste en chef de la First Nations Health Authority et se distingue des postes de « Chief Medical Health Officers ». Dans le texte en français, les deux postes ont été traduit par « médecin-hygiéniste en chef ».

Le Bureau du médecin-hygiéniste provincial inclut aussi du personnel en gestion de programmes et des spécialistes, comme des agents de santé publique et des agents responsables de l'eau potable, des analystes des politiques, des épidémiologistes et des statisticiens (Government of British Columbia, s. d.-c, s. d.-d). Entre autres tâches, le Bureau du médecin-hygiéniste provincial soutient la production du rapport du médecin-hygiéniste provincial, lequel porte sur les progrès liés aux 36 indicateurs de rendement du *Guiding Framework for Public Health* (Cadre directeur pour la santé publique) en matière de santé publique. D'autres rapports préparés par le Bureau du médecin-hygiéniste provincial traitent de sujets précis comme la prévention du VIH, les jeux de hasard, la santé des femmes, la santé des Premières Nations et la promotion de la santé chez les enfants et les jeunes (British Columbia Ministry of Health, s. d.-b). Plus récemment, le Bureau du médecin-hygiéniste provincial s'est associé à la FNHA pour publier conjointement le *First Nations Population Health and Wellness Agenda* (Programme en matière de santé et de mieux-être des Premières Nations), lequel présente une vision du mieux-être et de la résilience des Premières Nations qui mise sur les forces et repose sur les modes de savoirs issus des Premières Nations et des Occidentaux (First Nations Health Authority et British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2021).

2.1.4 FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY (AUTORITÉ DE SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS)

La signature, le 13 octobre 2011, du document intitulé *Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations* a créé une nouvelle structure de gouvernance de la santé pour les Premières Nations. Celle-ci a jeté les bases du transfert du contrôle des ressources et des programmes fédéraux en matière de santé du Canada aux Premières Nations et a permis aux Premières Nations de la C.-B. de participer pleinement à la conception et à la prestation de ces services.

En 2013, en vertu de cet *Accord-cadre tripartite*, l'autorité de financer, de planifier et de coordonner la prestation des services de santé, y compris les programmes et les services en santé publique, dans les communautés des Premières Nations a été transférée du gouvernement fédéral à la First Nations Health Authority (FNHA; Autorité de santé des Premières Nations) (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011; CCNPPS, 2018; O'Neil *et al.*, 2016). La FNHA est « une personne morale sans but lucratif établie conformément au processus, aux pouvoirs et au mandat énoncés à l'article 4.2 » de l'*Accord-cadre tripartite*, lequel inclut un mandat de planifier, de concevoir, de gérer, de fournir et de financer la prestation des programmes de santé pour les Premières Nations (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011, p. 7). La FNHA travaille à transformer la manière dont les services de santé sont offerts aux communautés des Premières Nations, conformément aux perspectives des Premières Nations de la C.-B. en matière de santé et de mieux-être. La FNHA cherche à atteindre quatre objectifs : « 1) améliorer la gouvernance de la santé des Premières Nations; 2) promouvoir la perspective des Premières Nations de la C.-B. en matière de santé et de mieux-être; 3) favoriser l'excellence dans les programmes et les services; et 4) agir comme un organisme de santé performant et efficace » (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011; O'Neil *et al.*, 2016). Chaque année, la FNHA élabore des priorités alignées sur ces quatre objectifs³.

La FNHA est dirigée par un président-directeur général, qui relève du conseil d'administration de la FNHA. Chaque année, le chef de la direction dirige l'élaboration d'un plan sommaire de services et d'un rapport annuel, lesquels sont présentés au conseil d'administration aux fins d'approbation avant d'être rendus publics. Le conseil d'administration de la FNHA est représentatif des différentes régions (Interim First Nations Health Authority, 2012).

³ Les plans sommaires de services de la FNHA peuvent être consultés sur son site : <https://www.fnha.ca/about/governance-and-accountability/summary-service-plan>.

L'équipe de la haute direction comprend un médecin-hygiéniste en chef et un médecin-hygiéniste en chef adjoint, et les activités régionales sont menées par cinq Vice Presidents of Regional Operations (vice-présidents des opérations régionales) (First Nations Health Authority, s. d.-c). Ces vice-présidents supervisent la planification et la prestation des services en matière de santé mentale et de mieux-être, de soins de santé primaires, de santé publique environnementale, de santé des enfants et des jeunes, et d'urgences en matière de maladies transmissibles (First Nations Health Authority, 2020; Ministère de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011; O'Neil *et al.*, 2016). La FNHA est l'une des trois entités qui font partie de la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B. Cette structure de gouvernance inclut la FNHA (volet prestation de services), le First Nations Health Council (Conseil de la santé des Premières Nations) (volet plaidoyer politique) et la First Nations Health Directors Association (Association des directeurs de la santé des Premières Nations) (volet perfectionnement professionnel). Ensemble, les trois entités de la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations partagent une vision dans laquelle les enfants, les familles et les communautés des Premières Nations sont en santé et s'autodéterminent. En plus de s'associer au First Nations Health Council et à la First Nations Health Directors Association, la FNHA facilite l'innovation dans l'ensemble du système de santé, en partenariat avec les gouvernements fédéral et provincial (First Nations Health Authority, 2019c, 2020). Selon leur structure de gouvernance, « les Premières Nations de la C.-B. possèdent collectivement la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations et sont conjointement responsables de résoudre les préoccupations et les problèmes, de prendre les décisions importantes et de célébrer les réussites » (First Nations Health Authority *et al.*, s.d., p. 2). La FNHA est aussi responsable de rendre compte de la santé des Premières Nations en partenariat avec le Bureau du médecin-hygiéniste provincial, comme le décrit le document *Transformative Change Accord : First Nations Health Plan* (Accord pour un changement transformateur : Plan de santé des Premières Nations) (Government of British Columbia et First Nations Health Authority, 2005).

2.1.5 PROVINCIAL HEALTH SERVICES AUTHORITY (AUTORITÉ PROVINCIALE DES SERVICES DE SANTÉ)

Le rôle principal de la Provincial Health Services Authority (PHSA; Autorité provinciale des services de santé) est de veiller à ce que les résidents de la Colombie-Britannique aient accès à un réseau provincial coordonné de services spécialisés de santé publique et de soins de santé de haute qualité fournis par 10 agences spécialisées, dont le BCCDC (gouvernement de la Colombie-Britannique, s. d.-b). La PHSA a « la responsabilité de gérer la qualité, la coordination et l'accessibilité des services de santé provinciaux spécialisés offerts dans toute la province en collaboration avec les ARS, comme les services de cardiologie, de traumatologie, de périnatalité et de traitement des AVC » (British Columbia Ministry of Health, s. d.-k).

Le BCCDC assure le leadership en santé publique pour la province, plus précisément en offrant au gouvernement et aux autorités de santé du soutien analytique et du soutien en matière de politiques, en agissant à titre de centre de surveillance provincial en matière de maladies et d'immunisation, en menant des activités de recherche et de formation, et en coordonnant des programmes de réduction des méfaits (British Columbia Centre for Disease Control, s. d.-a). Le BCCDC est dirigé par le vice-président de Public Health and Wellness, qui est aussi un médecin-hygiéniste provincial adjoint. Le BCCDC est la principale organisation responsable de surveiller et d'évaluer les déterminants, la prévalence, l'incidence et la distribution des maladies transmissibles et non transmissibles, les blessures évitables, et d'autres mesures de la santé et du mieux-être des populations (British Columbia Centre for Disease Control, s. d.-a, 2020; Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2019). Ces services d'analyse et d'épidémiologie sont mis en œuvre conjointement avec le ministère de la Santé, d'autres organismes de la PHSA et des ARS, le BC Observatory for Population and Public Health (Observatoire de la C.-B. pour la santé publique et la santé des populations) et les

universités (British Columbia Centre for Disease Control, s. d.-a). Le BCCDC apporte aussi des contributions importantes au système d'information en santé publique et à l'infrastructure des laboratoires.

2.2 À l'échelle régionale

2.2.1 AUTORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ

Cinq autorités régionales de santé (ARS) ont la responsabilité d'offrir les services de santé, y compris les programmes et les services de santé publique, dans leur région respective (British Columbia Ministry of Health, s. d.-l; Public Health Physicians of Canada, 2019). La planification, la coordination et la prestation des programmes et des services de santé publique varient d'une ARS à l'autre. Elles comprennent globalement la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, la santé environnementale, la protection de la santé et la recherche (Fraser Health Authority, s. d.-a; Interior Health Authority, s. d.-a, 2020i; Northern Health Authority, 2020a; Vancouver Coastal Health Authority, s. d.-a, 2020a; Vancouver Island Health Authority, 2019b).

Chaque ARS est dirigée par un président et un président-directeur général, lequel rend des comptes à un conseil d'administration et supervise une équipe de hauts dirigeants responsable de mettre en œuvre le plan stratégique de l'ARS. Chaque ARS a un médecin-hygiéniste en chef régional et une équipe de médecins-hygiénistes, dont l'autorité relève du PHA (British Columbia Ministry of Health, 2019; Public Health Act, 2008). Néanmoins, la structure de direction des divisions de santé publique varie considérablement d'une ARS à l'autre. Chez Interior Health Authority, le médecin-hygiéniste en chef relève du président-directeur général et gère le portefeuille de programmes, d'équipes et de services spécialisés en santé des populations. La prestation des services de santé publique aux patients/clients est sous la direction du vice-président chargé des activités cliniques (North et South) (Interior Health Authority, s. d.-b, 2019c). Chez Northern Health Authority, le vice-président responsable de la santé des populations et de la santé publique dirige la prestation des services de santé publique (Northern Health Authority, s.d.). Chez Fraser Health Authority, le vice-président responsable de la santé des populations et de la santé publique et médecin-hygiéniste en chef supervise les programmes et les services de santé publique (Fraser Health Authority, s. d.-b). Chez Vancouver Coastal Health Authority, une restructuration récente (octobre 2020) a réuni toutes les ressources en santé publique pour qu'elles relèvent du Bureau du médecin-hygiéniste en chef et vice-président chargé de la santé publique (Vancouver Coastal Health Authority, s. d.-b). Vancouver Coastal Health Authority possède également un médecin-hygiéniste en chef adjoint. Chez Vancouver Island Health Authority, le vice-président chargé de la santé des populations et médecin-hygiéniste en chef ainsi que les vice-présidents chargés des activités cliniques (Central/North et South) assument le leadership en matière de prestation de programmes et de services en santé publique (Vancouver Island Health Authority, s.d., 2017). Chacune des ARS a des ententes de partenariat avec les Premières Nations de sa région.

Le portefeuille en matière de santé des populations et de santé publique des ARS comprend différents programmes, ou unités, pour chaque fonction de santé publique. Habituellement, une unité Epidemiology and Surveillance (unité d'épidémiologie et de surveillance) et une unité Communicable Disease (unité responsable des maladies transmissibles) travaillent en étroite collaboration avec le BCCDC pour réaliser les fonctions d'évaluation de la santé des populations, de surveillance, et de prévention et de contrôle des maladies transmissibles (Interior Health Authority, 2020a). Les fonctions de protection de la santé, comme l'octroi de permis pour les soins communautaires, la salubrité des aliments, la protection de l'eau potable, les évaluations environnementales et les services de planification des événements majeurs, sont coordonnées par des bureaux locaux de protection de la

santé (Interior Health Authority, 2019b, 2020b, 2020e). Les services de promotion de la santé, les services de prévention des maladies et les services communautaires de prévention des blessures sont administrés par des bureaux de santé locaux, en collaboration avec différentes parties prenantes (Interior Health Authority, 2015b). La santé mentale et la toxicomanie ne font pas partie du portefeuille de la santé publique. Des équipes régionales offrent aux services de première ligne des consultations avec des spécialistes et bâtissent des partenariats communautaires, par exemple afin de créer des communautés plus saines et de réduire les méfaits associés à la toxicomanie.

Si l'on prend en exemple Vancouver Coastal Health Authority, cette ARS structure ses programmes et ses services de santé publique en quatre unités : 1) Public Health Surveillance — Surveillance and Health Assessments (Surveillance en santé publique — surveillance et évaluations de la santé), qui sont dirigées par une équipe d'épidémiologistes et d'analystes; 2) Population Health Promotion (Promotion de la santé des populations), qui comprend des équipes qui travaillent sur les politiques publiques favorables à la santé et des activités de promotion de la santé (principalement exécutées par l'entremise de programmes financés et réalisés avec des organisations non gouvernementales); 3) Public Health Clinical Services (Services cliniques en santé publique), qui inclut des programmes ciblés et universels comme la santé des mères et des enfants, la vaccination, l'audiologie, l'orthophonie, les maladies transmissibles (y compris les suivis en matière de VIH), les programmes de réduction des méfaits, etc.; et 4) Regulatory Services (Services de réglementation), dont les services sont offerts par l'équipe de protection de la santé et incluent la délivrance de permis, la santé environnementale, la salubrité des aliments, etc.

