

Profils des systèmes de santé publique au Canada : Nouvelle-Écosse

Rapport | 2022

Profils des systèmes de santé publique au Canada : Nouvelle-Écosse

Rapport | 2022

Auteurs

Robert W. Smith^{1, 2, 3}, Sara Allin^{1, 2}, Kathy Luu¹,
Anson Cheung⁴, Madeleine Thomas¹, Joyce Li¹,
Andrew D. Pinto^{2, 3, 5, 6}, Laura Rosella^{7, 8, 9, 10}

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. Faculté de médecine Termerty, Université de Toronto
5. Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de médecine, Université de Toronto
6. Division de la santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
7. Division de l'épidémiologie, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
8. Population Health Analytics Lab, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
9. Institute for Better Health, Trillium Health Partners, Université de Toronto
10. Médecine de laboratoire et pathobiologie, Faculté de médecine, Université de Toronto

Remerciements

Cette série est le fruit d'un partenariat entre des équipes et des chercheurs du domaine des systèmes de santé et de la santé publique de tout le Canada, y compris le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, le North American Observatory on Health Systems and Policies, le Upstream Lab, le Population Health Analytics Lab, l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation, et l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Nous tenons à remercier Monika 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'INSPQ (www.inspq.qc.ca) et du CCNPPS (<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.nccchpp.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 — XXXX

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : XXXX (PDF anglais [Ensemble])

ISBN : XXXX (PDF anglais)

ISBN : XXXX (PDF [Ensemble])

ISBN : XXXX (PDF)

Édition

Marianne Jacques, Olivier Bellefleur et 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 voulons remercier Jennifer Heatley et ses collègues du gouvernement de la Nouvelle-Écosse et de Nova Scotia Health, ainsi que Katherine Fierlbeck et Gaynor Watson-Creed de l'Université Dalhousie, qui ont commenté une version préliminaire de ce document.

Comment citer ce document

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

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

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

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

Dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) s'est joint au groupe de travail du projet de recherche. Le CCNPPS est fier de publier leurs travaux dans une série de 13 profils des systèmes de santé publique au Canada accompagnés d'un document additionnel portant sur la méthodologie. La série de profils est disponible 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 acronymes.....	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 et du Mieux-être.....	5
2.1.2 Bureau du médecin-hygieniste en chef	6
2.1.3 Department of Environment and Climate Change (ministère de l'Environnement et du Changement climatique).....	6
2.1.4 Santé Nouvelle-Écosse et le Izaak Walton Killam Health Centre	7
2.2 À l'échelle régionale.....	8
2.2.1 Zones de gestion de SNE	8
2.2.2 Médecins-hygienistes	8
2.3 À l'échelle locale	9
2.3.1 Public Health Offices (Bureaux de santé publique)	9
2.3.2 Conseils communautaires de santé.....	9
2.4 Intégration, coordination intersectorielle et partenariat intergouvernemental.....	9
2.4.1 Mécanismes gouvernementaux	9
2.4.2 Systèmes de santé publique des Premières Nations	10
2.4.3 Collaboration locale et intersectorielle.....	10
3 Gouvernance.....	11
3.1 Cadre juridique et politique en santé publique.....	11
3.1.1 <i>Health Protection Act</i> (<i>Loi sur la protection de la santé</i>).....	11
3.1.2 Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse.....	11
3.2 Gestion et évaluation du rendement.....	12
4 Financement	14
4.1 Dépenses de la province en santé publique.....	14
4.1.1 Dépenses en santé publique dans le secteur des soins de santé et dans les autres secteurs.....	16
5 Ressources humaines en santé publique.....	19
5.1 Taille, composition, recrutement et maintien en poste	19
5.1.1 Capacité d'intervention des ressources humaines.....	19
5.1.2 Politique en matière de ressources humaines.....	20
Références.....	23

Liste des acronymes

CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
CHB	Community Health Board
OESP	Opérations essentielles de santé publique (Essential public health operations)
HPA	<i>Health Protection Act (Loi sur la protection de la santé)</i>
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISP	Inspecteurs et inspectrices de santé publique
IWK	Izaak Walton Killam
MH	Médecin-hygiéniste
MHC	Médecin-hygiéniste en chef
SNE	Santé Nouvelle-Écosse
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SAC	Services aux Autochtones Canada

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. On observe 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 actuel de la Nouvelle-Écosse, 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) accessibles au public. Les opérations essentielles de santé publique (OESP, traduction libre de « essential public health operations [EPHO] ») de l'Organisation mondiale de la Santé ont servi à définir les programmes et les services qui constituent des activités de santé publique, et les facteurs soutenant la réalisation des OESP ont servi à définir la gouvernance, la structure organisationnelle, le financement et la main-d'œuvre de la santé publique (Rechel, Maresco *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/>Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide..

Limites

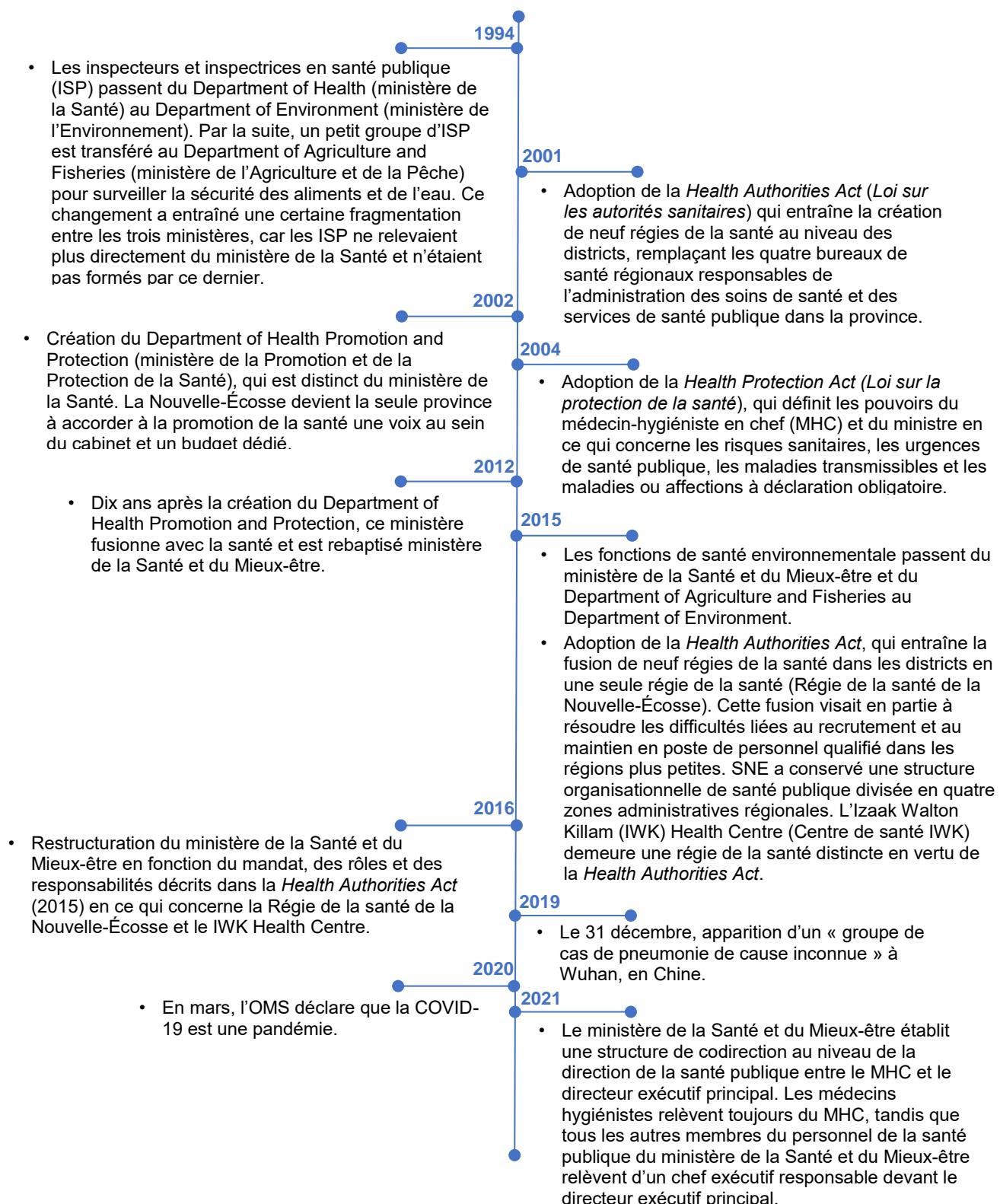
Malgré ce processus de révision itératif approfondi et nos efforts visant à souligner les lacunes en matière d'information, il faut noter que le processus employé pour compiler les informations ne constituait pas une revue systématique formelle et que des sources d'information peuvent ainsi avoir été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

1 Historique et contexte

Les services de santé publique de la Nouvelle-Écosse « visent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir les maladies et les blessures pour permettre à tous les Néo-Écossais de mener une vie plus saine » (Government of Nova Scotia, s. d.). L'équité en matière de santé et la justice sociale sont considérées comme essentielles dans une perspective de santé de la population, plus particulièrement pour appuyer les objectifs de santé publique que sont la prévention des maladies et des problèmes de santé contribuant à la charge de morbidité, et la promotion de la santé et de la résilience au sein des groupes prioritaires et dans l'ensemble de la population (ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, 2011b).

