



National Collaborating Centre  
for Infectious Diseases  
Centre de collaboration nationale  
des maladies infectieuses



National Collaborating Centre  
for Determinants of Health  
Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé

# Surveillance de la santé publique 2030 Rapport sur les consultations régionales

Juillet 2024

**PRÉPARÉ PAR :**  
Margaret Haworth-Brockman, MSc  
Alissa Messner, MPH

**GATHERING DIVERSE PERSPECTIVES**  
ON THE FUTURE OF PUBLIC HEALTH SURVEILLANCE IN CANADA

# Surveillance de la santé publique 2030

## Rapport sur les consultations régionales

Juillet 2024

### PRÉPARÉ PAR :

**Margaret Haworth-Brockman, MSc**  
**Alissa Messner, MPH**

Pour communiquer avec nous :

#### **Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses**

Faculté des sciences de la santé Rady  
Université du Manitoba  
Tél. : 204-318-2591  
Courriel : [nccid@umanitoba.ca](mailto:nccid@umanitoba.ca)  
[www.nccid.ca](http://www.nccid.ca)

#### **Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé**

Université St. Francis Xavier  
2400, Mount Saint Bernard  
Camden Hall, 2<sup>e</sup> étage  
C.P. 5000  
Antigonish (Nouvelle-Écosse), Canada, B2G 2W5  
Tél. : 902-867-6133  
Courriel : [nccdh@stfx.ca](mailto:nccdh@stfx.ca)  
[www.nccdh.ca](http://www.nccdh.ca)

Ceci est le projet numéro 784 du CCNMI.

ISBN : 978-1-927988-97-8

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada provenant du financement des Centres de collaboration nationale en santé publique. Les vues exprimées dans le document ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Remerciements

Nous sommes extrêmement reconnaissants aux Aînés et aux gardiens du savoir qui nous ont fait l'honneur de prier lors de nombreux événements régionaux et qui ont commencé les réunions de manière positive. Leurs paroles inspirantes ont façonné les discussions de chaque journée.

Nous n'aurions pas pu entreprendre ce projet sans le soutien dévoué d'entrepreneurs, de nombreux employés et des autres centres de collaboration nationale en santé publique.

Enfin, nous sommes très reconnaissants aux nombreuses personnes qui ont pris le temps de passer une matinée avec nous pour parler de la surveillance de la santé publique.

## Table des matières

<b>Introduction – Surveillance de la santé publique 2030 .....</b>	<b>1</b>
<b>Surveillance de la santé publique au Canada.....</b>	<b>2</b>
<b>Approche à l’égard des séances de mobilisation régionales.....</b>	<b>3</b>
<b>Facilitation des séances .....</b>	<b>5</b>
<b>Documentation et analyse.....</b>	<b>6</b>
<b>Ce que nous avons entendu.....</b>	<b>7</b>
<b>A. Envisager l’avenir .....</b>	<b>7</b>
<b>B. Facteurs de réussite .....</b>	<b>10</b>
<b>C. Lacunes et solutions.....</b>	<b>14</b>
<b>D. Qu’est-ce qui nous manque? .....</b>	<b>17</b>
<b>E. Derniers exercices de mobilisation.....</b>	<b>20</b>
<b>Thèmes transsectoriels et liens avec les processus de surveillance .....</b>	<b>24</b>
<b>Annexe A – Évaluations.....</b>	<b>29</b>

## Introduction – Surveillance de la santé publique 2030

La surveillance est l'une des six fonctions de base de la santé publique au Canada<sup>1</sup>. La surveillance de la santé publique est définie comme « le recueil systématique et continu de données pertinentes ainsi que leur consolidation et leur évaluation efficaces, s'accompagnant de la diffusion rapide des résultats aux personnes concernées, en particulier celles en mesure d'agir »<sup>2</sup>. La surveillance sert à produire les données et de l'information nécessaires pour détecter et comprendre les problèmes de santé, orienter l'élaboration des politiques et prendre des mesures en matière d'affectation des ressources et de planification des programmes.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dirige l'initiative Surveillance de la santé publique 2030 en vue d'établir une vision pour la surveillance de la santé publique au Canada de 2025 à 2030. Dans le cadre de son processus de mobilisation d'experts en santé publique en vue d'élaborer la vision, l'ASPC a fait équipe avec le Centre de collaboration national des maladies infectieuses (CCNMI) et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) pour organiser des consultations avec des experts régionaux partout au pays. L'ASPC et les deux CCN ont convenu qu'il serait essentiel que les rencontres en personne aient lieu dans de grandes et de plus petites villes afin d'entendre divers points de vue. Du début octobre 2023 à la fin janvier 2024, le CCNMI et le CCNDS ont organisé une série de séances de mobilisation en personne et en ligne avec du personnel de la santé publique et des alliés à tous les échelons de la hiérarchie de sorte à prendre connaissance de toute frustration concernant les systèmes de surveillance de la santé publique actuels, ainsi qu'à faciliter les conversations sur les aspirations et les attentes ayant trait à la vision Surveillance de la santé publique 2030.