2.2.2 MÉDECINS-HYGIÉNISTES

En C.-B., on compte cinq médecins-hygiénistes en chef régionaux, un médecin-hygiéniste en chef pour la FNHA et le médecin-hygiéniste provincial adjoint pour le BCCDC. Au sein des ARS, les médecins-hygiénistes fournissent des consultations spécialisées, du leadership et de la supervision en matière de planification, de prestation et d'évaluation des programmes et des services de santé publique (Public Health Physicians of Canada, 2019). Les postes de médecins-hygiénistes ne sont pas tous des postes à temps plein et parfois, il existe des postes additionnels de contractuels. Les médecins-hygiénistes sont supervisés par le médecin-hygiéniste en chef, lequel est supervisé par le médecin-hygiéniste provincial (British Columbia Ministry of Health, s. d.-g). La FNHA compte six médecins-hygiénistes, y compris un médecin-hygiéniste en chef et un médecin-hygiéniste en chef adjoint (First Nations Health Authority, s. d.-b).

Les médecins-hygiénistes détiennent une vaste gamme de responsabilités, qui varient un peu d'une ARS à l'autre. Parmi les principales responsabilités, mentionnons les suivantes :

- Accomplir les fonctions prévues par les lois provinciales en matière de santé publique; fournir des orientations aux gestionnaires et aux professionnels de la santé;
- Informer les processus budgétaires et de répartition des ressources en santé publique (p. ex., les médecins-hygiénistes d'Interior Health ne prévoient généralement pas leurs propres budgets de programmes ou leurs propres ressources humaines, mais ils informent les autres);
- Monitorer la santé des populations et faire des recommandations aux ARS au sujet de la planification stratégique et en matière d'interventions d'urgence; offrir du soutien aux ARS dans l'évaluation des programmes de santé publique;
- Fournir des conseils éclairés par des données probantes aux gouvernements et aux parties prenantes des communautés dans tous les secteurs (p. ex., soins de santé, éducation, services sociaux, environnement);

- Agir à titre de médecin-hygiéniste en milieu scolaire;
- Délivrer des permis aux établissements de soins communautaires;
- Assurer la salubrité de l'eau potable (British Columbia Ministry of Health, s. d.-e; Public Health Physicians of Canada, 2019).

Il existe des différences entre les ARS en ce qui a trait à l'étendue des responsabilités des médecins-hygiénistes et à leur relation avec un partenaire administratif pour diriger les programmes (ensemble, on les appelle une dyade). De plus, dans certaines ARS (p. ex., Vancouver Island Health Authority), on trouve des médecins-hygiénistes spécifiques à certains programmes. Dans ce cas, chaque médecin-hygiéniste est un spécialiste de son domaine de programme particulier. Dans d'autres ARS, les médecins-hygiénistes sont des généralistes et sont organisés sur une base géographique. D'autres ARS utilisent finalement une combinaison de ces deux méthodes d'organisation.

2.3 À l'échelle locale

Chaque ARS est organisée en zones de prestation de services de santé (ZPSS). Il existe des variations dans la manière dont les ARS organisent et coordonnent les programmes et les services de santé publique dans les ZPSS. Par exemple, Interior Health Authority se compose des ZPSS East Kootenays, Kootenay Boundary, Okanagan et Thompson Cariboo Shuswap, au sein desquelles les bureaux de santé locaux (y compris les bureaux de santé publique, les unités de santé et les centres de santé) offrent des services liés à des fonctions de santé publique spécifiques ou multiples (Interior Health Authority, 2020g). De plus, chaque ARS a des structures de supervision différentes, et les pratiques et l'autonomie de ses agents de santé publique varient.

Les principaux acteurs ayant des rôles et des responsabilités à l'échelle locale sur le plan de la promotion de la santé, de la protection de la santé et de la prévention en matière de santé varient d'une ARS à l'autre. Ils incluent généralement les suivants :

- Des agents en santé environnementale, qui inspectent et font appliquer les règlements et les normes concernant les services d'alimentation ainsi que les réseaux d'alimentation en eau potable et les installations d'eau à usage récréatif (comme les piscines) (British Columbia Ministry of Health, s. d.-i). Les agents en santé environnementale se rapportent aux médecins-hygiénistes en chefs et au vice-président chargé de la santé publique de l'ARS. Ils sont dans la même équipe de santé publique;
- Des intervenants/spécialistes en santé communautaire, qui, par l'entremise de la Healthy Communities Initiative (Initiative pour des communautés en santé) de la province, travaillent en partenariat avec les gouvernements locaux de 59 municipalités pour concevoir des politiques publiques favorables à la santé, faciliter les collaborations intersectorielles et favoriser le développement communautaire visant à améliorer les environnements bâtis, à diminuer la consommation de tabac et le vapotage, à augmenter l'équité en santé et à favoriser une alimentation saine, le mieux-être mental et l'activité physique (Interior Health Authority, 2020c; Interior Health Authority et Healthy Families BC, 2012);
- Des agents au traitement des permis, qui sont responsables de délivrer les permis aux établissements de soins communautaires, dont les services de garde, les services à la jeunesse et les établissements de soins en résidence;
- Des inspecteurs pour la mise en application des lois sur le tabac, qui font appliquer les règlements relatifs au tabac et aux produits de vapotage;

- Des infirmières de santé publique, qui offrent les vaccins, de l'information et des consultations prénatales et postnatales, des services de santé sexuelle (p. ex., tests de grossesse, dépistage d'infections transmissibles sexuellement et de cancer, contraception et consultation psychologique) (Interior Health Authority, 2020c, 2020j);
- Des nutritionnistes en santé publique, qui collaborent avec les administrations locales, les organismes communautaires, les professionnels de la santé, ainsi que les parties prenantes dans le domaine des soins à la petite enfance et de l'éducation pour promouvoir une alimentation saine et la sécurité alimentaire grâce à de la sensibilisation, de l'éducation et du soutien consultatif en matière de politiques et de programmes (Interior Health Authority, 2020f).

Certains acteurs clés des ARS ont différentes spécialisations. Notamment, Interior Health Authority, Fraser Health Authority et Vancouver Coastal Health Authority ont des agents en santé environnementale qui se spécialisent dans leur domaine d'activité (p. ex., le tabac, les environnements bâtis sains, l'eau potable, l'évaluation environnementale et l'intervention d'urgence). De façon similaire, Interior Health Authority et d'autres ARS ont des agents au traitement des permis qui se spécialisent dans des domaines comme les services de garde et les soins de longue durée ou pour les adultes. La différenciation entre les agents de santé environnementale et les agents au traitement des permis a été mise en place en raison de la complexité du travail qu'ils réalisent et des résultats des audits internes et externes (y compris les rapports sur l'eau potable du médecin-hygiéniste provincial et du vérificateur général) (British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2015, 2019; Office of the Auditor General Of British Columbia, 2019). La variabilité dépasse en outre les rôles des principaux acteurs, car chaque ARS suit une démarche différente pour mettre en œuvre ses Healthy Communities/Healthy Built Environment programs (programmes pour des communautés en santé et des environnements bâtis favorables à la santé). Les bureaux de santé locaux font également des références et offrent des services de promotion et de prévention, dont des services de vaccination, d'audiologie et d'orthophonie et des services dentaires (Interior Health Authority, 2020h).

Les gouvernements/bandes des Premières Nations ainsi que les départements et les organisations autochtones jouent aussi un rôle clé dans la prestation de programmes et de services de santé publique à l'échelle locale. Par exemple, en ce qui a trait à la planification des programmes et des politiques, l'équipe en santé autochtone d'Interior Health collabore avec les Premières Nations, les Métis et la FNHA pour concevoir des stratégies d'atténuation des inégalités de santé vécues par les Autochtones à l'intérieur ou à l'extérieur de leurs communautés (Interior Health Authority, 2015a). De plus, des partenariats formels permettent aux centres administrés par des bandes d'offrir des services à certaines communautés non autochtones ainsi que l'existence à l'échelle locale de collaborations sur les pratiques entre les infirmières de santé publique de la FNHA et celles des ARS en ce qui a trait aux programmes liés à la vaccination des enfants (O'Neil *et al.*, 2016).

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 des prestations (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 repéré plusieurs programmes et services pouvant représenter 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

L'un des mécanismes formels de collaboration des acteurs de la santé publique à travers la province est le Public Health Executive Committee (Comité exécutif sur la santé publique), qui donne des conseils au ministère de la Santé pour guider l'orientation stratégique en matière de santé publique (British Columbia Centre for Disease Control, s. d.-b; British Columbia Observatory for Population & Public Health, 2017). Par exemple, ce comité approuve les travaux et les plans stratégiques, y compris le *2016/17 – 2020/2021 BC Observatory for Population & Public Health Strategic Plan* (Plan stratégique 2016/17 – 2020/2021 du BC Observatory for Population & Public Health) (British Columbia Centre for Disease Control, s. d.-b; British Columbia Observatory for Population & Public Health, 2017). Le comité se compose de hauts dirigeants des ARS, de la PHSA, de la FNHA, de la division Population and Public Health du ministère de la Santé, ainsi que du médecin-hygiéniste provincial. Ce comité est soutenu par des comités consultatifs politiques axés sur la santé environnementale, les maladies transmissibles, la prévention et la promotion de la santé, et par le BC Observatory for Population and Public Health. Ces sous-comités réunissent également des représentants des ARS et du ministère de la Santé pour discuter et donner des conseils sur des questions de santé publique. Un autre mécanisme permettant la collaboration est l'implication des médecins-hygiénistes dans des Collaborative Services Committees (CSC; Comités de services collaboratifs). Il existe 21 CSC en C.-B., qui se composent de représentants des divisions de la pratique familiale et des autorités de santé. Les membres des CSC collaborent pour soutenir les réseaux de soins primaires (RSP), pour prendre des décisions au sujet des RSP locaux, et pour se pencher sur des questions touchant les soins de santé (General Practice Services Committee, s. d.). De plus, les ARS collaborent pour harmoniser les processus concernant certains services et fonctions de santé publique, comme pour les services d'alimentation et les réseaux d'approvisionnement en eau potable.

Pour favoriser la collaboration en matière de santé publique entre la FNHA et le gouvernement britanno-colombien, un médecin-hygiéniste adjoint sert d'agent de liaison principal entre le médecin-hygiéniste provincial et le médecin-hygiéniste en chef de la FNHA. La relation entre le médecin-hygiéniste en chef de la FNHA et le médecin-hygiéniste provincial a été formalisée par la signature d'un protocole d'entente en octobre 2014 (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011). Un protocole d'entente actualisé a été signé en mai 2021 entre la FNHA et le médecin-hygiéniste provincial. Ce document s'appuyait sur des engagements pris dans le cadre de l'accord-cadre pour que les parties travaillent ensemble, par la coordination et la collaboration, sur des stratégies, des rapports et des réponses à des enjeux vécus par les Premières Nations en C.-B. en ce qui a trait à la santé publique et à la santé des populations (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011). Le médecin-hygiéniste en chef et le médecin-hygiéniste provincial ont développé et fait rapport sur 15 nouveaux indicateurs de mieux-être qui illustrent la manière dont de nouvelles avenues de collaboration intègrent les perspectives des Premières Nations dans les approches britanno-colombiennes en matière de santé publique (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011). En 2021, le rapport *First Nations Population Health and Wellness Agenda* a été publié par le médecin-hygiéniste en chef de la FNHA et le médecin-hygiéniste provincial (First Nations Health Authority et British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2021). Ce document est un rapport sur l'état de santé et présente 22 indicateurs (7 indicateurs originaux définis dans le document *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* et 15 nouveaux indicateurs de mieux-être) qui serviront à monitorer la santé et le mieux-être des communautés des Premières Nations en C.-B. au cours de la prochaine décennie (First Nations Health Authority et British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2021).