La ligne du temps (figure 1) présente un résumé des réformes proposées et adoptées ayant eu une incidence sur le système de santé publique de la Nouvelle-Écosse. La fréquence des changements législatifs et des restructurations pourrait indiquer des défis dans l'opérationnalisation des fonctions et des activités de santé publique dans la province. Par exemple, la fusion en 2015 de neuf autorités régionales en une seule autorité indépendante à l'échelle de la province a été la réforme du système de santé ayant eu l'impact le plus important sur la santé publique au cours des dernières années. Depuis, certains rôles et responsabilités en matière de santé publique ont été modifiés au sein du gouvernement provincial; notamment les fonctions en santé environnementale incluant les inspecteurs qui remplissent ces fonctions ont été transférées du ministère de la Santé et du Mieux-être au Department of Environment and Climate Change (ministère de l'Environnement et du Changement climatique [anciennement nommé Department of Environment [ministère de l'Environnement]]). Les rôles d'inspection reliés au portefeuille de l'agriculture ont également été transférés au ministère de l'Environnement. Des efforts ont aussi été déployés pour préciser les rôles et les responsabilités des divers acteurs provinciaux de la santé publique, notamment l'autorité provinciale de la santé, le Bureau du médecin-hygieniste en chef (MHC) et d'autres services au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être.

Figure 1 Chronologie des réformes ayant eu une incidence sur le système de santé publique néo-écossais



2 Structure organisationnelle

Dans cette section, nous décrivons la structure organisationnelle du système de santé publique de la Nouvelle-Écosse 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 publique et les principaux acteurs responsables de la planification et de la prestation des services de santé publique dans chacune de ces institutions. Nous nous concentrerons sur les institutions gouvernementales et indépendantes dont le rôle principal est la santé publique, c'est pourquoi nous ne décrivons pas de façon détaillée les organisations et les fournisseurs de services dans d'autres secteurs (comme les soins primaires, la santé mentale et les dépendances, les services sociaux et les organisations non gouvernementales) qui peuvent jouer un rôle essentiel en matière de santé publique dans le cadre de leur mandat (p. ex., l'immunisation, la promotion de la santé, etc.).

Les programmes et les services de santé publique offerts en Nouvelle-Écosse englobent la totalité des OESP définies par l'OMS : 1) Surveillance de la santé et du bien-être de la population (p. ex., surveillance des maladies non transmissibles et transmissibles); 2) Surveillance et réponse aux risques et aux urgences sanitaires (p. ex., évaluations des risques et protocoles, préparation aux urgences, etc.); 3) Protection de la santé (p. ex., environnement, tabac et autres substances, sécurité au travail et sécurité des aliments, etc.); 4) Promotion de la santé (p. ex., familles en santé, soins prénataux et postpartum, alimentation saine, santé sexuelle, programmes pour les enfants et les jeunes, programmes dans les écoles, santé mentale, etc.) et 5) Prévention des maladies (p. ex., vaccins, dépistage du cancer). Les Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse (NSPNE de 2011-2016 intègrent les principes de « compréhension (notamment l'évaluation de la santé de la population et la surveillance de la santé), d'équité en santé et de justice sociale, de perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique, de gestion des urgences en santé publique et de développement de l'infrastructure du système de santé publique » (Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, 2011b).

2.1 À l'échelle provinciale

2.1.1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE

Le ministère de la Santé et du Mieux-être vise à « [assurer] le leadership au sein du système de santé pour la prestation des soins et des traitements, la prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé et d'une vie saine » (Nova Scotia Health Authority, s. d.-a). Le ministre de la Santé et du Mieux-être est responsable de l'élaboration des politiques, des normes de qualité en matière de santé et du suivi du système de santé. En collaboration avec les autorités de santé et d'autres partenaires, le ministre doit « définir l'orientation stratégique du système de santé en établissant un plan de santé provincial pluriannuel » et créer un cadre de reddition de comptes pour s'assurer que les objectifs du plan de santé sont atteints (Health Authorities Act, 2014). Le ministère de la Santé et du Mieux-être est le principal bailleur de fonds des services de santé publique assurés et des programmes et services de santé publique en Nouvelle-Écosse. Cependant, l'administration du *Medical Services Insurance Program* (Programme d'assurance des services médicaux) est sous-traitée à la Croix Bleue Medavie, une compagnie d'assurance maladie sans but lucratif (Fierlbeck, 2018).

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a fait l'objet d'une restructuration en 2016 afin de l'harmoniser avec la structure organisationnelle de Santé Nouvelle-Écosse (SNE) (Fierlbeck, 2018), et il a fait de nouveau l'objet d'une restructuration en 2021. Le ministère de la Santé et du Mieux-être compte présentement neuf directions, dont la Direction de la santé publique et le Bureau du MHC, qui partagent

la responsabilité de définir l'orientation stratégique et d'assurer la direction en matière de promotion et de protection de la santé dans l'ensemble de la province (Treasury Board, 2017). La Direction de la santé publique et le Bureau du MHC ont adopté un modèle de leadership conjoint impliquant un partage des responsabilités entre le MHC et le directeur général-Santé publique. Les médecins-hygiéniste (MH) à l'échelle de la province et des régions relèvent du MHC adjoint. Trois équipes relèvent du directeur général par l'intermédiaire d'un responsable exécutif de la santé publique : Protection de la santé, Promotion de la santé et Surveillance de la santé. D'après notre recherche, certaines activités de surveillance de la santé publique ne sont pas systématiquement publiées ni disponibles à un niveau désagrégé géographiquement ou par d'autres types de facteurs.

2.1.2 BUREAU DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE EN CHEF

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (MHC) est dirigé par le MHC. Ce dernier relève du sous-ministre de la Santé et du Mieux-être et supervise le MHC adjoint et les MH de la province. En Nouvelle-Écosse, le rôle du MHC correspond à la typologie des « cadres loyaux », caractérisée par les responsabilités de gestion d'un haut fonctionnaire, mais sans l'autorité légale de communiquer publiquement (Fafard *et al.*, 2018). En vertu de la *Health Protection Act (HPA; Loi sur la protection de la santé)*, le MHC a la responsabilité des enquêtes épidémiologiques, de l'élaboration d'un « plan de surveillance des maladies et affections à déclaration obligatoire », de la création d'un plan de communication publique et de la lutte contre les maladies à transmission vectorielle (Nova Scotia Health, 2005). Le MHC est aussi responsable de déterminer quand la province doit déclarer une urgence sanitaire, bien que ce soit le ministre qui doive en faire l'annonce. Après une telle déclaration, le MHC peut mettre en œuvre diverses mesures correctives comme la vaccination de masse, la fermeture d'espaces publics et les évacuations massives, entre autres choses. Une urgence sanitaire se termine lorsque le ministre en fait la déclaration, sur l'avis du MHC. Le MHC peut aussi déléguer son autorité au MH adjoint, aux MH ou aux infirmières et infirmiers ainsi qu'aux inspecteurs et inspectrices de santé publique (ISP) (Nova Scotia Health, 2005).

2.1.3 DEPARTMENT OF ENVIRONMENT AND CLIMATE CHANGE (MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT ET DU CHANGEMENT CLIMATIQUE)

Le Department of Environment and Climate Change (Ministère de l'Environnement et du Changement climatique) ainsi que la Inspection, Compliance, and Enforcement Division (Division de l'inspection, de la conformité et de l'application) supervisent la *HPA* et les autres lois touchant la protection de l'environnement et de la santé, et veillent à leur application (p. ex., *Smoke-free Places Act [Loi sur les endroits sans fumée]*, *Tobacco Access Act [Loi sur l'accès au tabac]*, *Tanning Beds Act [Loi sur les lits de bronzage]*, *Snow Sport Helmet Act [Loi sur le port du casque pour les sports de neige]*, *Safe Body Art Act [Loi sur la sécurité de l'art corporel]*) (Finance and Treasury Board, 2017b). Par le biais d'inspections réalisées par des ISP, d'audits, d'enquêtes, d'activités de sensibilisation auprès du public et d'autres fonctions administratives, le Department of Environment and Climate Change collabore avec le ministère de la Santé et du Mieux-être et les MH pour prévenir d'éventuels risques pour la santé publique et la sécurité des aliments, et intervenir en cas de besoin (Finance and Treasury Board, 2017b; Government of Nova Scotia, 2017). Ce ministère est dirigé par un ministre et un sous-ministre de l'Environnement et du Changement climatique, et par un directeur exécutif qui supervise trois directeurs régionaux (centre, est et ouest), qui eux-mêmes supervisent les gestionnaires de 10 districts (Government of Nova Scotia, 2021). Le Department of Environment and Climate Change collabore avec le ministère de la Santé et du Mieux-être pour s'acquitter de ces fonctions.