Ce rapport présente l'approche et les méthodes employées pour les séances de mobilisation en personne et en ligne, et les résultats de celles-ci, et constitue une partie de l'information que l'ASPC recueille pour éclairer la Surveillance de la santé publique 2030.

Il importe de noter que le terme surveillance n'est pas considéré comme acceptable dans de nombreux milieux. « *Le terme surveillance évoque l'idée d'un contrôle externe imposé et a donc des connotations négatives pour les peuples autochtones* »<sup>3</sup>, fait remarquer Janet Smylie. De plus, il est clair que les membres de la population générale peuvent confondre le but de la surveillance de la santé publique

---

<sup>1</sup> Association canadienne de santé publique

<https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/advocacy/strengthen/strengthening-ph-systems-brief-e.pdf>

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé <https://www.emro.who.int/health-topics/public-health-surveillance/index.html>

<sup>3</sup> Smylie, J, 2021. Les évaluations et les interventions relatives au bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis. **Dans** Vers un avenir meilleur : santé publique. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. [https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/visioning-the-Future\\_EN\\_Web\\_2021-12-14.pdf](https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/visioning-the-Future_EN_Web_2021-12-14.pdf)

avec d'autres formes de surveillance du gouvernement, et soient préoccupés par le respect de la vie privée, l'autonomie et l'éthique de la collecte de données sur la santé publique<sup>4</sup>.

Compte tenu de ces mises en garde, ce document emploie le mot « surveillance » comme abréviation. Toutefois, le CCNMI et le CCNDS recommandent que la vision finale de la Surveillance de la santé publique 2030 tienne compte de la confusion et des préoccupations concernant la signification de la surveillance de la santé publique et y réponde.

Le CCNMI et le CCNDS recommandent que la vision finale de Surveillance de la santé publique 2030 tienne compte de la confusion et des préoccupations concernant la signification du terme « surveillance ».

## Surveillance de la santé publique au Canada

Il n'existe aucun système unique et coordonné de surveillance de la santé publique au Canada. Au lieu de cela, la surveillance est assurée par un ensemble de systèmes de données indépendants gérés par de nombreuses organisations de différents ordres de gouvernement et différents secteurs de la société. Des professionnels de la santé publique collaborent avec des partenaires de différents milieux et organisations pour collecter, gérer, analyser et interpréter systématiquement les données, et communiquer ensuite les renseignements obtenus afin de guider les décisions et de contribuer aux mesures de santé publique. Les systèmes de surveillance sont soutenus par des éléments comme la capacité de diagnostic, les TI, les ressources humaines, les partenariats et la confiance de la collectivité.

« Le contexte de la surveillance de la santé publique a évolué rapidement au cours des deux dernières décennies, notamment en raison de nouvelles maladies et menaces pour la santé, des changements dans les normes de gouvernance des données et de la disponibilité accrue de nouvelles données et technologies. Ainsi, la science et la pratique de la surveillance de la santé publique ont évolué pour répondre aux demandes changeantes et adopter de nouvelles approches. Par exemple, l'expansion des rapports afin d'inclure des données sur les méfaits des stimulants, les hospitalisations et les interventions des services médicaux d'urgence, le financement de la recherche sur l'impact de la crise des opioïdes sur la santé des populations autochtones, et la modélisation dynamique des décès liés aux substances. Malgré ces progrès dans la surveillance de la santé publique, le contexte de la surveillance continue d'évoluer et les systèmes de surveillance doivent continuer à s'adapter. Par exemple, l'adaptation aux nombreux effets des changements climatiques ou l'utilisation efficace de technologies telles que la génomique et l'intelligence artificielle », fait remarquer l'ASPC.

Le CCNMI a réalisé en juin 2023 un examen informel de la documentation, et le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils a effectué un examen rapide de la portée des travaux au cours des

---

<sup>4</sup> Klingler, C., Silva, D.S., Schuermann, C. *et al.* Ethical issues in public health surveillance: a systematic qualitative review. *BMC Public Health* **17**, 295 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4200-4>

mois suivants. Les deux exercices ont permis de constater qu'en dépit de l'innovation considérable pendant la pandémie de COVID-19, les systèmes de surveillance de la santé publique comportent des lacunes, notamment l'hétérogénéité dans la collecte de données et les définitions, l'orientation incohérente en matière de confidentialité et de protection des données, le manque d'interopérabilité entre plusieurs systèmes d'information, le manque de ressources financières, humaines et technologiques, et le manque de désagrégation des données<sup>5</sup>. Le contexte de la surveillance de la santé publique a également changé rapidement depuis vingt ans. Les tendances qui déterminent l'avenir de la surveillance comprennent les nouvelles maladies et menaces pour la santé, les changements dans les normes de gouvernance des données, l'émergence de nouvelles sources de données et de sources accessibles au public, ainsi que les nouvelles technologies d'exploration et d'analyse des données.