Sur le plan de la planification des politiques et des programmes, le Interior Health Aboriginal Partnerships Portfolio (Portefeuille des partenariats autochtones d'Interior Health) et les responsables locaux des opérations collaborent avec les Premières Nations, les Métis et la FNHA pour concevoir des stratégies permettant d'atténuer les inégalités de santé vécues par les peuples autochtones vivant à l'intérieur ou à l'extérieur de leur communauté d'origine (Interior Health Authority, 2015a). Par exemple, Fraser Health Authority a un directeur exécutif chargé de la santé autochtone qui relève du vice-président responsable de la santé des populations et de la santé publique et médecin-hygiéniste en chef. La collaboration avec les partenaires des Premières Nations dans la planification et l'offre de services se fait à l'échelle locale par l'intermédiaire de Nation-Interior Health Letters of Understanding Joint Committees (Comités conjoints fondés sur des lettres d'entente entre les Premières Nations et Interior Health), et à l'échelle régionale par l'entremise de la Partnership Accord Technical Table (Table de concertation technique issue de l'accord de partenariat), laquelle inclut sept représentants techniques des Premières Nations et la direction d'Interior Health, de la Partnership Accord Leadership Table (Table de leadership issue de l'accord de partenariat), laquelle inclut sept dirigeants des Premières Nations et d'Interior Health, ainsi que des dirigeants de la Métis Nation British Columbia (Nation métisse de la Colombie-Britannique) et d'Interior Health. À noter qu'il existe plusieurs autres approches collaboratives en matière de santé autochtone dans les différentes régions. Celles-ci sont décrites en détail dans les études de cas et les Regional Partnership Accord evaluations (évaluations des accords de partenariats régionaux) (First Nations Health Authority, s. d.-a) ainsi que dans le rapport annuel du Comité Tripartite sur la Santé des Premières Nations (First Nations Health Authority *et al.*, 2020). En 2019, la Métis Nation British Columbia, le Bureau du médecin-hygiéniste provincial et le ministère de la Santé ont formalisé leur engagement à faire avancer le Programme de surveillance de la santé publique pour les Métis en facilitant la production de rapports sur la santé et le mieux-être des citoyens métis inscrits auprès de la Métis Nation British Columbia.

2.4.2 PARTENARIATS INTERSECTORIELS AU SEIN ET HORS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le *Pandemic Provincial Coordination Plan* (Plan de coordination provincial en cas de pandémie) décrit la réponse coordonnée de plusieurs acteurs à une pandémie, dont 13 ministères provinciaux, les autorités de santé, BC Emergency Services (Services d'urgence de la C.-B.), les administrations locales et les ministères fédéraux (Government of British Columbia, 2020). Ce plan peut être déclenché par des consultations entre les sous-ministre de la Santé et le ministre responsable de Emergency Management BC (Gestion des urgences de la C.-B.) (Government of British Columbia, 2020). En situation de pandémie, le inter-ministerial Ministers-Deputies Emergency Committee (Comité d'urgence interministériel des ministres et sous-ministres) guide le Deputy Ministers' Committee on Emergency Management (DMCEM; Comité des sous-ministres sur la gestion des urgences). Ce comité dirige « la priorisation au palier exécutif et l'alignement des politiques, des lois et des activités de gestion des urgences dans la province » (Government of British Columbia, 2020). Ce comité peut mobiliser le CSMGU adjoint intergouvernemental qui peut ensuite, au besoin, mobiliser plusieurs autres entités interministérielles et intersectorielles, y compris le Pandemic Cross-Ministry Policy Group (Groupe interministériel d'orientation politique en cas de pandémie) ainsi que des centres locaux, régionaux et provinciaux d'opérations et de coordination en matière d'intervention d'urgence (Government of British Columbia, 2020). Health Emergency Management BC (Gestion des urgences en santé de la C.-B.) est un programme de la PHSA qui assure le leadership en gestion d'urgence en santé en plus de soutenir et de conseiller le ministère de la Santé et toutes les ARS, et ce, avant, pendant et après une situation d'urgence.

D'autres exemples de coordination et de collaboration incluent la Tobacco Control Strategy (Stratégie de contrôle du tabac) et le Overdose Emergency Response Centre (Centre d'intervention d'urgence en réponse aux surdoses). Par la Tobacco Control Strategy de la C.-B. (laquelle n'a pas été mise à jour depuis 2004 et n'inclut pas le vapotage), les autorités de santé, les acteurs gouvernementaux (p. ex., les ministères de la Santé et des Finances), les écoles et les organisations non gouvernementales (p. ex., BC Lung Association, WorkSafeBC [Association pulmonaire de la C.-B. et TravailSécuritaire C.-B.]) travaillent collaborativement à planifier, à appuyer et à offrir des programmes visant la prévention, la protection et la cessation de l'usage du tabac commercial (British Columbia Ministry of Health, s. d.-n). Organisé par le Ministry of Mental Health and Addictions (ministère de la santé mentale et de la prévention des dépendances), le Overdose Emergency Response Centre est une plateforme de partenariat interministériel (p. ex., ministère de la Santé) et intersectoriel (p. ex., notamment la société civile, les administrations locales et des organisations) pour répondre à l'urgence que constituent les surdoses d'opioïdes (British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2018). La campagne du Ministry of Mental Health and Addictions et des Canucks de Vancouver visant à contrer la stigmatisation associée à la toxicomanie est un exemple de collaboration entre les secteurs public et privé (British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2018). De plus, la FNHA s'est associée au BC Centre on Substance Use (Centre sur la toxicomanie de la C.-B.) pour créer, en 2018, la Integrated First Nations Addictions Care Initiative (Initiative intégrée de soins en matière de dépendances chez les Premières Nations) (First Nations Health Authority, 2018). Par ailleurs, des équipes d'action communautaire font partie de l'intervention en matière de surdose. Celles-ci collaborent avec l'administration locale, les organisations non gouvernementales et la santé publique, entre autres, pour planifier les réponses locales à la crise des surdoses.

Le Comprehensive School Health Program (Programme global de santé en milieu scolaire) est un partenariat provincial entre la santé publique et le secteur de l'éducation (British Columbia Ministry of Health, 2017b). Par l'intermédiaire de ce programme, les services de santé publique en milieu scolaire sont planifiés, coordonnés et offerts de façon collaborative.

L'objectif des Healthy Living Strategic Plans (Plans stratégiques relatifs aux modes de vie sains), qui sont des ententes de partenariat entre les administrations locales, la division Population and Public Health du ministère de la Santé et les ARS, est de collaborer à des mesures visant à créer des milieux communautaires plus sains (British Columbia Ministry of Health, 2017b; Provincial Health Services Authority, 2015).

La Vancouver's Healthy City Strategy (Stratégie de Vancouver pour une ville en santé) est un exemple qui illustre la manière dont Vancouver Coastal Health Authority s'associe aux administrations locales et régionales pour agir sur les déterminants de la santé en influençant les politiques publiques et les programmes dans des secteurs autres que celui des soins de santé. La Vancouver's Healthy City Strategy est codirigée par la Ville de Vancouver et Vancouver Coastal Health Authority et rassemble des parties prenantes issues de plusieurs divisions du gouvernement, de l'ARS, d'organisations non gouvernementales et de groupes du secteur privé (Diallo, 2020). Les objectifs sont de promouvoir et de protéger la santé et le mieux-être des populations en concevant et en offrant de façon collaborative des programmes et des politiques dans 13 domaines (Diallo, 2020). Ces domaines incluent : le développement sain de la petite enfance; la sécurité alimentaire, le logement, le revenu et l'emploi; la sécurité de la communauté; la connectivité sociale et l'appartenance; la formation continue; l'activité physique; les environnements naturels (Diallo, 2020). La stratégie est mise en œuvre par la Healthy City for All Leadership Table (Table de leadership pour une ville en santé pour tous), fondée sur un protocole d'entente entre la Ville de Vancouver et Vancouver Coastal Health Authority. Cette Table est coprésidée par le médecin-hygiéniste en chef et le directeur municipal de la

Ville de Vancouver, et elle se compose de 30 personnes représentant différentes divisions gouvernementales (au municipal, au provincial et au fédéral), des agences publiques et privées et des fondations (Diallo, 2020). En plus de la Vancouver's Healthy City Strategy, Vancouver Coastal Health Authority a des ententes de partenariats similaires avec les 14 autres administrations locales dans la région, en plus de collaborer de façon considérable avec les six agences gouvernementales régionales.

De surcroît, toutes les autorités de santé accordent des subventions à des groupes communautaires pour qu'ils trouvent et mettent en œuvre des solutions afin d'améliorer la santé de la communauté (p. ex., sécurité alimentaire, tabac/vapotage et réduction des méfaits).

Il existe aussi beaucoup d'exemples de collaborations entre la FNHA et d'autres secteurs sur des programmes et des services de santé publique. Ceux-ci incluent :

- La Croix-Rouge canadienne, les First Nations Emergency Services (Services d'urgence des Premières Nations), BC Ambulance (Ambulance C.-B.), la Gendarmerie royale du Canada et Services aux Autochtones Canada : pour veiller à ce que les services de premiers répondants et l'infrastructure communautaire soient intégrés et alignés sur les programmes provinciaux et fédéraux en matière de santé et d'urgence;
- L'Université Simon Fraser et la Fondation de l'hôpital Saint-Paul : elles ont nommé le Dr Jeff Reading, un spécialiste national et international sur les questions de santé autochtone, pour être le premier à occuper la nouvelle chaire de la FNHA en santé et mieux-être cardiovasculaires à l'hôpital Saint-Paul (2016);
- BC Cancer (Cancer C.-B.), la BC Association of Aboriginal Friendship Centres (Association des centres d'amitié autochtones de la C.-B.) et la Métis Nation British Columbia : ils ont développé la stratégie sur le cancer chez les autochtones intitulée *Improving Indigenous Cancer Journeys : A Road Map* (2016-2017);
- Un Joint Steering Committee on BC's Overdose Response (Comité directeur conjoint sur la réponse de la C.-B. aux surdoses), dirigé par le médecin-hygiéniste provincial de la C.-B. et tous les groupes de travail provinciaux ayant des partenariats directs avec les ARS et le BCCDC (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [Colombie-Britannique], 2011).

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

Le *PHA* de 2008 établit le cadre juridique général de la santé publique en C.-B. Le *PHA*, de concert avec 14 règlements, aborde la protection de la santé, la santé environnementale, la prévention des maladies et la promotion de la santé (Public Health Act, 2008). Le ministère de la Santé applique cette loi avec d'autres ministères, paliers de gouvernement et autorités de santé (British Columbia Ministry of Health, s. d.-e). Le *PHA* comporte dix volets et aborde de façon générale des enjeux de santé publique actuels et émergents, clarifie les rôles et les responsabilités des responsables de la santé publique, donne à ces derniers davantage de pouvoirs (comparativement aux lois précédentes qui régissaient la santé publique) et prévoit des fonctions et des capacités additionnelles nécessaires pour répondre à des urgences de santé publique (comme la capacité d'exiger une planification en santé publique, de permettre la surveillance de la santé des populations; d'émettre des ordonnances; en plus de leur conférer des pouvoirs d'inspection mis à jour) (CCNPPS, 2018). Les questions de protection de la santé et de santé environnementale sont au cœur du *PHA*. Par exemple, celui-ci précise la capacité des responsables de la santé publique de surveiller, d'inspecter et de prévenir les menaces contre la santé publique et de répondre à des situations d'urgence (British Columbia Ministry of Health, s. d.-i). Le *PHA* décrit également l'exigence de déclaration obligatoire des indicateurs de santé publique comme les infections, les expositions à des toxines environnementales et les cas d'empoisonnement, les risques pour la santé, et d'autres questions de santé publique. De plus, le *PHA* veille à ce que les responsables de la santé publique aient les pouvoirs nécessaires pour surveiller les risques pour la santé ou les obstacles à la santé et pour faire appliquer le *PHA* lorsque c'est nécessaire. Il donne aux responsables de la santé publique l'autorité d'inspecter les véhicules et les lieux pour enquêter sur des risques pour la santé et assurer le respect du *PHA*. Il donne aussi au ministre l'autorité de désigner un établissement de quarantaine temporaire pour contrôler les maladies transmissibles et réagir à des risques pour la santé environnementale (British Columbia Ministry of Health, s. d.-i).