2.1.4 SANTÉ NOUVELLE-ÉCOSSE ET LE IZAAK WALTON KILLAM HEALTH CENTRE

Santé Nouvelle-Écosse (SNE) et l'Izaak Walton Killam (IWK) Health Centre (Centre de santé Izaak Walton Killam) ont la responsabilité de la planification et de la prestation des soins de santé et des services de santé publique à l'échelle de la province et des régions. Après la réforme de 2015, qui a donné lieu à la création de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (maintenant devenue Santé Nouvelle-Écosse), l'autorité administrative en matière de services de santé publique est passée du ministère de la Santé à SNE (Fierlbeck, 2018). SNE est responsable d'un vaste éventail de services en Nouvelle-Écosse, notamment « des soins intensifs et tertiaires, de la santé mentale et des dépendances, des soins de santé primaires, de l'amélioration de la qualité du système de santé et de certains services fournis par les médecins » (Fierlbeck, 2018). SNE a également hérité de la responsabilité de la gestion de l'amélioration de la qualité et du rendement des services qu'elle offre (Fierlbeck, 2018). L'IWK Health Centre à Halifax, qui existait avant les récentes réformes, est une régie de la santé axée sur la prestation de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires pour les femmes, les enfants et les jeunes dans les Maritimes (IWK Health Centre, 2016a). En matière de santé publique, l'IWK Health Centre supervise actuellement certains programmes provinciaux, comme le *Nova Scotia Breast Screening Program* (Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse) et le *Reproductive Care Program of Nova Scotia* (Programme de soins reproductifs de la Nouvelle-Écosse) (Fierlbeck, 2018; Nova Scotia Breast Screening Program, 2017).

SNE et l'IWK Health Centre sont dirigés par un président et un président-directeur général qui relève d'un conseil d'administration. Le conseil de SNE est nommé par le ministre de la Santé et du Mieux-être, tandis que le conseil d'administration de l'IWK Health Centre « assure lui-même sa relève » (Fierlbeck, 2018). Selon les règlements de l'IWK Health Centre, le conseil d'administration est composé de douze membres élus par les responsables du centre (représentant les communautés de toutes les Maritimes); deux des administrateurs sont nommés par le ministre, et un par le conseil de la fondation de l'IWK Health Centre; s'y ajoute le doyen de la faculté de médecine de l'Université Dalhousie, de même que des « administrateurs nommés d'office, sans droit de vote au conseil » (IWK Health Centre, 2016b). L'équipe de direction de SNE comprend plusieurs vice-présidents qui relèvent du président-directeur général et sont collectivement responsables de la planification stratégique, de la surveillance et de l'évaluation, du budget et du « développement de réseaux pour l'intégration de la santé et du mieux-être à l'échelle provinciale » (Fierlbeck, 2018). Le vice-président Health Services (Services de santé) supervise le programme de santé publique de SNE, administré par le directeur principal de la santé publique (Public Health Physicians of Canada, 2019).

Le vice-président du *Integrated Health Services Program, Primary Healthcare and Population Health* (Programme de services de santé intégrés, soins primaires et santé de la population) de SNE est responsable des services de santé financés par la province pour les Autochtones (Fierlbeck, 2018). Il n'existe toutefois pas de régie de la santé unique pour coordonner les services de santé publique pour les Autochtones, et ils sont fournis par un réseau d'acteurs fragmenté dans lequel on observe des chevauchements (Fierlbeck, 2018). La création de Mi'kmaw Health & Wellness, une régie de la santé micmaque, s'inscrit dans une vision à long terme de la santé et du mieux-être des populations autochtones. Cette régie de la santé n'a toutefois pas pris en charge la prestation des services de santé par Services aux Autochtones Canada (Ulnooweg, s. d.).

2.2 À l'échelle régionale

2.2.1 ZONES DE GESTION DE SNE

SNE exerce son autorité dans quatre zones de gestion qui régissent les soins de santé et les services de santé publique à l'échelle régionale : (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-c; Nova Scotia Health Authority, s. d.-b) : 1) Zone Ouest — Annapolis Valley, côte sud et sud-ouest de la Nouvelle-Écosse; 2) Zone Nord — Régions de Colchester-East Hants, de Cumberland et de Pictou; 3) Zone Est — Régions du Cap-Breton, de Guysborough et d'Antigonish; 4) Zone centrale — Halifax, Eastern Shore et West Hants.

Chaque zone est dirigée par un vice-président responsable des opérations et un directeur de la santé publique (Fierlbeck, 2018; Public Health Physicians of Canada, 2019). Il y a aussi un MH régional dans chaque zone. Des directeurs généraux sont « responsables de l'intégration et de la coordination des soins et des services au sein des zones et entre elles » (Fierlbeck, 2018), et ils doivent veiller à ce que les services de santé répondent aux normes provinciales.

2.2.2 MÉDECINS-HYGIÉNISTES

Les médecins-hygiénistes (MH) sont des spécialistes de la santé publique et de la médecine préventive à l'emploi du ministère de la Santé et du Mieux-être (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-c). Ils relèvent du MHC et du MHC adjoint et font partie de l'équipe de direction du programme de santé publique de SNE; ils supervisent les activités de santé publique au sein de leur zone de gestion respective.

Les MH assument diverses responsabilités incluant l'évaluation des risques sanitaires et la réalisation des enquêtes sur les dangers pour la santé, ainsi que l'adoption de « mesures raisonnables pour protéger la santé publique » en informant de manière appropriée le ministre ou le sous-ministre (Nova Scotia Health, 2005). Conformément à la *HPA*, un MH peut avoir accès à des informations sur la santé publique provenant de nombreuses sources, notamment « des autres ministères, des autres paliers de gouvernement, des organisations non gouvernementales, des hôpitaux et de la Société canadienne du sang » (Nova Scotia Health, 2005). La *HPA* fournit le cadre juridique qui garantit la confidentialité de ces informations, mais les MH ont l'autorisation légale de divulguer des informations personnelles « en dernier recours » pour prévenir la propagation de maladies transmissibles (*Health Protection Act*, article 14.3). Une évaluation de SNE datant de 2017 a révélé que les modèles de co-leadership naissants mettaient l'accent sur la collaboration entre les médecins et l'administration. Cependant, les rôles des MH n'étaient pas clarifiés ou représentés dans la documentation officielle dans certaines zones (Accreditation Canada, 2017).

Toujours en vertu de la *HPA*, les MH peuvent déléguer leur autorité aux infirmières et infirmiers de santé publique et aux ISP dans certaines circonstances (p. ex., pour enquêter sur les menaces potentielles pour la santé publique et pour faire appliquer les règlements) (*Health Protection Act*, 2004). Les maladies et les affections à déclaration obligatoire doivent être signalées à un MH par les médecins, les infirmières et infirmiers, les techniciens de laboratoire, le personnel des établissements d'enseignement et la Société canadienne du sang avant que le MH prenne d'autres mesures, comme le prévoit le *Nova Scotia Communicable Disease Manual* (Manuel des maladies transmissibles de la Nouvelle-Écosse).

2.3 À l'échelle locale

2.3.1 PUBLIC HEALTH OFFICES (BUREAUX DE SANTÉ PUBLIQUE)

Au total, 31 Public Health Offices (bureaux de santé publique) offrent des services dans les quatre zones de gestion (Nova Scotia Health Authority, s. d.-c). Les professionnels de la santé publique relèvent du directeur de la santé publique de leur zone respective (Public Health Physicians of Canada, 2019). Il existe peu de données publiques sur la structure organisationnelle des bureaux locaux de santé publique, sur la composition de leurs effectifs et sur les caractéristiques des services offerts.

2.3.2 CONSEILS COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ

Il existe 37 Community Health Boards (CHB; conseils communautaires de santé) dans la province pour conseiller SNE sur les perspectives, les besoins et les priorités à l'échelle locale et formuler des rétroactions sur les propositions de SNE (Fierlbeck, 2018). Les principales fonctions des CHB comprennent l'engagement du public et l'élaboration de plans triennaux en santé communautaire définissant les priorités en matière de promotion de la santé au sein de leur territoire de compétence respectif, ainsi qu'un cadre pour les aborder (Nova Scotia Health Authority, 2019a). Ces plans sont destinés à être intégrés aux plans d'activités de SNE en matière de services de santé conformément à la *Health Authorities Act (Loi sur les autorités sanitaires)* de 2014. Les CHB sont dirigés par un président et se composent de 15 membres bénévoles qui demeurent à l'intérieur des territoires de compétence définis pour chaque CHB et sont nommés par un délégué du ministre de la Santé et du Mieux-être (Health Authorities Act, 2014).