Plusieurs mesures législatives complémentaires au *PHA* permettent de régir les fonctions essentielles de santé publique. La protection de la santé est traitée dans les lois concernant la salubrité des aliments et de l'eau ainsi que celles touchant la sécurité des écoles et des communautés. Mentionnons par exemple le *Food Safety Act* (loi sur la protection des aliments), qui est essentiellement responsable de réglementer la salubrité, la transformation et la vente des aliments ainsi que les services alimentaires (British Columbia Ministry of Health, s. d.-e). Le ministère de la Santé collabore avec le ministère de l'Agriculture pour réglementer l'abattage des animaux pour leur viande (par l'entremise du *Food Safety Act's Meat Inspection Regulation* [règlement sur l'inspection de la viande de la loi sur la sécurité des aliments]) (British Columbia Ministry of Health, s. d.-e). En vertu du *Milk Industry Act* (loi sur l'industrie laitière) et du *Milk Industry Standards Regulation* (règlement sur les standards de l'industrie laitière), le ministère de la Santé collabore aussi étroitement avec le BCCDC pour réglementer la salubrité des produits laitiers (British Columbia Ministry of Health, s. d.-e). De plus, le *Fish and Seafood Act* (loi sur les poissons et les fruits de mer) stipule qu'avec le

gouvernement fédéral, le ministère de la Santé administre le règlement concernant la manipulation et la transformation du poisson et des fruits de mer (British Columbia Ministry of Health, s. d.-e). En ce qui a trait à l'eau potable, le *Drinking Water Protection Act* et ses règlements (loi et règlements sur la protection de l'eau) couvre tous les réseaux d'eau potable autres que ceux des résidences unifamiliales et ceux situés sur les réserves. Il établit certains critères que les sociétés d'exploitation de systèmes d'aqueduc et les fournisseurs d'eau potable doivent respecter pour veiller à offrir une eau potable salubre à leurs clients (British Columbia Ministry of Health, s. d.-d).

Des lois et des règlements précis visent à assurer la santé et la sécurité dans les écoles et les établissements de soins communautaires. Le *School Act* (loi sur les écoles) et ses règlements précisent que les médecins-hygiénistes en milieu scolaire sont désignés par les conseils de santé régionaux et qu'ils sont autorisés à inspecter les établissements scolaires et leurs environs, qu'ils peuvent ordonner des fermetures d'écoles, et qu'ils peuvent examiner la santé générale des étudiants fréquentant les écoles (British Columbia Ministry of Health, s. d.-m). Le *School Act* et ses règlements stipulent également qu'il faut fournir des services de santé aux commissions scolaires, et ils définissent les devoirs et les responsabilités du médecin-hygiéniste en milieu scolaire (British Columbia Ministry of Health, s. d.-m). Par ailleurs, le *Vaccine Status Reporting Regulation* (règlement sur la déclaration du statut vaccinal) facilite la collecte des dossiers de vaccination des enfants d'âge scolaire, de la maternelle à la 12^e année (Vaccination Status Reporting Regulation, 2019). Le *Community Care and Assisted Living Act* (loi sur les soins communautaires et les milieux de vie avec assistance) et ses règlements délivrent des permis aux établissements de soins communautaires qui offrent des soins aux personnes vulnérables (services de garde; milieux résidentiels pour enfants, jeunes et adultes). Ils fournissent aussi de l'information au sujet des pouvoirs et des responsabilités des médecins-hygiénistes, comme les tâches d'inspection et l'autorité de suspendre ou d'attacher des conditions à un permis s'il y a un risque immédiat pour la santé ou la sécurité des personnes prises en charge (British Columbia Ministry of Health, s. d.-c).

Les activités de prévention des maladies et des blessures liées au tabac et au vapotage sont réglementées par différentes lois. Le *Tobacco and Vapour Products Control Act* (loi sur les produits du tabac et de vapotage) et ses règlements, appliqués par le ministère de la Santé et les cinq ARS, décrivent les restrictions en matière d'affichage, de vente et d'utilisation des produits de vapotage, et sont compatibles avec les lois sur le tabac commercial qui existaient déjà. Le *Tobacco Tax Act* (loi sur la taxe sur le tabac), appliqué par le ministère des Finances, concerne l'enregistrement et la taxation du tabac (British Columbia Ministry of Health, s. d.-e). Enfin, le *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act* (loi sur les dommages du tabac et le recouvrement des coûts des soins de santé) a été adopté en 1998 (et suivi de l'introduction de la nouvelle législation en 2000) après un recours devant la Cour suprême de la C.-B. pour répondre aux préoccupations des fabricants de tabac, et il permet à la province de poursuivre en justice l'industrie du tabac (Government of British Columbia, s. d.-j).

Le gouvernement de la C.-B. a exprimé son engagement envers la réconciliation avec les peuples autochtones, comme l'illustre l'adoption récente du *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act* (loi sur la déclaration des droits des peuples autochtones) (*Declaration Act*), qui cherche à aligner graduellement les lois de la C.-B. sur les articles de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Bill 41 – 2019 : Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act, 2019). Cela se répercute sur les lois, les règlements et les politiques concernant la santé publique ou touchant la santé, car le *Declaration Act* fera maintenant l'objet de consultations et de coopération pour favoriser l'engagement avec les instances gouvernementales autochtones, lesquelles sont autorisées à agir au nom des peuples autochtones. L'*Accord-cadre tripartite* et le *Declaration Act* encadrent les assises de la gouvernance des Premières Nations et énoncent de nouvelles manières

de collaborer avec des partenaires sur des engagements envers la réconciliation. La structure de gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B. se compose de trois entités, la FNHA, le First Nations Health Council et la First Nations Health Directors Association, qui sont résumées dans la section « Structure organisationnelle » de ce profil.

3.2 Gestion et évaluation du rendement

Chaque ARS doit suivre les attentes stratégiques et les objectifs en matière de santé publique qui sont décrits dans les lettres de mandat de l'ARS et la lettre de mandat exécutive. Les activités de suivi sont ajustées pour tenir compte de ces attentes. De plus, les lettres de mandat stipulent que les ARS doivent utiliser le *Health Sector Performance Management Framework* (Cadre sur la gestion de la performance du secteur de la santé) pour stimuler l'amélioration continue et l'innovation (Fraser Health Authority, 2020b; Interior Health Authority, 2020d; Northern Health Authority, 2020b; Vancouver Coastal Health Authority, 2020b; Vancouver Island Health Authority, 2020b). Ce cadre de référence « établit la manière dont une compréhension des besoins de santé à l'échelle individuelle et populationnelle devrait guider la conception de la prestation de services » (Fraser Health Authority, 2020b; Interior Health Authority, 2020d; Northern Health Authority, 2020b; Vancouver Coastal Health Authority, 2020b; Vancouver Island Health Authority, 2020b). Les ARS doivent utiliser ce cadre pour établir la portée de leur collecte de données et suivre leur performance.

On retrouve des informations précises sur les manières dont les ARS devraient mesurer et évaluer le rendement dans leurs plans de services respectifs. Le plan de services de chaque ARS établit des objectifs généraux, lesquels sont accompagnés d'une liste d'objectifs spécifiques, de stratégies et de mesures de rendement. Ces dernières sont associées à des données quantitatives qui présentent les valeurs de base, les valeurs actuelles et les valeurs ciblées des prochaines années (Fraser Health Authority, 2020a; Interior Health Authority, 2020i; Northern Health, 2020; Vancouver Coastal Health Authority, 2020a; Vancouver Island Health Authority, 2020a). De plus, certaines régions élaborent des normes de pratique clinique pour guider les travaux en matière de pratiques de santé publique.

De plus, Vancouver Coastal Health Authority réalise une initiative d'amélioration de la qualité et de renforcement des capacités intitulée *Healthy Public Policy Renewal* (Renouvellement pour des politiques publiques favorables à la santé) pour améliorer la capacité des praticiens en santé publique du Bureau du médecin-hygiéniste en chef de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé ciblant les déterminants de la santé. Leur travail comprend un cadre d'évaluation pour surveiller les effets des efforts réalisés dans le domaine des modes de vie sains et des communautés en santé.

3.2.1 BC GUIDING FRAMEWORK FOR PUBLIC HEALTH

En 2005, la C.-B. a publié le document intitulé *A Framework for Core Functions in Public Health* (Un cadre pour les fonctions essentielles de santé publique), lequel contient une série complète de stratégies et de programmes essentiels pour la santé publique dans la province (Province of British Columbia, 2005). En s'inspirant de ces stratégies et de ces programmes, en 2013 (puis mis à jour en 2017), la province a publié *Promote, Protect, Prevent: Our Health Begins Here: BC's Guiding Framework for Public Health* (Promouvoir, protéger, prévenir : notre santé commence ici : cadre directeur pour la santé publique en C.-B) (British Columbia Ministry of Health, 2017b). Ce rapport décrit la vision de la santé publique de la province, ainsi que sept objectifs et un cadre de référence stratégique pour les atteindre. La vision de ce cadre consiste à promouvoir « des communautés dynamiques dans lesquelles toutes les personnes obtiennent une santé et un mieux-être optimaux, là où elles habitent, travaillent, apprennent et jouent » (British Columbia Ministry of Health, 2017b, p. 12).

À la base du *Guiding Framework* se trouvent des « fonctions et des infrastructures de santé publique provinciales » (p. ex., des ressources humaines et financières; des systèmes d'information; des politiques, des lois, des règlements et des mécanismes de reddition de comptes) qui accompagnent quatre « programmes essentiels » par l'intermédiaire de quatre « stratégies » de santé publique (British Columbia Ministry of Health, 2017b). Les sept objectifs visionnaires du *Guiding Framework* (tableau 1) abordent les principales intersections de chaque stratégie et programme essentiel de santé publique (British Columbia Ministry of Health, 2017b). Les parties prenantes, qui sont issues d'administrations et de conseils provinciaux et locaux, des autorités de santé, d'organisations non gouvernementales, des fournisseurs de soins, du secteur privé et de la communauté, jouent des rôles visant à atteindre les objectifs visionnaires. Les segments spécifiques des populations prioritaires incluent les enfants, les femmes (plus précisément, les femmes en âge de procréer), les communautés des Premières Nations, et les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées (British Columbia Ministry of Health, 2017b). Chaque domaine lié à un objectif contient une série de mesures de rendement quantifiables permettant de suivre les progrès sur dix ans.

Il faut noter que le *First Nations Population Health and Wellness Agenda* inclut 22 indicateurs à surveiller au cours des dix prochaines années (2020-2030). Ce document inclut des cibles qui misent sur les forces et qui s'éloignent de la perspective fondée sur les déficits, qui consiste à « combler l'écart » entre la santé des Premières Nations et celle des autres Britanno-Colombiens (First Nations Health Authority et British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2021). Parmi ces indicateurs se trouvent ceux qui sont liés aux déterminants sociaux de la santé, comme le mieux-être culturel (c.-à-d. les langues, la nourriture, la médecine et la spiritualité traditionnelles ainsi que l'appartenance à une communauté), l'autodétermination, la relation au territoire, la sécurité alimentaire, le logement et l'éducation, de même que ceux qui sont traditionnellement utilisés en santé publique (p. ex., les comportements liés à la santé, le poids des bébés à la naissance, la mortalité et les hospitalisations).

Tableau 1 BC Guiding Framework

Objectif	Domaine	Buts
Objectif 1 : « Des communautés solidaires qui facilitent les choix santé des personnes à chaque étape de leur vie »	« Vie saine et communautés en santé »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la santé des enfants par l'entremise de partenariats et de programmes réunissant l'éducation et la santé; créer avec les administrations locales des environnements et des programmes qui font la promotion de la santé. ▪ Élaborer des politiques et des programmes qui protègent la santé des employés grâce à des activités de soutien dirigées par les employeurs.
Objectif 2 : « Les familles ont la capacité d'obtenir et de maintenir une bonne santé à toutes les étapes du développement de l'enfant »	« Santé maternelle, des enfants et des familles »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer les soins maternels en se concentrant sur les programmes et les activités axées sur la grossesse, la santé périnatale et les soins de maternité. ▪ Mettre l'accent sur le développement physique, social et émotionnel des bébés, des enfants et des jeunes. ▪ Améliorer l'accessibilité des services de santé publique pour les femmes vivant dans des régions rurales ou éloignées (y compris les communautés des Premières Nations).
Objectif 3 : « La santé mentale optimale et une réduction des méfaits associés à la toxicomanie »	« Une bonne santé mentale et la prévention des méfaits liés à la toxicomanie »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir la santé mentale dans tous les milieux; agir sur les facteurs de risque sociaux, environnementaux et individuels par l'entremise de programmes. ▪ Promouvoir une « culture de modération en ce qui a trait à l'alcool ».
Objectif 4 : « Les gens ont des vies plus longues et plus agréables, libres de maladies évitables »	« Prévention des maladies transmissibles »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser des mesures et des initiatives de santé publique pour contrôler la transmission des maladies transmissibles. ▪ Accroître les approches axées sur le dépistage, sur la détection précoce et sur l'intervention rapide pour surveiller les éclosions et diminuer la morbidité et la mortalité.
Objectif 5 : « Une province plus sûre qui réduit le risque de blessures évitables »	« Prévention des blessures »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehausser la sensibilisation aux risques de blessures, utiliser l'éducation en matière de prévention, et créer des environnements sûrs. ▪ Améliorer la surveillance des blessures et le renforcement des capacités des communautés, et développer l'information publique et des mesures de prévention pour diminuer les blessures et les chutes chez les aînés. ▪ Modifier les facteurs environnementaux et sensibiliser la population au sujet des comportements de promotion de la sécurité pour réduire les blessures chez les enfants et les jeunes.
Objectif 6 : « Des environnements qui optimisent et favorisent la bonne santé »	« Santé environnementale »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la salubrité de l'eau potable; réduire les maladies d'origine alimentaire. ▪ Améliorer la bonne intendance des aliments, de l'eau, de la terre et de l'air. ▪ Utiliser les inspections, l'évaluation des risques et l'application des lignes directrices pour protéger la santé, la sécurité et le mieux-être de la population.
Objectif 7 : « Des communautés résilientes face aux urgences sanitaires »	« Gestion des urgences de santé publique »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'état de préparation et la réactivité en mettant en œuvre de la formation et en veillant à ce que les autorités de santé aient accès aux plans de gestion des urgences de santé publique. ▪ Améliorer les efforts de surveillance pour suivre, planifier, préparer et réagir afin de minimiser les répercussions des virus pandémiques. ▪ Élaborer des réponses de santé publique aux risques des catastrophes naturelles pour la santé.

Source : British Columbia Ministry of Health, 2017b

Les mesures de rendement du *Guiding Framework* s'inspirent de stratégies existantes (qui ne sont toutefois pas précisées) pour aligner les activités de santé publique à l'échelle provinciale et améliorer la disponibilité des données (British Columbia Ministry of Health, 2017b). Ces mesures ont été définies avec l'intention de les mettre constamment à jour à mesure que les capacités et l'infrastructure de surveillance s'améliorent et afin d'assurer qu'elles mesurent les résultats escomptés de façon appropriée et efficace. En dépit de l'intention de promouvoir la reddition de comptes par la présentation périodique de rapports sur le rendement au sujet des objectifs du *Guiding Framework*, aucun cadre de référence en matière de reddition de comptes n'a encore été élaboré. La première publication rendant compte des indicateurs du *Guiding Framework* était le rapport 2019 du médecin-hygiéniste provincial, intitulé *Taking a Pulse on the Population. An Update on the Health of the British Columbians* (Prendre le pouls de la population. Mise à jour sur la santé des Britanno-Colombiens) (Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2019)

Le ministère de la Santé de la C.-B. rend compte des nombreuses mesures de l'état de santé de façon périodique afin de veiller à ce que des progrès soient faits vers les cibles fixées pour 2023. Ces mesures sont notamment : les disparités géographiques entre les zones de santé locales en ce qui concerne l'espérance de vie (en années); le taux d'incidence (standardisé selon l'âge) du diabète (pour 1 000 personnes); les années de vie en santé de la population de la C.-B.; le taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes); le taux de mortalité (standardisé selon l'âge) attribuable à des causes évitables (pour 100 000 personnes); le pourcentage de Britanno-Colombiens (de 12 ans et plus) qui se déclarent très satisfaits de leur vie (British Columbia Ministry of Health, 2017a). Ces mesures sont aussi des indicateurs du *Guiding Framework*. Cependant, certaines sont aussi suivies séparément du *Guiding Framework* (p. ex., la mortalité infantile).

Afin de mesurer les implications pour l'équité en santé des services et des politiques de santé publique en C.-B., le programme Population and Public Health de la PHSA a défini des indicateurs prioritaires de l'équité en santé qui sont alignés sur le *Guiding Framework* (Provincial Health Services Authority, 2016). En plus de surveiller et de déclarer ces indicateurs, le programme Population and Public Health collabore avec le ministère de la Santé, les ARS et d'autres organisations sur des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques visant à réduire les inégalités de santé (Provincial Health Services Authority, 2016).

Les progrès réalisés en ce qui concerne l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations* sont suivis par des évaluations quinquennales récurrentes de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations* par la FNHA (First Nations Health Authority, s. d.-a). La FNHA réalise aussi plusieurs autres évaluations, y compris une évaluation de ses activités tous les cinq ans, en plus d'évaluer son progrès par rapport aux mesures annuelles de rendement. Les avancées relatives aux mesures de rendement de la FNHA sont résumées dans les rapports et les plans annuels de la FNHA, qui peuvent être consultés sur son site Web (First Nations Health Authority, 2019a).

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 Dépenses de la province en santé publique

Les rapports budgétaires provinciaux (les « Budgets principaux des dépenses ») présentent des estimations de dépenses regroupées pour le ministère de la Santé (Ministry of Finance, 2021a). On ne connaît donc pas la proportion du budget du ministère de la Santé qui est et a par le passé été consacrée à la santé publique. Par exemple, les postes budgétaires pour les Executive Services and Support (Services et soutien exécutifs) incluent les dépenses du Bureau du médecin-hygiéniste provincial et d'autres coûts administratifs comme la gestion financière, la gestion du programme de la statistique de l'état civil, l'élaboration de politiques et le salaire du ministre (Ministry of Finance, 2021a). Le poste budgétaire Medical Services Plan (Plan de services médicaux) inclut tous les services assurés par la province et fournis par des professionnels de la santé, ce qui peut inclure l'administration des vaccins (Ministry of Finance, 2021a). Les postes budgétaires Health Programs (Programmes de santé) incluent les transferts qui sont alloués par les ARS aux services de santé et de santé publique (Ministry of Finance, 2021a).

À l'échelle provinciale, l'Analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) sert à évaluer les implications pour l'équité du budget ministériel et du budget propre à certains programmes (British Columbia Ministry of Finance, 2020). L'ACS+ est un outil d'analyse élaboré par le gouvernement fédéral pour évaluer les effets potentiels des politiques sur les expériences des femmes, des hommes et des personnes non binaires à différentes intersections de l'âge, de la race, de l'ethnicité, des handicaps et d'autres facteurs sociodémographiques (Femmes et Égalité des genres Canada, 2018). On ne sait pas si l'ACS+ ou d'autres critères liés à l'équité sont utilisés pour éclairer la répartition des ressources en santé publique à l'échelle provinciale ou à l'échelle des autorités de santé. Cependant, certains indices permettent de croire que l'ACS+ a servi à influencer la décision de prélever des taxes de vente provinciales sur les achats de boissons gazeuses sucrées naturellement et artificiellement (British Columbia Ministry of Finance, 2020). Plus généralement, on ne connaît toujours pas les critères utilisés pour répartir les ressources entre les programmes en santé publique et au sein de ceux-ci.

Les états financiers annuels audités des ARS sont disponibles en ligne dans l'archive des comptes publics provinciaux (Ministry of Finance, 2021b) et peuvent servir à estimer les dépenses provinciales en santé publique parce qu'ils présentent les dépenses propres à différents programmes. De plus, en 2019, le Bureau du médecin-hygiéniste provincial a publié le rapport *Taking a Pulse on the Population*, qui présentait les dépenses de fonctionnement des ARS dans le domaine de la « santé et [du] mieux-être des populations » (c.-à-d. les dépenses liées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies) des années fiscales 2012-2013 à 2015-2016 (Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2019). L'analyse indique que sur cette période, le montant absolu et la proportion des budgets des autorités de santé consacrés à la santé publique ont diminué (dollars canadiens; montants non ajustés à l'inflation; les données n'incluent pas les dépenses de la FNHA) (Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2019). En 2012-2013, 4,0 % (environ 529,0 millions de

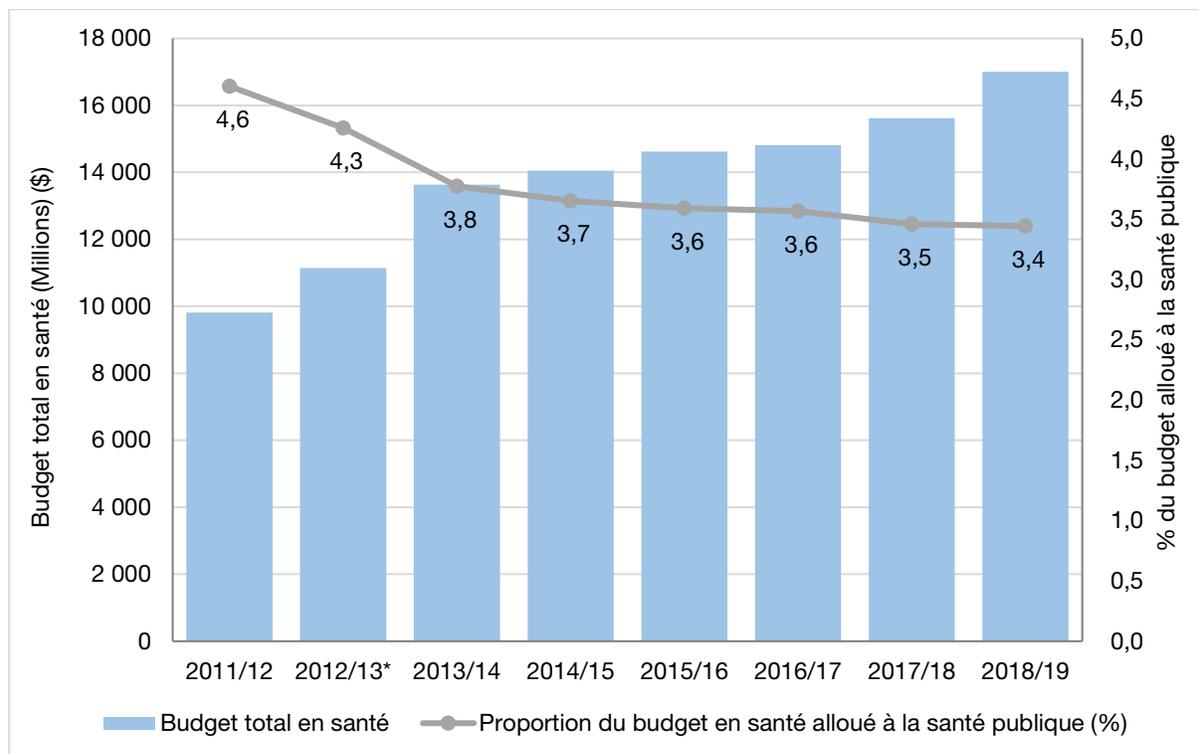
dollars) des budgets des autorités de santé ont été consacrés à la santé publique (Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2019). Ce montant a graduellement diminué pour atteindre 3,6 % (environ 525,3 millions de dollars) en 2015-2016.

Une mise à jour de cette analyse des budgets des ARS en 2018-2019 montre également une diminution graduelle des dépenses en santé publique en tant que proportion des budgets totaux des autorités de santé, allant de 4,2 % (524,1 millions de dollars) en 2011-2012 à environ 3,4 % (586,0 millions de dollars) en 2018-2019 (figure 2). On observe une certaine variation régionale dans les dépenses de santé publique entre les autorités de santé, ce qui reflète probablement les différences dans la manière dont la santé publique est définie : ces dépenses vont de 2,5 % du total des dépenses en santé de la Vancouver Coastal Health Authority à 3,1 % du total des dépenses de la Northern Health Authority au cours de l'année fiscale 2018-2019 (tableau 2). La PHSA consacre 6,1 % de son budget à la santé publique (tableau 2). Toutefois, les états financiers les plus récents disponibles pour chaque organisme de la PHSA indiquent que le BCCDC est responsable de la majorité de ces dépenses en santé publique.

En plus de recevoir des fonds du gouvernement fédéral, la FNHA reçoit du financement provincial pour soutenir et réaliser son mandat en vertu de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations*. La majorité du financement de la FNHA est partagé. En plus de l'Accord de financement du Canada, la FNHA reçoit également du financement de la province par l'entremise de subventions axées sur des programmes ou des sujets précis. L'affectation des fonds de la FNHA, y compris les fonds offerts aux équipes régionales et directement aux communautés des Premières Nations, est décrite chaque année dans son plan sommaire de services destiné au public. L'état d'avancement des travaux de la FNHA, y compris en ce qui a trait à son offre de services, à sa gestion et à sa gouvernance, est décrit dans les rapports annuels de la FNHA. Le plan sommaire de services et les rapports annuels peuvent être consultés sur le site Web de la FNHA.