2.4 Intégration, coordination intersectorielle et partenariat intergouvernemental

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

2.4.1 MÉCANISMES GOUVERNEMENTAUX

Les services de santé publique, les soins primaires, les soins de courte durée et tertiaires, les services de traitement de la santé mentale et des dépendances relèvent de SNE, qui s'efforce de promouvoir l'harmonisation entre les services préventifs et curatifs (Fierlbeck, 2018). La coordination des services de santé publique au sein des zones de gestion et entre elles peut être facilitée par le fait que chaque zone de gestion dispose de vice-présidents et de directeurs de santé publique qui relèvent des membres séniors de l'équipe de direction des programmes et de l'administration de SNE (Fierlbeck, 2018). Le vice-président responsable de Health Services joue un rôle prépondérant dans l'intégration verticale des services de santé publique dans la province. Cette structure de leadership vise à s'assurer que les services répondent aux normes provinciales et à réduire les écarts de qualité des services entre les régions (Fierlbeck, 2018). Le Public Health Steering Committee (Comité directeur de santé publique) est un mécanisme qui permet de promouvoir la coordination des services de santé publique à l'échelle de la province et sert à réunir les acteurs de la santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être, du Department of Environment and Climate Change et de SNE. Malgré les efforts déployés pour

coordonner les services de santé publique à travers la province, il existe peu d'informations accessibles au public décrivant ou évaluant certaines collaborations en matière de soins contre le cancer avec NSH (par exemple, la vaccination contre le VPH). De plus, un Social Deputies Committee (Comité de députés des secteurs sociaux) semble rassembler les acteurs de plusieurs ministères provinciaux afin d'aborder les déterminants sociaux de la santé (Department of Health and Wellness, 2019; Treasury Board, 2017). Toutefois, il manque de détails quant aux membres, aux activités et aux instances de ce comité.

2.4.2 SYSTÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE DES PREMIÈRES NATIONS

Le Tui'kn Partnership (Partenariat Tui'kn) est un exemple de collaboration intersectorielle visant à promouvoir la santé de la population et l'évaluation de la santé de la population au sein des communautés micmaques (Tui'kn Partnership, s. d.-a). Le Tui'kn Partnership réunit cinq communautés de la Nation Micmac qui partagent des frontières géographiques dans ce qui s'appelle aujourd'hui le Cap-Breton. En collaboration avec le ministère de la Santé et du Mieux-être, Santé Canada, l'Université Dalhousie et Croix Bleue Medavie, le Tui'kn Partnership a créé le *Unama'ki Client Registry* (Registre client d'Unama'ki) (The First Nations Information Governance Centre, 2014; Tui'kn Partnership, s. d.-b). Ce système d'information permet de relier les données démographiques des communautés d'Unama'ki aux bases de données sanitaires provinciales et de les partager avec les partenaires, tout en veillant à ce que les communautés d'Unama'ki conservent la propriété et le contrôle de l'accès et de l'utilisation de leurs données (The First Nations Information Governance Centre, 2014; Tui'kn Partnership, s. d.-b). Guidé par une vision commune, le Tui'kn Partnership dirige également des initiatives intersectorielles visant à améliorer les soins de santé primaires et de santé mentale, ainsi que des interventions sur la santé de la population pour promouvoir la santé buccodentaire. Au cours de la dernière décennie, cette initiative a pris de l'ampleur et comprend maintenant les 13 communautés micmaques de la Nouvelle-Écosse, et prévoit des protocoles définis de gouvernance des données et de partage de l'information. Désormais connue sous le nom de registre *Mi'kmaw Client Linkage*, cette source de données constitue la base des rapports sur les indicateurs de santé de la population préparés en collaboration avec les responsables de la santé des Micmacs, le ministère de la Santé et du Mieux-être, SNE et l'IWK Health Centre.

2.4.3 COLLABORATION LOCALE ET INTERSECTORIELLE

Le *Nova Scotia Public Health Partnership Protocol* (Protocole de partenariat en santé publique de la Nouvelle-Écosse) décrit comment créer des partenariats et des collaborations avec les acteurs du « secteur bénévole et communautaire, des organisations non gouvernementales, des associations locales, des groupes communautaires, des réseaux, des coalitions, des universités, des [autres] ministères, du secteur privé, des CHB et autres » (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-a). Cela comprend les efforts « d'appréciation, de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des programmes et services » (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-a).

Les ISP évaluent les risques sanitaires et interviennent en cas de besoin. L'efficacité de leurs interventions dépend de la collaboration entre plusieurs ministères. Cela conduit à un potentiel de chevauchement des responsabilités et d'inaction lorsque la source d'un danger pour la santé n'est pas bien définie (Fierlbeck, 2018). Ce manque de définition claire des responsabilités est partiellement abordé (mais pas complètement) dans le paragraphe 25.2 de la *HPA*, qui stipule qu'un ISP se voit accorder le « même pouvoir qu'un médecin-hygieniste en vertu du paragraphe (1) s'il ou elle estime que, pendant la période nécessaire à un médecin-hygieniste pour prendre des mesures, un risque sanitaire peut survenir ou un risque sanitaire existant peut s'aggraver » (Health Protection Act, 2004). En outre, la récente consolidation des rôles en matière de santé environnementale, notamment ceux des ISP, au sein d'un seul ministère (Environnement) pourrait contribuer à résoudre ce problème de chevauchement des responsabilités.

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 sont fondamentales pour déterminer si les systèmes produisent les résultats escomptés et favorisent l'amélioration continue des programmes et des services (World Health Organization, 2015).

3.1 Cadre juridique et politique en santé publique

3.1.1 **HEALTH PROTECTION ACT (LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ)**

La loi centrale encadrant la santé publique en Nouvelle-Écosse est la *Act to Provide for the Protection of Public Health (Loi visant à assurer la protection de la santé publique)*, communément appelée la *Health Protection Act* (HPA; 2004). La Loi comporte trois parties. La première décrit les rôles, les responsabilités et les pouvoirs des acteurs clés (p. ex., le ministre, le MHC et les MH) en matière de prévention, d'identification et de gestion des risques pour la santé et des maladies (p. ex., les maladies à déclaration obligatoire) (Health Protection Act, 2004). La deuxième partie se concentre sur la salubrité des aliments et décrit les rôles et les responsabilités des acteurs de la santé publique ainsi que ceux des producteurs d'aliments, des détaillants et des restaurants autour, par exemple, de la classification et de l'octroi de permis aux établissements alimentaires et des inspections et du contrôle de la contamination (Health Protection Act, 2004). La troisième partie présente les règlements et les amendements apportés aux législations de soutien (p. ex., la *Health Authorities Act*, la *Municipal Government Act*, la *Dairy Industry Act* et la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*) (Health Protection Act, 2004). La HPA met l'accent sur l'équilibre entre les droits individuels et l'intérêt public (Nova Scotia Health, 2005). Elle fournit le cadre juridique permettant au gouvernement d'imposer des restrictions aux droits et libertés privés des Néo-Écossais dans des circonstances où des restrictions sont raisonnablement nécessaires, comme un risque pour la santé, une maladie ou une affection à déclaration obligatoire, une maladie transmissible ou une urgence de santé publique.

3.1.2 **NORMES DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE**

Les Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse (NSPNE) 2011-2016 établissent les attentes en matière de santé publique au niveau provincial et pour les régies de la santé (Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, 2011b). La version la plus récente des NSPNE est le document 2011-2016 qui se trouve sur le site Web du gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Ce document s'inspire de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* et met l'accent sur les cinq principaux objectifs suivants : développer des politiques publiques favorables à la santé, créer des environnements favorables, renforcer l'action communautaire, perfectionner les compétences individuelles et réorienter les services de santé. Les NSPNE contiennent quatre normes interconnectées et dix protocoles qui énoncent les résultats sociaux et de santé publique, ainsi que les exigences générales que les initiatives de santé publique doivent respecter. Les normes ont préséance sur les protocoles. Contrairement aux documents de certaines autres provinces sur les normes et les protocoles, les NSPNE n'énumèrent pas de cibles particulières ou quantifiables à atteindre, mais elles présentent des buts et des objectifs généraux.

Les NSPNE visent à repérer, à mobiliser et à soutenir les populations prioritaires, ainsi qu'à adapter « les programmes et les services pour répondre aux besoins de santé de la population, y compris ceux de ces populations prioritaires » (Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, 2011b). Les

NSPNE ne précisent pas quels groupes sont inclus dans les populations prioritaires, elles laissent plutôt une souplesse aux décideurs politiques pour qu'ils les déterminent dans des contextes précis. Toutefois, lorsqu'il est question des objectifs de réduction des inégalités de santé, le document met en évidence les communautés et les organisations suivantes à titre d'éventuels collaborateurs ou de groupes cibles : les Premières Nations, les Afro-Néo-Écossais, les immigrants, les personnes handicapées, les groupes de lutte contre la pauvreté, les groupes confessionnels, les groupes de femmes, la communauté LGBT, les enfants en bas âge et les jeunes, les nourrissons, et les mères.