Les organisations sont principalement remboursées pour les services de santé publique par l'intermédiaire de budgets historiques et de subventions globales (Auditor General of British Columbia, 2017; First Nations Health Authority, 2019d; Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2019). Les fournisseurs de services peuvent aussi être remboursés (rémunération à l'acte) pour leurs services de vaccination et de dépistage par l'entremise du Medical Services Plan (Health Sector Information, Analysis and Reporting Division, 2019). Il est difficile d'évaluer le type de dépenses (p. ex., salaires, équipement, divers) au palier des autorités de santé, parce que les dépenses du système de santé général sont ventilées, mais non celles des programmes (p. ex., santé et mieux-être des populations). Toutefois, les dépenses de fonctionnement ventilées du BCCDC indiquent que les fournitures et les salaires constituent la plus grande part de son budget (British Columbia Centre for Disease Control, 2018).

Figure 2 Dépenses de fonctionnement estimées dans les budgets des autorités régionales de santé et de la Provincial Health Services Authority, années fiscales 2011-2012 à 2018-2019 (en dollars canadiens, montants non ajustés à l'inflation)



Notes : Les dépenses de fonctionnement réelles présentées ne sont pas ajustées à l'inflation et n'incluent pas les dépenses en capital.

Sources : Fraser Health Authority, 2013, 2014, 2015, 2021; Interior Health Authority, 2021; Island Health, 2021; Northern Health Authority, 2021; Provincial Health Services Authority, 2021; Vancouver Coastal Health, 2013, 2014, 2014, 2021, 2021; Vancouver Coastal Health Authority, 2015, 2016; Vancouver Island Health Authority, 2013, 2014, 2015.

* Les estimations de dépenses de Vancouver Island Health ne sont pas disponibles.

Tableau 2 Dépenses globales et dépenses en matière de santé et de mieux-être des populations par les autorités de santé pour les années fiscales 2017-2018 et 2018-2019 (montants exprimés en milliers de dollars canadiens)

	Total		Santé et mieux-être des populations		% du total des dépenses	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Fraser Health	3 814 993	3 617 911	95 577	88 959	2,5	2,5
Northern Health	896 683	839 639	28 063	27 273	3,1	3,2
Vancouver Coastal Health	3 730 985	3 513 024	108 989	104 051	2,9	3,0
Interior Health	2 355 979	2 203 473	65 105	61 379	2,8	2,8
Vancouver Island Health	2 563 487	2 419 726	64 575	61 973	2,5	2,6
Provincial Health Services Authority	3 645 442	3 025 671	223 413	196 754	6,1	6,5
TOTAL	17 007 569	15 619 444	585 722	540 389	3,4	3,5

Note : Les dépenses de fonctionnement réelles ont été extraites manuellement des états financiers audités publiés sur les sites des autorités de santé, et ces montants ne sont pas ajustés à l'inflation.

Sources : First Nations Health Authority, 2019b; Fraser Health Authority, 2019; Interior Health Authority, 2019a; Northern Health Authority, 2019; Provincial Health Services Authority, 2019; Vancouver Coastal Health Authority, 2019; Vancouver Island Health Authority, 2019a.

* La FNHA n'est pas incluse, parce que ses états financiers présentent des dépenses consolidées.

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 C.-B., ainsi que sur les tendances et les stratégies de recrutement et de maintien en poste.

5.1 Taille, composition, recrutement et maintien en poste

Conformément aux Compétences essentielles de l'Agence de la santé publique du Canada, la C.-B. définit quatre catégories générales de professionnels de la santé publique : 1) les médecins-hygiénistes, 2) les consultants et spécialistes, 3) les travailleurs de première ligne, et 4) les gestionnaires et superviseurs (Agence de la santé publique du Canada et Division du perfectionnement de la main-d'œuvre, 2008). Le nombre précis d'employés désignés comme étant des professionnels de la santé publique, de même que la proportion de chaque catégorie relativement à l'ensemble de la main-d'œuvre de santé publique en C.-B., varie d'une région sanitaire à une autre.

Les médecins-hygiénistes sont des experts en santé publique et en médecine préventive. Ils sont presque tous associés du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada dans cette spécialité médicale (British Columbia Ministry of Health, s. d.-f). Sont inclus dans la main-d'œuvre de santé publique les consultants et autres spécialistes ayant une expertise en épidémiologie et statistiques, en recherche et évaluation, en santé environnementale et en sciences infirmières (British Columbia Ministry of Health, s. d.-f). Les travailleurs de première ligne constituent la plus grande proportion de la main-d'œuvre de santé publique. Ils sont responsables de la plupart des activités courantes, comme la prestation de services, la sensibilisation et la participation communautaire, la planification et l'évaluation de programmes, l'inspection et le contrôle de l'application des lois, ainsi que les tâches administratives. Les travailleurs de première ligne ont fait des études postsecondaires et ont de l'expérience professionnelle en santé publique et dans des domaines connexes, comme la santé au travail, la promotion de la santé, les sciences infirmières, la diététique, l'hygiène dentaire, le travail social et la santé environnementale (British Columbia Ministry of Health, s. d.-f). Les gestionnaires et les superviseurs sont responsables de diriger et d'administrer les principaux programmes et fonctions en santé publique. L'importance de la stratégie et de la prestation de services est intégrée dans au moins une autorité de santé. Ces travailleurs sont issus d'horizons professionnels variés. Cependant, ceux qui ont une formation et de l'expérience en santé publique jouent habituellement des rôles qui demandent davantage d'expertise (British Columbia Ministry of Health, s. d.-f).

Notre recherche a permis de repérer des données concernant certaines catégories professionnelles précises : les inspecteurs et les médecins. La Base de données sur la main-d'œuvre de la santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique que de 2015 à 2019, environ 186 à 228 professionnels de la santé publique environnementale (p. ex., des inspecteurs en santé publique) travaillaient en C.-B. (Institut canadien d'information sur la santé, 2021). Toutefois, alors que certains inspecteurs travaillent pour des ARS, d'autres travaillent pour des entreprises privées (comme Loblaw ou Tim Hortons), tandis que d'autres travaillent pour WorkSafeBC (Commission des accidents du travail de la C.-B.). La C.-B. emploie environ 41 médecins-hygiénistes et d'autres médecins de santé publique occupant d'autres fonctions (British Columbia Ministry of Health, 2019).

Certains médecins de santé publique occupent des postes différents du rôle traditionnel des médecins-hygiénistes (p. ex., des médecins épidémiologistes jouant des rôles universitaires ou de consultation auprès du BCCDC; des médecins formés en santé publique et en médecine préventive qui offrent des services de santé publique et des services cliniques en santé au travail pour WorkSafeBC ou qui jouent un rôle clinique axé sur les populations vulnérables (p. ex., en matière de dépendances) (Public Health Physicians of Canada, 2019). Les spécialistes de la santé publique et de la médecine préventive représentent une faible proportion de la main-d'œuvre de santé publique globale (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). En date de 2018, 67 (environ 1,0 pour 100 000 habitants) spécialistes en santé publique et en médecine préventive travaillaient en C.-B., avec certaines variations sous-régionales (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Les nombres suivants représentent les médecins-hygiénistes employés par les ARS : Fraser Health Authority, 6 (2 en congé); Interior Health Authority, 6; Northern Health Authority, 5; Vancouver Coastal Health Authority, 7; et Vancouver Island Health Authority, 6 (British Columbia Ministry of Health, 2019).

5.1.1 CAPACITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Plusieurs programmes ont été créés pour attirer les professionnels de la santé, mais peu d'information spécifique aux professionnels de la santé publique a été trouvée. Par exemple, la catégorie Skills Immigration (immigration qualifiée) du BC Provincial Nominee Program (programme provincial des candidats de la C.-B.) aide des médecins, des spécialistes, des infirmières et d'autres professionnels de la santé à travailler en C.-B. et à y obtenir la résidence permanente (Province of British Columbia, Welcome BC, 2020). Il semble que les communautés rurales ou éloignées ont plus de difficulté à recruter et à retenir leur personnel. Une évaluation de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations* a souligné que la disponibilité de candidats qualifiés était un obstacle au recrutement et à la rétention d'employés et qu'elle limitait la mise en œuvre de projets (Ministre de la Santé [Canada] et Minister of Health [British Columbia], 2011). Plus d'information est nécessaire au sujet d'autres professionnels de la santé publique (British Columbia Ministry of Health, s. d.-j).

La C.-B. n'a pas mis en place de stratégie provinciale formelle de développement de la main-d'œuvre de santé publique. Le *Framework for Core Functions in Public Health* de la C.-B. (Cadre sur les fonctions essentielles de santé publique en C.-B.) définit les compétences professionnelles nécessaires pour réaliser les fonctions essentielles en santé publique (Province of British Columbia, 2005). Ce document a été remplacé par le *Guiding Framework for Public Health*, qui présente des informations limitées au sujet du rôle des compétences dans chaque stratégie et programme essentiel de santé publique (British Columbia Ministry of Health, 2017b). On ne sait toujours pas dans quelle mesure les descriptions d'emploi fondées sur les compétences et les normes de main-d'œuvre ont été appliquées au cours de la dernière décennie (Regan *et al.*, 2014). Néanmoins, le *Guiding Framework for Public Health* de la C.-B. s'engage à « mettre continuellement l'accent sur le renforcement [...] des ressources humaines en santé publique, de leur formation et de leur perfectionnement » (British Columbia Ministry of Health, 2017b). Des données probantes antérieures indiquent que la province a mis en œuvre des stratégies visant à renforcer la formation postsecondaire (p. ex., intégrer les compétences en santé publique aux programmes de premier cycle et augmenter le financement des bourses et des stages de formation) et à accroître la visibilité des carrières en santé publique (Regan *et al.*, 2014). Notre recherche n'a pas permis de trouver de l'information détaillée au sujet des programmes qui ont été mis en place pour développer et moderniser le déploiement de la main-d'œuvre de santé publique.

Références

- Agence de la santé publique du Canada et Division du perfectionnement de la main-d'œuvre. (2008). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : Version 1.0*. Agence de la santé publique du Canada.
- Auditor General of British Columbia. (2017). *Health Funding Explained 2*. British Columbia. https://www.bcauditor.com/sites/default/files/publications/reports/FINAL_HFE2_2.pdf
- Bill 41 – 2019: Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act, (2019). <https://www.leg.bc.ca/parliamentary-business/legislation-debates-proceedings/41st-parliament/4th-session/bills/third-reading/gov41-3>
- British Columbia Centre for Disease Control. (s. d.-a). *Population & Public Health Surveillance*. Provincial Health Services Authority. <http://www.bccdc.ca/our-services/programs/population-public-health-surveillance>
- British Columbia Centre for Disease Control. (2015). *BCCDC Ethics Framework Decision Making Guide*. Provincial Health Services Authority. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/BCCDC_Ethics_Framework_Decision_Making_Guide.pdf
- British Columbia Centre for Disease Control. (2018). *Financial Statements of British Columbia Centre for Disease Control and Prevention Society Branch: Year ended March 31 2018*. British Columbia Centre for Disease Control. <http://www.phsa.ca/about-site/Documents/PHSA%20Centre%20for%20Disease%20Control%20FS.pdf>
- British Columbia Centre for Disease Control. (2020). *Service Areas*. Provincial Health Services Authority. <http://www.bccdc.ca/our-services/service-areas>
- British Columbia Centre for Disease Control. (s. d.-b). *British Columbia Observatory for Population & Public Health*. British Columbia Centre for Disease Control. <http://www.bccdc.ca/our-services/programs/bc-observatory-for-pop-public-health>
- British Columbia Ministry of Finance. (2020). *Budget and Fiscal Plan 2020/21-2022/23* (p. 160). British Columbia Ministry of Finance. https://www.bcbudget.gov.bc.ca/2020/pdf/2020_budget_and_fiscal_plan.pdf
- British Columbia Ministry of Health. (s. d.-a). *About Public Health*. Government of British Columbia; Province of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/about-public-health>
- British Columbia Ministry of Health. (s. d.-b). *Annual Reports*. Province of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/annual-reports>
- British Columbia Ministry of Health. (s. d.-c). *Community Care & Assisted Living Act*. Government of British Columbia; Province of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/laws-related-to-health-in-bc/community-care-assisted-living-act>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-d). *Drinking Water Protection Act Information*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/laws-related-to-health-in-bc/drinking-water-protection-act>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-e). *Food Safety Legislation—Province of British Columbia*. British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/keeping-bc-healthy-safe/food-safety/food-safety-legislation>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-f). *For Public Health Professionals: 2. Who are Public Health Professionals?* British Columbia Ministry of Health; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/about-public-health/for-public-health-professionals#two>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-g). *Medical Health Officers*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/medical-health-officers>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-h). *Ministry of Health*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/ministries/health>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-i). *Overview of Public Health Act*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/legislation/public-health-act/overview-of-public-health-act>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-j). *Physician Compensation & Recruitment..* Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/physician-compensation>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-k). *Provincial Health Services Authority*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/health-authorities/provincial-health-services-authority>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-l). *Regional Health Authorities*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/health-authorities/regional-health-authorities>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-m). *School Act*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/laws-related-to-health-in-bc/school-act>

British Columbia Ministry of Health. (s. d.-n). *Tobacco Control*. Government of British Columbia; Province of British Columbia.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/mental-health-substance-use/quitting-smoking-tobacco-use/tobacco-control-program>

- British Columbia Ministry of Health. (2013). *Promote, protect, prevent: Our health begins here: BC's guiding framework for public health*. Government of British Columbia.
<https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2013/BC-guiding-framework-for-public-health.pdf>
- British Columbia Ministry of Health. (2017a). *BC Guiding Framework for Public Health: Performance Measures At-A-Glance*. Government of British Columbia.
<https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/BC-guiding-framework-for-public-health-at-a-glance-2017.pdf>
- British Columbia Ministry of Health. (2017b). *Promote, Protect, Prevent: Our Health Begins Here. BC's Guiding Framework for Public Health*. Government of British Columbia.
<https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/BC-guiding-framework-for-public-health-2017-update.pdf>
- British Columbia Ministry of Health. (2018). *2018/10-2020-2021 Service Plan*. British Columbia Ministry of Health.
<https://www.bcbudget.gov.bc.ca/2018/sp/pdf/ministry/hlth.pdf>
- British Columbia Ministry of Health. (2019). *BC Medical Health Officers*.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/bc-medical-health-officers.pdf>
- British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions. (2018). *2017/18 Annual Service Plan Report*. British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions.
https://www.bcbudget.gov.bc.ca/Annual_Reports/2017_2018/pdf/ministry/mh.pdf
- British Columbia Observatory for Population & Public Health. (2017). *Strategic Plan 2016/17–2020/21*. <http://www.bccdc.ca/Our-Services-Site/Documents/FINAL-Obs-Strat-Plan-2016-2022.pdf>
- British Columbia Office of the Provincial Health Officer. (2015). *Progress on the Action Plan for Safe Drinking Water in British Columbia 2015* (p. 112).
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/environment/air-land-water/pho-drinkingwater2015-web.pdf>
- British Columbia Office of the Provincial Health Officer. (2019). *Clean, Safe, and Reliable Drinking Water: An Update on Drinking Water Protection in BC and the Action Plan for Safe Drinking Water in British Columbia*.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/environment/air-land-water/water/documents/pho-drinking-water-report-2019.pdf>
- CCNPPS. (2018). *Profil structurel de la santé publique au Canada*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profil-structurel-de-la-sante-publique-au-canada/>
- Diallo, T. (2020). *Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
https://ccnpps.ca/153/Publications.ccnpps?id_article=2035
- 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(4), 585-589.
<https://doi.org/10.17269/s41997-018-0080-3>
- First Nations Health Authority. (s. d.-a). *Audits and Evaluations*. First Nations Health Authority.
<https://www.fnha.ca:443/about/governance-and-accountability/audits-and-evaluations>

- First Nations Health Authority. (s. d.-b). *Chief Medical Office*.
<https://www.fnha.ca/what-we-do/chief-medical-office>
- First Nations Health Authority. (s. d.-c). *Executive Team* [First Nations Health Authority].
<https://www.fnha.ca/about/governance-and-accountability/executive-team>
- First Nations Health Authority. (2018). *New First Nations Addictions Care Initiative Launched*.
<https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/new-first-nations-addictions-care-initiative-launched>
- First Nations Health Authority. (2019a). *Evaluation of the British Columbia Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance*. Ministry of Health and Indigenous Services Canada. <https://www.fnha.ca/Documents/Evaluation-of-the-BC-Tripartite-Framework-Agreement-on-First-Nations-Health-Governance.pdf>
- First Nations Health Authority. (2019b). *Financial Statements (Expressed in thousands of dollars) First Nations Health Authority: Year ended March 31, 2019*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-2019-Audited-Financial-Statements.pdf>
- First Nations Health Authority. (2019c). FNHA Annual Report 2018-2019. *First Nations Health Authority*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Annual-Report-2018-2019.pdf>
- First Nations Health Authority. (2019d). *Health Actions Case Study Report*.
<https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-BC-Tripartite-Agreement-Case-Study-Health-Actions.pdf>
- First Nations Health Authority. (2020). *Programs and Services 2020/2021—First Nations Health Authority*. https://www.fnha.ca/Documents/FNHA_Programs_Compendum.pdf
- First Nations Health Authority et British Columbia Office of the Provincial Health Officer. (2021). *First Nations Population Health and Wellness Agenda*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-First-Nations-Population-Health-and-Wellness-Agenda.pdf>
- First Nations Health Authority, First Nations Health Council et First Nations Health Directors Association. (s.d.). *First Nations Health Governance Structure in British Columbia*.
<https://www.fnha.ca/Documents/First-Nations-Health-Governance-Structure-in-British-Columbia.pdf>
- First Nations Health Authority et Goss Gilroy Inc. (2020). *Evaluation of the First Nations Health Authority*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Evaluation-Report.pdf>
- First Nations Health Authority et Indigenous Services Canada et British Columbia Ministry of Health. (2020). *Together in Wellness: Tripartite Committee on First Nations Health Annual Report*.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/government/ministries-organizations/ministries/health/office-of-indigenous-health/tcfnh-progress-report-april-2019-march-2020.pdf>
- First Nations Health Council. (2012). *Health Partnership Accord*.
<https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/health-partnership-accord.pdf>
- Fraser Health Authority. (s. d.-a). *About Fraser Health*. Fraser Health.
<https://www.fraserhealth.ca/about-us/about-fraser-health>
- Fraser Health Authority. (s. d.-b). *Senior Executive Team—Fraser Health*. Fraser Health.
<https://www.fraserhealth.ca/about-us/leadership/senior-leadership#.YGOAxUhKjGI>

- Fraser Health Authority. (2013). *Consolidated financial statements 2012*. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2012-13/sup-e/fraser-health-authority-fs-2012-13.pdf>
- Fraser Health Authority. (2014). *Consolidated financial statements 2013*. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2013-14/sup-e/fraser-health-authority-fs-2013-14.pdf>
- Fraser Health Authority. (2015). *Consolidated financial statements 2014*. https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Financial-reporting/2015/20150331FH_CFSFINAL.pdf
- Fraser Health Authority. (2019). *Consolidated Financial Statements of Fraser Health Authority: Year ended March 31, 2019*. Fraser Health Authority. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2018-19/sup-e/fraser-health-authority-fs-2018-19.pdf>
- Fraser Health Authority. (2020a). *2020/21-2022/23 Service Plan*. <https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Service-Plans/Fraser-2020-21-2022-23-Service-Plan-Final-for-Posting.pdf?rev=19cfbaa88add4a33ab186ebb1e140a05>
- Fraser Health Authority. (2020b). *Fraser Health Authority Mandate Letter*. <https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Taxpayer/Signed-Mandate-Letter-20-21.pdf?rev=f4494a0c14654848978fbdd6a07a96ac>
- Fraser Health Authority. (2021). *Consolidated financial statements 2016-2019*. Fraser Health. <https://www.fraserhealth.ca/about-us/accountability/financial-reporting>
- General Practice Services Committee. (s. d.). *Primary Care Networks*. General Practice Services Committee. <https://gpscbc.ca/what-we-do/system-change/primary-care-networks>
- Government of British Columbia. (s. d.-a). *Medical Health Officers*. Province of British Columbia; Province of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/medical-health-officers>
- Government of British Columbia. (s. d.-b). *Office of the Provincial Health Officer*. Province of British Columbia; Province of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer>
- Government of British Columbia. (s. d.-c). *Office of the Provincial Health Officer*. BC Government Directory, HLTH. <https://dir.gov.bc.ca/gtlds.cgi?show=Branch&organizationCode=HLTH&organizationalUnitCode=PHO>
- Government of British Columbia. (s. d.-d). *Office of the Provincial Health Officer—Epidemiology*. BC Government Directory, HLTH. <https://dir.gov.bc.ca/gtlds.cgi?show=Branch&organizationCode=HLTH&organizationalUnitCode=EPID>
- Government of British Columbia. (s. d.-e). *Population and Public Health*. B.C. Government Directory. <https://dir.gov.bc.ca/gtlds.cgi?show=Branch&organizationCode=HLTH&organizationalUnitCode=PPH>

- Government of British Columbia. (s. d.-f). *Population and Public Health—Health Protection*. B.C. Government Directory.
<https://dir.gov.bc.ca/gtds.cgi?show=Branch&organizationCode=HLTH&organizationalUnitCode=HP>
- Government of British Columbia. (s. d.-g). *Population and Public Health—Healthy Living & Health Promotion*. B.C. Government Directory.
<https://dir.gov.bc.ca/gtds.cgi?show=Branch&organizationCode=HLTH&organizationalUnitCode=HLTHYLIVIN>
- Government of British Columbia. (s. d.-h). *Population and Public Health—Infection Prevention and Control*. B.C. Government Directory.
<https://dir.gov.bc.ca/gtds.cgi?show=Branch&organizationCode=HLTH&organizationalUnitCode=IPC>
- Government of British Columbia. (s. d.-i). *Population and Public Health—Public Health Services*. B.C. Government Directory.
<https://dir.gov.bc.ca/gtds.cgi?show=Branch&organizationCode=HLTH&organizationalUnitCode=PUBHLTHSRV>
- Government of British Columbia. (s. d.-j). *Public Health Websites*. Government of British Columbia; Province of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/legislation/public-health-act/public-health-websites>
- Government of British Columbia. (2020). *British Columbia Pandemic Provincial Coordination Plan*. Government of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/pandemic-provincial-coordination-plan.pdf>
- Government of British Columbia et First Nations Health Authority. (2005). *The Transformative Change Accord: First Nations Health Plan*.
https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/first_nations_health_implementation_plan.pdf
- Health Council of Canada. (2014). *Progress timeline 2003-2013: Highlights of health care reform*.
https://www.longwoods.com/articles/images/HCC_Progress_Report_Eng.pdf
- Health, M. of. (s.d.). *Office of the Provincial Health Officer—Province of British Columbia*. Province of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer>
- Health Sector Information, Analysis and Reporting Division. (2019). *MSP Fee for Service Payment Analysis 2014/2015-2018/2019*. Ministry of Health.
<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/msp/publications#fee-for-service>
- Interim First Nations Health Authority. (2012). *Navigating the Currents of Change: Transitioning to a New First Nations Health Governance Structure* (p. 76).
https://www.fnha.ca/Documents/iFNHA_Consensus_Paper_2012.pdf
- Interior Health Authority. (s. d.-a). *About IH—Interior Health*. Interior Health.
<https://www.interiorhealth.ca/AboutUs/Pages/default.aspx>
- Interior Health Authority. (s. d.-b). *Senior Executive Team—Interior Health*. Interior Health.
<https://www.interiorhealth.ca/AboutUs/Leadership/Pages/SeniorExecutiveTeam.aspx>

Interior Health Authority. (2015a). *Aboriginal Health and Wellness Strategy 2015-2019*. Interior Health Authority. <https://www.interiorhealth.ca/sites/default/files/PDFS/aboriginal-health-strategy-2015-2019.pdf>

Interior Health Authority. (2015b). *Public Health Centres*. Interior Health Authority.