3.2 Gestion et évaluation du rendement

En 2015, le ministère de la Santé et du Mieux-être a publié son premier *Population Health Profile* (Profil de la santé de la population), qui présente un rapport descriptif de la santé et de l'état de santé de la population (Nova Scotia Health Authority, 2015); toutefois, aucune mise à jour n'a été publiée depuis. Les indicateurs ont été organisés en trois sections (*Qui sommes-nous?*, *Quel est notre état de santé?* et *Quels facteurs ont une incidence sur notre santé?*) et, lorsque possible, ventilés selon l'âge, le genre, le revenu, l'éducation, la localisation. Les indicateurs offrent une vue d'ensemble de haut niveau des données descriptives collectées par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Cependant, les inégalités et les iniquités en matière de santé entre les communautés marginalisées et les zones géographiques (p. ex., urbain versus rural) ne sont pas publiées de façon régulière (Accreditation Canada, 2017). SNE doit également surveiller et évaluer la qualité et le rendement des programmes et des politiques de santé. Ainsi, c'est SNE qui est responsable du suivi, des correctifs, de la qualité et de l'amélioration de ses programmes, ce qui peut poser certains problèmes de transparence et de reddition de comptes (Fierlbeck, 2018).

Tableau 1 Indicateurs du *Population Health Profile* de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Health Authority, 2015)

Qui sommes-nous?	Quel est notre état de santé?	Quels facteurs ont une incidence sur notre santé?
Citoyenneté	Arthrite	Allaitement maternel exclusif
Immigration	Autodéclaration de l'état de santé	Consommation de fruits et légumes
Minorités visibles	Autodéclaration de l'état de santé mentale	Consommation abusive d'alcool
Identité autochtone	Maladie cardiaque	Sentiment d'appartenance
Croissance de la population	Maladies respiratoires	Tabagisme
Familles monoparentales	Stress quotidien	Autodéclaration d'activité physique
Naissances	Décès dus à une blessure	Abordabilité du logement
Taux de natalité	Hypertension	
Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie ajustée en fonction de la santé à la naissance	
Décès	Faible poids à la naissance	
Taux de chômage	Mortalité infantile	
Faible revenu	Embonpoint ou obésité	
Niveau de scolarité	Prévalence du diabète	
	Incidence du cancer	
	Mortalité par cancer	
	Hépatite C	

La Nouvelle-Écosse propose des rapports de surveillance supplémentaires sur son site Web (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-b). Il s'agit notamment du *Annual Notifiable Disease Surveillance Report (Rapport annuel de surveillance des maladies à déclaration obligatoire)* (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2018); du *Annual Influenza Surveillance Report (Rapport annuel de surveillance de l'influenza)* (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2020a); du *Respiratory Watch Report (Rapport de surveillance des maladies respiratoires [toutes les trois semaines])* (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2020b), du *School Based Immunization Coverage in Nova Scotia (Rapport sur la couverture vaccinale en milieu scolaire en Nouvelle-Écosse [annuel])* (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2017) et du *Surveillance Report on HIV/AIDS in Nova Scotia (1983-2011) (Rapport de surveillance du VIH/SIDA en Nouvelle-Écosse)* (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2011c). SNE a en outre publié une série de rapports comprenant des mesures et des indicateurs de rendement sur son site Web. Par exemple, le *2017 Accreditation Report (Rapport d'agrément de 2017)* passe en revue les services de santé publique; le *Healthier Together: 2017-2018 Priorities Status Report (Plus en santé ensemble : Rapport 2017-2018 sur l'état de situation sur les priorités)* offre un aperçu des indicateurs de rendement du système de santé (indicateurs de rendement qui ne sont pas exclusifs à la santé publique), et d'autres rapports sont axés sur le cancer et la couverture vaccinale (Nova Scotia Health Authority, 2020b).

De plus, les articles 6 et 8 de la *Health Authorities Act (Loi sur les régies de la santé)* stipulent que le ministère de la Santé et du Mieux-être doit veiller à ce que les régies de la santé élaborent et mettent en œuvre des plans d'activités des services de santé qui comprennent des indicateurs de rendement liés à la gestion financière, et qu'il en fasse rapport (Health Authorities Act, 2014; Nova Scotia Health Authority, 2018). Ces mesures de performance n'ont toutefois pas été mises à jour depuis 2017 (Nova Scotia Health Authority, 2020c).

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).

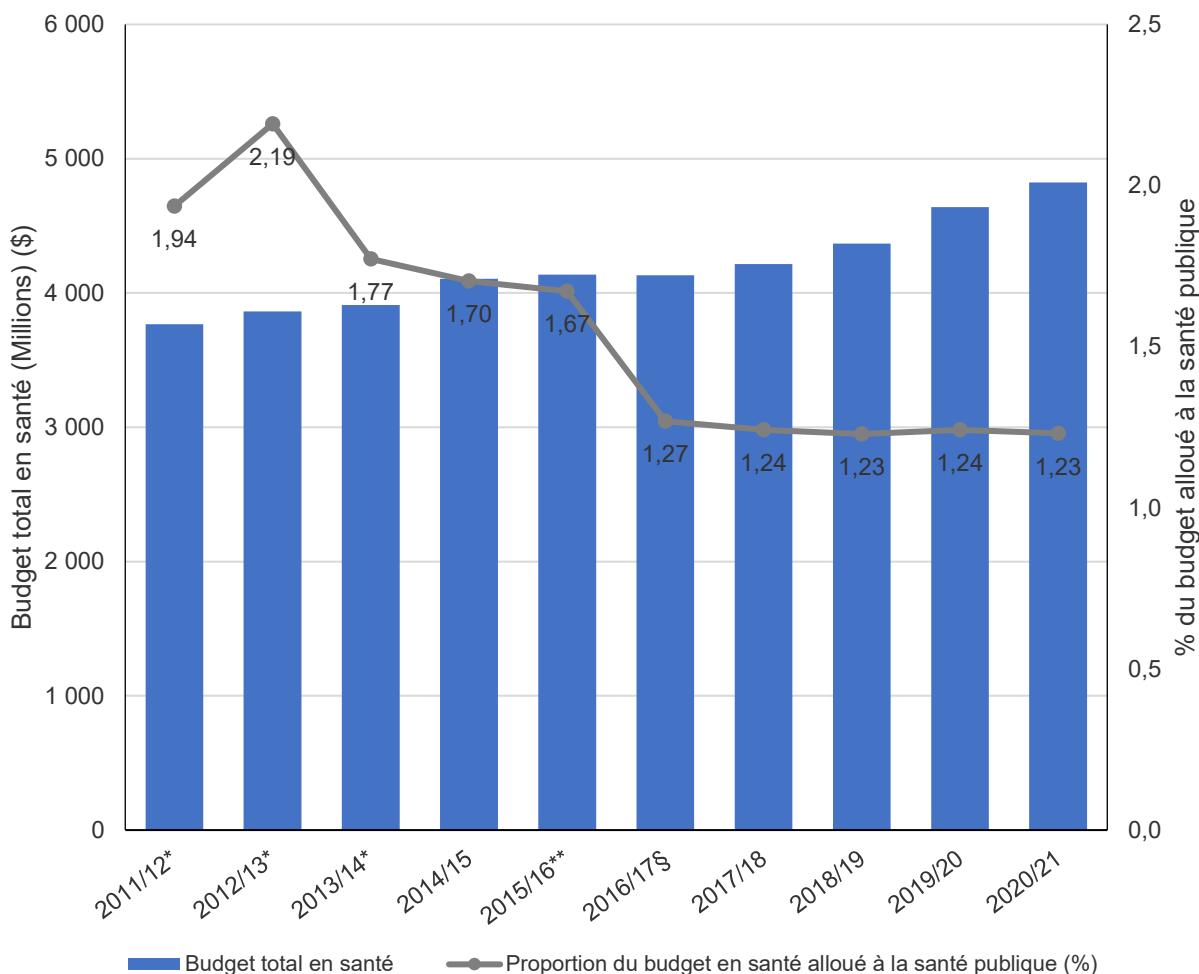
4.1 Dépenses de la province en santé publique

Le gouvernement provincial est le principal bailleur de fonds pour les services de santé publique. Les données sur les dépenses provinciales en matière de santé publique figurent dans le budget provincial, dans les prévisions budgétaires et dans les rapports détaillés complémentaires pour les exercices 2011-2012 à 2020-2021. L'IWK Health Centre et SNE reçoivent des subventions de fonctionnement et d'investissement du ministère de la Santé et du Mieux-être pour soutenir les services de santé publique et de soins de santé (IWK Health Centre, 2020; Nova Scotia Health Authority, 2020a). Par une combinaison de paiements cliniques alternatifs et de rémunération à l'acte, les médecins sont payés directement par le ministère de la Santé et du Mieux-être pour les services de santé préventifs et les soins de santé aigus.

Dans le cadre du budget provincial 2020-2021, on estime que les services et programmes de santé publique représentent 1,23 % (59,4 millions de dollars) du budget global (4,8 milliards de dollars) du ministère de la Santé et du Mieux-être (figure 2). Si le montant absolu (non corrigé en fonction de l'inflation) des fonds alloués à la santé publique a augmenté depuis le budget 2016-2017, la proportion des dépenses totales du système de santé est restée relativement stable (figure 2). Des proportions plus élevées, entre 1,7 % et 2,2 %, du budget du ministère de la Santé et du Mieux-être semblent avoir été investies dans la santé publique entre 2011 et 2016 (figure 2). Ces augmentations pourraient toutefois être, du moins en partie, influencées par l'inclusion des dépenses du *Active Living Program* (Programme vie active) (qui pourraient avoir été transférées au Department of Communities, Culture, and Heritage [ministère des Communautés, de la Culture et du Patrimoine] en 2017-2018) et du Programme de dépistage du cancer du sein, qui faisaient auparavant l'objet d'un poste budgétaire distinct pour les programmes provinciaux.

Figure 2

Budget prévisionnel des dépenses de fonctionnement du ministère de la Santé et du Mieux-être, exercices 2011-2012 à 2020-2021 (\$ CA, non corrigé en fonction de l'inflation) (Finance and Treasury Board, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2018, 2019, 2020)



Remarques : L'estimation des dépenses totales du ministère de la Santé et du Mieux-être comprend les dépenses pour l'administration générale, l'orientation stratégique et la reddition de comptes, la prestation de services et les soutiens, les transferts des régies de la santé, ainsi que les subventions d'immobilisations et les dépenses d'amortissement des soins de santé.

* L'administration et les postes budgétaires pour le *Active Living Program* sont présentés sous « *Physical Activity, Sport and Recreation* » (Activité physique, sport et loisir) dans le budget; le *Active Living Program* comprend des programmes et des services qui font la promotion de l'activité physique, du sport et des loisirs dans le but d'améliorer les répercussions sur la santé et la qualité de vie (Finance and Treasury Board, 2015); le budget pour les régies de la santé des districts est présenté dans le cadre de SNE.

** Le budget du *Active Living Program* a été transféré au Department of Communities, Culture, and Heritage en 2016.

§ Le poste budgétaire pour la promotion de la santé au sein du *System Strategy and Performance Program* (Programme stratégie et rendement du système) réfère au poste « *Risk Management — Health Promotion* » (Gestion des risques – Promotion de la santé); la réduction des dépenses du MHC est probablement attribuable aux activités de restructuration qui ont réduit le nombre d'employés équivalent temps complet de 65,7 (2015-2016) à 16,4 (2016-2017).

Des prévisions de dépenses comparables ont été rapportées dans une étude récente examinant les dépenses de santé publique en Nouvelle-Écosse depuis la création de SNE, une régie de la santé unique (Caldwell *et al.*, 2021). Leur analyse des budgets des exercices 2015-2016 à 2019-2020 du ministère de la Santé et du Mieux-être a révélé que le financement annuel alloué au soutien de la santé publique était constamment inférieur à 1 %. De plus, l'analyse des données de 1975 à 2018 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a révélé que les dépenses de santé publique ont augmenté moins que les dépenses dans d'autres secteurs en Nouvelle-Écosse, contrairement à la plupart des autres provinces où la croissance réelle des dépenses de santé publique a dépassé les dépenses dans d'autres secteurs au cours des dernières années (Ammi *et al.*, 2021).

Le montant des fonds consacrés à la santé publique est largement déterminé en fonction des modèles de dépenses des exercices précédents. Toutefois, en 2005, un groupe de parties prenantes du gouvernement provincial, de directeurs de la santé publique des régies de la santé et d'autres professionnels de la santé publique a été créé pour élaborer une nouvelle méthode d'allocation des ressources en santé publique en Nouvelle-Écosse (Christian *et al.*, 2006). Le groupe de travail a élaboré une formule qui alloue 70 % du «nouveau financement» aux régies de la santé des districts. Le montant total alloué aux régies de la santé de districts particuliers a été déterminé en fonction des facteurs suivants : le coût de la prestation du programme (financement de base); la taille de la population (financement basé sur la population), ainsi que la densité de la population, la proportion de résidents sans études secondaires, le revenu médian des ménages et l'autoévaluation de la santé (comme moyen de mettre en œuvre le financement en fonction des besoins) dans la juridiction (Christian *et al.*, 2006). Cette formule a fait l'objet d'un projet pilote pour les cycles budgétaires 2006-2007 et 2007-2008, mais rien ne prouve qu'elle ait été adoptée après ce projet pilote ni qu'elle ait été évaluée par rapport à l'approche précédente.

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

Dans le système de santé, ce sont les régies de la santé, les services des médecins et les soins longue durée qui bénéficient du plus important financement (Finance and Treasury Board, 2020). Environ 1,9 % (40,8 millions de dollars) des paiements de transfert du ministère de la Santé et du Mieux-être à SNE et au IWK Health Centre (dépenses totales : 2,1 milliards de dollars) a été alloué aux services de santé publique en 2020-2021 (Finance and Treasury Board, 2020). Cette part est restée relativement constante depuis l'exercice 2011-2012. L'IWK Health Centre ne dispose pas d'un poste budgétaire consacré à la santé publique, mais il a été inclus dans le chiffre des dépenses totales de la régie de la santé en raison de son rôle clé dans les soins de santé pour les mères, les nourrissons et les enfants, et de son leadership dans le Programme de dépistage du cancer en Nouvelle-Écosse (Fierlbeck, 2018; Nova Scotia Breast Screening Program, 2017). Si l'on exclut l'IWK Health Centre de cette proportion, environ 2,2 % du paiement de transfert de SNE est alloué à la santé publique (en 2020-2021) (Finance and Treasury Board, 2020).

Les dépenses liées à la santé publique se retrouvent également dans les budgets du Department of Communities, Culture, and Heritage, du Department of Education and Early Childhood Development (ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance) et du Department of Environment and Climate Change. Le budget 2020-2021 du Department of Communities, Culture, and Heritage pour le *Communities, Sport, and Recreation Program* (Programme communautés, sport et loisirs) (dépenses totales : 27,9 millions de dollars) prévoit environ 4,3 millions de dollars pour les programmes visant à promouvoir l'activité physique (comme la *Provincial Let's Get Moving Strategy* [Stratégie provinciale soyons actifs]) (Finance and Treasury Board, 2020; Province of Nova Scotia, s. d.). Le budget 2020-2021 du Department of Environment and Climate Change prévoit 21,7 millions de dollars pour l'inspection, la conformité et la mise en application (51,2 % des dépenses totales du Ministère). Ces fonds servent à

soutenir les fonctions d'inspection et les activités de mise en application (p. ex., la sécurité des aliments, l'accès au tabac, l'hygiène des installations, l'approvisionnement en eau et l'assainissement), et certaines fonctions qui dépassent le cadre de la santé publique (p. ex., les agents de conservation du Department of Natural Resources [ministère des Ressources naturelles], etc.).

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 considèrent 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 Nouvelle-Écosse, ainsi que sur les tendances et les stratégies de recrutement et de maintien en poste.

5.1 Taille, composition, recrutement et maintien en poste

Le personnel de santé publique de la Nouvelle-Écosse est composé d'infirmières et d'infirmiers en santé publique, d'éducateurs en santé, d'hygiénistes dentaires, de nutritionnistes, de personnel de soutien, de MH, d'épidémiologistes, d'administrateurs et de gestionnaires travaillant à l'échelle de la province, des districts et des communautés (Nova Scotia Department of Health, s. d.). Les renseignements détaillés sur le nombre et le type de professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la santé publique ne sont pas disponibles. Chaque zone de gestion de SNE dispose d'un MH qui joue un rôle de consultant (Public Health Physicians of Canada, 2019). En 2019, sept spécialistes de la santé publique et de la médecine préventive travaillaient en Nouvelle-Écosse, soit l'équivalent d'environ un spécialiste par 100 000 habitants (Institut canadien d'information sur la santé, 2020b). Au 1^{er} avril 2021, le gouvernement cherchait à recruter un MH affecté à la surveillance, un MH affecté à la santé en milieu de travail et deux MH adjoints pour apporter un soutien aux MH régionaux.