Interior Health Authority. (2019a). *Financial Statements of Interior Health Authority: Year ended March 31, 2019*. <https://www.interiorhealth.ca/AboutUs/Accountability/Documents/Audited%20Financial%20Statements%202019.pdf>

Interior Health Authority. (2019b). *Environmental Health & Licensing – Contacts*. Interior Health Authority. <https://www.interiorhealth.ca/YourEnvironment/AirQuality/Documents/Health%20Protection%20Offices%20Contacts.pdf>

Interior Health Authority. (2019c). *Service Plan 2019/20-2021/22—Interior Health Authority*. https://www.interiorhealth.ca/AboutUs/Accountability/Documents/Service%20Plan%202019-20_2021-22.pdf

Interior Health Authority. (2020a). *Communicable Disease Prevention & Control*. Interior Health. <https://www.interiorhealth.ca/health-and-wellness/disease-outbreaks/communicable-disease-prevention-and-control>

Interior Health Authority. (2020b). *Climate Change*. Interior Health. <https://www.interiorhealth.ca/YourEnvironment/ClimateChange/Pages/Food-Security.aspx>

Interior Health Authority. (2020c). *Healthy Communities*. Interior Health. <https://www.interiorhealth.ca/YourHealth/HealthyLiving/Pages/default.aspx>

Interior Health Authority. (2020d). *Interior Health Authority Mandate Letter*.

Interior Health Authority. (2020e). *Major Event Planning*. Interior Health. <https://www.interiorhealth.ca/YourEnvironment/MajorEventPlanning/Pages/default.aspx>

Interior Health Authority. (2020f). *Nutrition*. Interior Health.

Interior Health Authority. (2020g). *Our Communities*. Interior Health.

Interior Health Authority. (2020h). *School Health Care*. Interior Health. <https://www.interiorhealth.ca/YourHealth/SchoolHealth/Pages/default.aspx>

Interior Health Authority. (2020i). *Service Plan 2020/21-2022/23—Interior Health Authority*. https://www.interiorhealth.ca/AboutUs/Accountability/Documents/Service%20Plan%20Report%202020-21_2022-23.pdf

Interior Health Authority. (2020j). *Sexual Health*. Interior Health. <https://www.interiorhealth.ca/YourHealth/SexualHealth/Pages/default.aspx>

Interior Health Authority. (2021). *Audited Financial Statements 2012-2019*. Financial Reporting. <https://www.interiorhealth.ca/AboutUs/Accountability/Pages/FinancialReporting.aspx>

- Interior Health Authority & Healthy Families BC. (2012). *Healthy Communities in Interior Health: A Collaborative Approach*. Interior Health Authority.
http://www.llbc.leg.bc.ca/public/pubdocs/bcdocs2017_2/683071/healthy%20communities%20n%20interior%20health.pdf
- Island Health. (2021). *Audited Financial Statements*. Financial Reporting.
<https://www.islandhealth.ca/about-us/accountability/financial-reporting>
- 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). *Métadonnées de la Base de données sur la main-d'œuvre de la santé : 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>
- Ministre de la Santé (Canada) et Minister of Health (Colombie-Britannique). (2011). *Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations*. Gouvernement du Canada. https://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/services/tripartite/framework-accord-cadre-fra.pdf
- Ministry of Finance. (2021a). *Estimates—Fiscal Year Ending March 31, 2021* (p. 215). Government of British Columbia. https://www.bcbudget.gov.bc.ca/2020/pdf/2020_Estimates.pdf
- Ministry of Finance. (2021b). *Public Accounts Archive—Province of British Columbia*. Public Accounts Search: 5. Crowns & Agencies Financial Statements; Health; Province of British Columbia. https://www2.gov.bc.ca/gov/search?q=financial+statements%2Binmeta%3AfinPA_infoSchd%3D5.+Crowns+%26+Agencies+Financial+Statements%2Binmeta%3AfinPA_org%3DHealth&id=4DE45087F6C34BEC999322346A28BDDC&tab=1&sourceId=70D33909E8444496988C93B617C37E17
- Ministry of Mental Health and Addictions. (2021). *B.C. moves forward on drug decriminalization, new overdose emergency response funding* | BC Gov News. BC Government News.
<https://news.gov.bc.ca/releases/2021MMHA0017-000706>
- Murphy, J. (2007). Strategic Outsourcing by a Regional Health Authority: The Experience of the Vancouver Island Health Authority. *HealthcarePapers*, 8(Sp), 104–111.
- Northern Health. (2020). *2020/21—2022/23 Service Plan*.
https://www.northernhealth.ca/sites/northern_health/files/about-us/reports/strategic-service-plans/documents/service-plan-2021-2023.pdf
- Northern Health Authority. (s.d.). *Management and Executive Team—Northern Health Authority*.
<https://www.northernhealth.ca/about-us/leadership/management-executive-team#executive-team>
- Northern Health Authority. (2019). *Financial Statements of Northern Health Authority: Year ended March 31, 2019*. https://www.northernhealth.ca/sites/northern_health/files/about-us/reports/financial-accountability/documents/financial-statements-2018-19.pdf
- Northern Health Authority. (2020a). *Annual Report 2019-2020—Northern Health*.
https://www.northernhealth.ca/sites/northern_health/files/about-us/reports/annual-reports/documents/annual-report-highlights-2019-2020.pdf

- Northern Health Authority. (2020b). *Northern Health Authority Mandate Letter*. https://www.northernhealth.ca/sites/northern_health/files/about-us/leadership/documents/2020-21-northern-health-authority-mandate-letter.pdf
- Northern Health Authority. (2021). *Audited financials*. Financial Accountability - Northern Health. <https://www.northernhealth.ca/about-us/accountability/reports/financial-accountability?keys=financial#audited-financials#audited-financials>
- Office of the Auditor General of British Columbia. (2019). *The Protection of Drinking Water: An Independent Audit Report* (p. 45). https://www.bcauditor.com/sites/default/files/publications/reports/OAGBC_Protection-of-Drinking-Water_RPT.pdf
- Office of the Provincial Health Officer, British Columbia. (2019). *Taking a Pulse on the Population. An Update on the Health of the British Columbians*. Ministry of Health. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/annual-reports/pho-annual-report-2019.pdf>
- O’Neil, J., Gallagher, J., Wylie, L., Bingham, B., Lavoie, J., Alcock, D. et Johnson, H. (2016). Transforming first nations’ health governance in British Columbia. *International Journal of Health Governance*, 21(4), 229-244. <https://doi.org/10.1108/IJHG-08-2016-0042>
- 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>
- Province of British Columbia. (2005). *A Framework for Core Functions in Public Health* (p. 47-103). https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf
- Province of British Columbia, Welcome BC. (2020). *HealthCare Professional*. <https://www.welcomebc.ca/Immigrate-to-B-C/BC-PNP-Skills-Immigration/Health-Care-Professional>
- Provincial Health Services Authority. (2015). *Healthy Families BC Communities Evaluation Progress Report 2014/15*. <http://www.bccdc.ca/pop-public-health/Documents/healthy-families-report.pdf>
- Provincial Health Services Authority. (2016). *Priority Health Equity indicators for British Columbia: Selected Indicators Report*. Provincial Health Services Authority, Population and Public Health Program. http://www.bccdc.ca/pop-public-health/Documents/Priority%20health%20equity%20indicators%20for%20BC_selected%20indicators%20report_2016.pdf
- Provincial Health Services Authority. (2019). *Consolidated Financial Statements of Provincial Health Services Authority: Year ended March 31, 2019*. Provincial Health Services Authority. <http://www.phsa.ca/about-site/Documents/PHSA%202019%20financial%20statements.pdf>
- Provincial Health Services Authority. (2020). *Internal Applicants*. Provincial Health Services Authority. <http://www.phsa.ca/careers/internal-candidates>
- Provincial Health Services Authority. (2021). *PHSA Consolidated Financial Statements 2012—2019. Budget & Financials*. <http://www.phsa.ca/about/accountability/budget-financials>

- Public Health Act, (2008). http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/08028_01#part9
- Public Health Physicians of Canada. (2019). *Public Health Systems in Canada* (p. 38). Public Health Physicians of Canada Resident Council. <http://www.phpc-mspc.ca/resources/Documents/Respository/PHSC-8Jun20.pdf>
- 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://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-country-reports-2018>
- 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.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507325/pdf/Bookshelf_NBK507325.pdf
- Regan, S., MacDonald, M., Allan, D. E., Martin, C. et Peroff-Johnston, N. (2014). Public health human resources: A comparative analysis of policy documents in two Canadian provinces. *Human Resources for Health*, 12(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-13>
- Femmes et Égalité des genres Canada. (2018). Analyse comparative entre les sexes plus Gouvernement du Canada. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus.html>
- Vaccination Status Reporting Regulation, (2019). https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/146_2019
- Vancouver Coastal Health. (2013). *Financial Statements of Vancouver Coastal Health Authority Year Ended March 31, 2013*. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2012-13/sup-e/vancouver-coastal-health-authority-fs-2012-13.pdf>
- Vancouver Coastal Health. (2014). *Financial Statements of Vancouver Coastal Health Authority Year Ended March 31, 2014*. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2013-14/sup-e/vancouver-coastal-health-authority-fs-2013-14.pdf>
- Vancouver Coastal Health. (2021). *Audited financial statements 2017–2019*. Budget & Financial Reports. <http://www.vch.ca/about-us/accountability/finances-resources/budget-financial-reports>
- Vancouver Coastal Health Authority. (s. d.-a). *About Us—Vancouver Coastal Health*. <http://www.vch.ca/about-us>
- Vancouver Coastal Health Authority. (s. d.-b). *Senior Executive Team—Vancouver Coastal Health*. <http://www.vch.ca/about-us/leadership/senior-executive-team>
- Vancouver Coastal Health Authority. (2015). *Financial Statements of Vancouver Coastal Health Authority Year ended March 31, 2015*. Vancouver Coastal Health Authority. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2014-15/sup-e/vancouver-coastal-health-authority-fs-2014-15.pdf>

- Vancouver Coastal Health Authority. (2016). *Financial Statements of Vancouver Coastal Health Authority Year Ended March 31, 2016*. Vancouver Coastal Health Authority. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2015-16/sup-e/vancouver-coastal-health-authority-fs-2015-16.pdf>
- Vancouver Coastal Health Authority. (2019). *Financial Statements of Vancouver Coastal Health Authority: Year ended March 31, 2019*. <http://www.vch.ca/Documents/audited-financial-statements-2019.pdf>
- Vancouver Coastal Health Authority. (2020a). *Service Plan 2020/21-2022/23—Vancouver Coastal*. <http://www.vch.ca/Documents/Service-Plan-2021-22.pdf>
- Vancouver Coastal Health Authority. (2020b). *Vancouver Coastal Health Authority Mandate Letter*.
- Vancouver Island Health Authority. (s. d.). *Our Executive Team—Vancouver Island Health*. <https://www.islandhealth.ca/about-us/accountability/organization/our-executive-team>
- Vancouver Island Health Authority. (2013). *Consolidated Financial Statements of Vancouver Island Health Authority Years ended March 31, 2013 and 2012*. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2012-13/sup-e/vancouver-island-health-authority-fs-2012-13.pdf>
- Vancouver Island Health Authority. (2014). *Consolidated Financial Statements of Vancouver Island Health Authority Year ended March 31, 2014*. Vancouver Island Health Authority. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2013-14/sup-e/vancouver-island-health-authority-fs-2013-14.pdf>
- Vancouver Island Health Authority. (2015). *Consolidated Financial Statements of Vancouver Island Health Authority Year ended March 31, 2015*. Vancouver Island Health Authority. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/government-finances/public-accounts/2014-15/sup-e/vancouver-island-health-authority-fs-2014-15.pdf>
- Vancouver Island Health Authority. (2017). *Island Health Public Health & Preventive Medicine—Vancouver Island Health*. <https://www.islandhealth.ca/sites/default/files/2018-04/public-health-preventative-medicine-org-chart.pdf>
- Vancouver Island Health Authority. (2019a). *Financial Statements of Vancouver Island Health Authority: Year ended March 31, 2019*. <https://www.islandhealth.ca/sites/default/files/consolidated-audited-signed-fs-mar31-2019.pdf>
- Vancouver Island Health Authority. (2019b). *Service Plan 2019/20-2021/22—Vancouver Island Health*. <https://www.islandhealth.ca/sites/default/files/reports-and-plans/documents/island-health-service-plan-2019-20-2021-22.pdf>
- Vancouver Island Health Authority. (2020a). *2020/21-2022/23 Service Plan*. <https://www.islandhealth.ca/sites/default/files/reports-and-plans/documents/island-service-plan-2021-2023.pdf>
- Vancouver Island Health Authority. (2020b). *Vancouver Island Health Authority Mandate Letter*. <https://www.islandhealth.ca/sites/default/files/2019-07/health-authority-mandate-letter.pdf>
- World Health Organization. (2008). *Integrated health services—What and why?* (Technical Brief No. 1). World Health Organization. https://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.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