SNE emploie 23 400 employés et 2 500 médecins et médecins résidents, mais on ne sait pas précisément combien travaillent en santé publique (Nova Scotia Health Authority, 2019b). Les données les plus récentes sur l'ensemble des ressources humaines de la santé publique en Nouvelle-Écosse sont celles contenues dans un rapport datant de 2006. À cette époque, 224 personnes travaillaient dans le domaine de la santé publique à l'échelle régionale : 168 infirmières et infirmiers en santé publique, 1 épidémiologiste, 13,5 nutritionnistes, 14 éducateurs en santé, 19,2 hygiénistes dentaires, 20 gestionnaires et 8,7 dans d'autres rôles (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2006). Une évaluation de NSH de 2017 a permis d'identifier plusieurs défis en matière de main-d'œuvre incluant : les postes vacants de personnel de santé publique dans les zones du centre et du nord et les postes vacants au sein du gouvernement, ce qui a affecté les relations avec les partenaires communautaires et la capacité de répondre à certains problèmes de santé publique (p. ex., les maladies infectieuses et les services environnementaux) (Accreditation Canada, 2017).

5.1.1 CAPACITÉ D'INTERVENTION DES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines de la santé publique ont fait l'objet d'un examen en 2006 et en 2012. Le rapport de 2006 sur la santé publique en Nouvelle-Écosse a mis en évidence les problèmes de ressources humaines dans le système de santé publique, notamment : un manque de transparence dans la gestion, la gouvernance, la définition des rôles et des responsabilités; une capacité d'intervention et de coordination inégales; une pénurie de ressources humaines en santé publique, notamment en ce qui a trait à la capacité d'intervention en période de pointe (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2006). La province manquait aussi d'épidémiologistes titulaires d'un doctorat au sein de l'effectif de santé publique (Fierlbeck, 2018). Parmi les stratégies proposées pour résoudre les problèmes repérés, mentionnons : l'établissement et la mise en œuvre d'une stratégie de perfectionnement des ressources humaines en santé publique, l'augmentation de la taille globale des

ressources humaines et du nombre de personnes ayant des compétences spécialisées, ainsi que la création de partenariats avec le secteur universitaire pour établir des programmes de formation et de stages (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-d, 2006). Le rapport de suivi de 2012, qui évalue les progrès réalisés depuis 2006, indique que le recrutement de MH a progressé (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-d). En outre, en 2015, la province signalait employer quatre épidémiologistes à temps plein (Fierlbeck, 2018; Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-d). Un examen de mi-parcours réalisé en 2012 indiquait également qu'un groupe de travail avait été créé afin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à remédier aux pénuries de ressources humaines, comme la création de réseaux avec les établissements d'enseignement et des campagnes de recrutement ciblées. Aucun rapport de suivi sur la capacité d'intervention de la main-d'œuvre en santé publique n'a été réalisé depuis 2012. Qui plus est, SNE a identifié la main-d'œuvre du système de santé comme une priorité du *Quality and Sustainability Plan 2019-2024* (Plan sur la qualité et la pérennité 2019-2024), mais sans parler des ressources humaines en santé publique en particulier (Nova Scotia Health Authority, 2019b).

5.1.2 POLITIQUE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES

Peu d'information a été publiée sur les normes professionnelles en santé publique et les systèmes d'accréditation et d'autorisation propres à la santé publique en Nouvelle-Écosse.

Le rapport de 2006 sur le renouvellement de la santé publique indiquait que, parmi tout le personnel équivalent temps complet employé à l'époque, les personnes ayant une formation de niveau supérieur étaient peu nombreuses en santé publique (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2006). Ainsi, la nécessité d'augmenter la taille globale de la main-d'œuvre et le nombre de personnes ayant des compétences spécialisées, notamment les épidémiologistes, les professionnels de la santé publique ayant fait des études de deuxième cycle (maîtrise en santé publique) et les directeurs des régies de la santé des districts, faisait partie des objectifs. Le rapport de suivi de 2012 a rappelé les défis liés au recrutement des ressources humaines en santé publique qui possèdent les aptitudes et les compétences uniques requises dans ce secteur (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-d). Les défis particuliers comprennent notamment la disponibilité limitée de nouveaux employés possédant les compétences requises pour diriger et faciliter la planification, la prestation et l'évaluation de programmes de santé publique fondés sur les besoins et les données probantes, la nécessité de maintenir en poste et de perfectionner les personnes ayant les compétences requises, les besoins particuliers en matière de capacité d'intervention, notamment les épidémiologistes et le personnel possédant une maîtrise en santé publique, ainsi que les IPS. L'objectif d'avoir des responsables officiels de la santé publique titulaires d'une maîtrise en santé publique n'avait pas été atteint lors de la publication du rapport de suivi de 2012 (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-d). Bien qu'aucun programme de maîtrise en santé publique ne soit offert en Nouvelle-Écosse, un programme de doctorat en santé a été créé en 2015 (Fierlbeck, 2018; Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-d), et l'Université Dalhousie offre des programmes d'études supérieures spécialisés en promotion de la santé, en santé communautaire et en épidémiologie.

Peu d'informations sont disponibles au sujet des exigences de formation des acteurs spécifiques de la santé publique. Le MHC et le MHC adjoint sont des médecins spécialistes de la santé publique et de la médecine préventive (Public Health Physicians of Canada, 2019) qui suivent une formation de troisième cycle dans un programme de spécialisation reconnu. Les MH à l'emploi du ministère de la Santé et du Mieux-être sont des spécialistes de la santé publique et de la médecine préventive (Nova Scotia Department of Health and Wellness, s. d.-c). Le rapport de 2006 sur le renouvellement de la santé publique indique que, bien que les infirmières et les infirmiers reçoivent une certaine formation préparatoire à la pratique de la santé publique, certains peuvent avoir besoin d'une importante formation

en cours d'emploi. Ce processus n'existe pas de façon officielle, ce qui représente un défi pour les petites organisations qui sont également responsables de la prestation des programmes (Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2006). Les ISP travaillant au sein du Department of Environment and Climate Change possèdent une formation postsecondaire en sciences et en santé publique, et sont certifiés par l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique (Government of Nova Scotia, 2018).

Références

- Accreditation Canada. (2017). *Accreditation report: Nova Scotia Health Authority*. http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/2017_nsha_accreditation_report.pdf
- Ammi, M., Arpin, E. et Allin, S. (2021). Interpreting forty-three-year trends of expenditures on public health in Canada: Long-run trends, temporal periods, and data differences. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.004>
- Caldwell, H. A. T., Scruton, S., Fierlbeck, K., Hajizadeh, M., Dave, S., Sim, S. M., et Kirk, S. F. L. (2021). Fare well to Nova Scotia? Public health investments remain chronically underfunded. *Canadian Journal of Public Health*, 112(2), 186–190. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00478-8>
- Christian, H., Amero, M., Bourque, L., Braunstein Moody, J., Fitzgerald, A., Gould, R., Strang, R., et Young, L. (2006). *Public Health Funding Approach: Report from the ad hoc Funding Task Team—Final Report*. Province of Nova Scotia. <https://novascotia.ca/dhw/publications/Public-Health-Education/FundingApproach.pdf>
- Department of Health and Wellness. (2019). *Blueprint for Mental Health and Addiction*. Province of Nova Scotia. <https://novascotia.ca/dhw/mental-health/reports/Blueprint-for-Mental-Health-and-Addiction.pdf>
- Fafard, P., McNena, B., Suszek, A., & Hoffmann, S. (2018). Contested roles of Canada's Chief Medical Officers of Health. *Canadian Journal of Public Health*, 109, 585-589. <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-018-0080-3>
- Fierlbeck, K. (2018). *Nova Scotia: A Health System Profile*. University of Toronto Press. https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2019/06/Open-Access_Fierlbeck_Nova-Scotia_5532-compressed.pdf
- Finance and Treasury Board. (2011). *Estimates and Supplementary Detail for the fiscal year 2011-2012*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/budget-archive/Budget-2011-Estimates-And-Supp-Detail.pdf>
- Finance and Treasury Board. (2012). *Estimates and Supplementary Detail for the fiscal year 2012-2013*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/budget-archive/Budget-2012-Estimates-And-Supplementary-Detail.pdf>
- Finance and Treasury Board. (2013). *Budget 2013-14: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/budget-archive/Budget-2013-Estimates-and-Supplementary-Detail.pdf>
- Finance and Treasury Board. (2014). *Budget 2014-15: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-803/estimates-and-supplementary-detail.pdf>
- Finance and Treasury Board. (2015). *Budget 2015-16: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-805/estimates-and-supplementary-detail.pdf>
- Finance and Treasury Board. (2016). *Budget 2016-17: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-810/estimates-and-supplementary-detail.pdf>

Finance and Treasury Board. (2017a). *Budget 2017-18: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-813/budget-2017-2018-estimates-and-supplementary-detail.pdf>

Finance and Treasury Board. (2017b). *Corporate Administrative Policy Manuals: Chapter 2: Organization and Responsibilities—Department of Environment*. Government of Nova Scotia. <https://novascotia.ca/treasuryboard/manuals/PDF/100/Environment.pdf>

Finance and Treasury Board. (2018). *Budget 2018-19: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-1292/budget-2018-19-estimates-and-supplementary-detail.pdf>

Finance and Treasury Board. (2019). *Budget 2019-20: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-1690/budget-2019-20-estimates-and-supplementary-detail.pdf>

Finance and Treasury Board. (2020). *Budget 2020-21: Estimates and Supplementary Detail*. Province of Nova Scotia. <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-2045/estimates-supplementary-detail-budget-2020-21-en.pdf>

Government of Nova Scotia. (s. d.). *Public Health*. <https://novascotia.ca/dhw/publichealth/>

Government of Nova Scotia. (2017). *Inspection, Compliance and Enforcement*. <https://novascotia.ca/nse/inspection-compliance-enforcement/>

Government of Nova Scotia. (2018). *Environmental Health—Inspection, Compliance and Enforcement*. <https://novascotia.ca/nse/environmental-health/>

Government of Nova Scotia. (2021). *Regional and District Office Locations*. <https://novascotia.ca/nse/dept/regional-office-locations.asp>

Health Association Nova Scotia. (2013). *Rural health and service delivery in Nova Scotia: A Profile and recommendations for discussion*. <https://www.healthassociation.ns.ca/res/base/documents/library/research%20and%20policy/health%20association%20nova%20scotia%20rural%20health%20and%20service%20delivery%20in%20nova%20scotia%20a%20profile%20and%20recomendations%20for%20discussion%20-%20september%202013.pdf>

Health Protection Act. (2004). https://nslegislature.ca/legc/bills/59th_1st/3rd_read/b026.htm

Health Authorities Act. (2014). https://nslegislature.ca/legc/bills/62nd_2nd/1st_read/b001.htm

Institut canadien d'information sur la santé. (2020a). *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. (2020b). *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada 2019 — tableaux de données*. [Main-d'œuvre de la santé | ICIS \(cihi.ca\)](https://www.cihi.ca/fr/main-doeuvre-de-la-sante)

IWK Health Centre. (2016a). *IWK Strategic Plan 2016-2020*. IWK Health Centre <http://www.iwk.nshealth.ca/sites/default/files/iwk-strategic-plan.pdf?m=1>

IWK Health Centre. (2016b). *Izaak Walton Killam Health Centre—Corporate Bylaws*. <https://www.iwk.nshealth.ca/sites/default/files/board-of-directors/IWK-Corporate-Bylaws-II.pdf>

IWK Health Centre. (2020). *Financial Statements—Izaak Walton Killam Health Centre*. IWK Health Centre
http://www.iwk.nshealth.ca/annualreport/2019-20/docs/IWK%20-202020%20Financial%20Statements_FINAL.pdf

Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. (2011b). *Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse*.
https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Public_Health_Standards_FR.pdf

Nova Scotia Breast Screening Program. (2017). *Nova Scotia Breast Screening Program Annual Report 2017 (2016 Data)*. Province of Nova Scotia
https://breastscreening.nshealth.ca/sites/default/files/sites/default/files/annual_report2017.pdf

Nova Scotia Department of Health. (s. d.). *Public Health Services: Who We Are, What We Do*.
<https://novascotia.ca/dhw/publications/Public-Health-Education/Public-Health-Services-Who-We-Are.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (s. d.-a). *Nova Scotia Public Health Partnership Protocol*. <https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/03-Partnership-Protocol.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (s. d.-b). *Population Health Assessment and Surveillance*. <https://novascotia.ca/dhw/populationhealth/>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (s. d.-c). *Public Health Regional Offices*.
<https://novascotia.ca/dhw/publichealth/cpho-contact-information.asp>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (s. d.-d). *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Mid-Course Review 2012*. <https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Renewal-of-Public-Health-Mid-Course-Review.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2006). *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*.
<https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Renewal-of-Public-Health-Report.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2011a). *Nova Scotia Public Health. Understanding Protocols*. <https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/01-Understanding-Protocol.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2011b). *Nova Scotia Public Health Standards 2011-2016*. https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Public_Health_Standards_EN.pdf

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2011c). *Surveillance Report on HIV/AIDS in Nova Scotia: 1983 TO 2011*. <https://novascotia.ca/dhw/populationhealth/documents/HIV-AIDS-Surveillance-Report.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2017). *School-Based Immunization Coverage in Nova Scotia: 2016-2017*. <https://novascotia.ca/dhw/populationhealth/documents/School-Based-Immunization-Coverage-Nova-Scotia-2016-2017.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2018). *Notifiable Diseases in Nova Scotia 2018 Surveillance Report*. <https://novascotia.ca/dhw/populationhealth/documents/Annual-Notifiable-Disease-Surveillance-Report-2018.pdf>

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2020a). *Nova Scotia Influenza Immunization Report. 2019-2020 Influenza Season*. Department of Health & Wellness.
https://novascotia.ca/dhw/populationhealth/documents/Influenza_Immunization_Report_2019-2020.pdf

Nova Scotia Department of Health and Wellness. (2020b). *Respiratory Watch Week 25-29 (June 14, 2020 to July 18, 2020)*. <https://novascotia.ca/dhw/cdpc/respiratory-watch/NSRespWatch2020-25.pdf>

Nova Scotia Health (2005). *A Guide to the Health Protection Act and Regulations*.
<https://novascotia.ca/dhw/cdpc/documents/Guide-to-the-Health-Protection-Act-and-Regulations.pdf>

Nova Scotia Health Authority (s. d.-a). *About Us: Nova Scotia Health Authority*.
<http://www.nshealth.ca/about-us>

Nova Scotia Health Authority. (s. d.-b). *NSHA Management Zones*.
<http://www.cdha.nshealth.ca/node/20735>

Nova Scotia Health Authority. (s. d.-c). *Public Health Offices: NSHA*. <http://www.nshealth.ca/public-health-offices>

Nova Scotia Health Authority. (2015). *Nova Scotia Health Profile 2015*.
<https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Population-Health-Profile-Nova-Scotia.pdf>

Nova Scotia Health Authority. (2017). *Physician Recruitment Strategy 2017-2018*.
http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/recruitment_strategy_2017-18.pdf

Nova Scotia Health Authority. (2018). *Nova Scotia Health Authority Business Plan 2018-19*. Nova Scotia Health Authority. <http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/nsha-business-plan-july2018.pdf>

Nova Scotia Health Authority. (2019a). *CHB Community Health Plans*. Community Health Boards.
<https://www.communityhealthboards.ns.ca/chb-health-plans>

Nova Scotia Health Authority. (2019b). *NSHA 2019-24 Quality and Sustainability Plan*.
http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/bp_ar_6.pdf

Nova Scotia Health Authority. (2020a). *Consolidated Financial Statements*. Nova Scotia Health Authority.
http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/consolidated_financial_statements_as_of_march_31_2020_-_nsha_signed.pdf

Nova Scotia Health Authority. (2020b). *Reports, Statistics, and Accountability*.
<http://www.nshealth.ca/reports-statistics-and-accountability#performance-measurements>

Nova Scotia Health Authority. (2020c). *Reports, Statistics and Accountability*.
<http://www.nshealth.ca/reports-statistics-and-accountability>

Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Services de santé intégrés : Lesquels et pourquoi?* (Dossier technique n° 1). Organisation mondiale de la Santé.
<http://digicollection.org/hss/documents/s16532f/s16532f.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2020a, 11 mars). *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 11 mars 2020*. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Organisation mondiale de la Santé. (2020b, 29 juin). *Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Province de la Nouvelle-Écosse. (s. d.). *Soyons actifs en Nouvelle-Écosse : Plan d'action pour augmenter l'activité physique en Nouvelle-Écosse*. Province de la Nouvelle-Écosse. <https://novascotia.ca/letsgetmoving/docs/letsgetmoving-fr.pdf>

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/Repository/PHSC-8Jun20.pdf>

Rechel, B., Jakubowski, E., McKee, M., & 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., & Nolte, E. (2018). *Organization and financing of public health services in Europe: Country reports*. WHO Regional Office Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf

The First Nations Information Governance Centre. (2014). *Ownership, Control, Access and Possession (OCAP): The Path to First Nations Information Governance*. The First Nations Information Governance Centre. <https://www.deslibris.ca/ID/10095457>

Treasury Board. (2017). *Corporate Administrative Policy Manuals: Chapter 2: Organization and Responsibilities—Department of Health and Wellness*. Government of Nova Scotia. <https://novascotia.ca/treasuryboard/manuals/PDF/100/H&W.pdf>

Tui'kn Partnership. (s. d.-a). *About Tui'kn*. <http://www.tuikn.ca/about-tuikn/>

Tui'kn Partnership. (s. d.b). *Unama'ki Client Registry*. <http://www.tuikn.ca/success-stories/the-unamaki-client-registry/>

Ulnooweg (s. d.). *Mi'kmaw Health & Wellness*. <https://www.ulnooweg.ca/mikmaw-health-wellness>

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=bfbb4059_2&ua=1



Découvrez
toute la série à
ccnpps.ca