L'initiative de l'ASPC a pour but d'élaborer une vision renouvelée de la surveillance de la santé publique au Canada qui soit éclairée par la population canadienne et les intervenants en santé publique dans l'ensemble des administrations et secteurs. Idéalement, la vision :

- ❖ décrira les caractéristiques d'un système de surveillance performant au Canada;
- ❖ décrira la façon dont les systèmes de surveillance devraient fournir les renseignements permettant de mener des actions de santé publique opportunes et efficaces;
- ❖ sera fondée sur la science, les preuves et des exemples concrets;
- ❖ articulera un état futur possible pour guider et coordonner les efforts d'amélioration de tous les intervenants de la surveillance de la santé publique.

## Approche à l'égard des séances de mobilisation régionales

L'approche du CCNMI et du CCNDS à l'égard des séances de mobilisation régionales consistait à inviter et à faire participer un éventail aussi vaste que possible de membres du personnel de la santé publique pour chaque séance. L'accent était mis sur les employés membres des Premières Nations, métis et inuits, ainsi que sur ceux qui travaillent pour les organisations de santé publique autochtones, le but étant de diversifier la participation sur le plan des :

- ❖ organisations de santé publique (c.-à-d. autochtones, régionales, provinciales et fédérale);
- ❖ fonctions (p. ex. politique, planification, prestation de programmes);
- ❖ professions (p. ex. infirmières de la santé publique, médecins-conseils en santé publique, vétérinaires et pharmaciens);

---

<sup>5</sup> Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. (15 septembre 2023). *What are the latest innovations in public health surveillance?* <https://nccmt.ca/pdfs/res/surveillance-innovations>.

- ❖ enjeux de santé publique (p. ex. maladies transmissibles et non transmissibles, santé bucco-dentaire, santé mentale).

Les CCN ont utilisé dans la mesure du possible un modèle incluant ces facteurs (organisations, fonctions, etc.) afin de suivre les invitations envoyées et d'aider à combler les lacunes lorsqu'il semblait y avoir un déséquilibre entre les personnes inscrites. On pouvait accueillir 35 personnes à chaque endroit et tous les CCN ont collaboré avec les employés de l'ASPC et le personnel local de chaque région pour obtenir la combinaison souhaitée de participants.

L'approche était légèrement différente pour les séances virtuelles, qui ont commencé en décembre 2023. Toutes les personnes ayant reçu une invitation à une réunion régionale ont également reçu une invitation à deux séances de « rattrapage » virtuelles (15 décembre 2023 et 29 janvier 2024). On les encourageait à y assister si elles n'avaient pas pu se rendre à la réunion en personne, et à transmettre l'invitation à des collègues.

De plus, cinq autres séances ont eu lieu en janvier 2024. Deux des séances se sont déroulées avec des membres du personnel de la santé publique au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve. Les trois autres s'adressaient : a) aux membres du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada; b) aux membres du personnel qui travaillent dans des organisations de gestion de données; et c) aux organismes et aux personnes qui s'intéressent particulièrement aux données fondées sur les distinctions (c.-à-d. la désagrégation des données propres à la population). Les listes des invitations aux séances de mobilisation virtuelles étaient dressées par l'ASPC et les CCN, sans limiter le nombre de participants possibles.

Nombre total de personnes invitées, inscrites et présentes

Région	Invités	Inscrits	Présents
Manitoba – Winnipeg	44	37	32
Colombie-Britannique – Prince George	48	25	18
Colombie-Britannique – Vancouver	96	37	27
Nouvelle-Écosse – Halifax	56	44	28
Ontario – Toronto	84	36	30
Québec – Montréal	85	26	15
Alberta – Red Deer	76	24	18
Saskatchewan – Regina	91	37	23
Ontario – Thunder Bay	71	30	30
Yukon – Whitehorse	39	14	6
Territoires du Nord-Ouest – Yellowknife	33	14	7
Nunavut – Iqaluit	29	12	11
Rattrapage I		14	6
RLSPC	57	28	13
Autorités chargées des données	24	11	9
Basé sur des distinctions	12	10	2
Nouveau-Brunswick	28	31	29
Terre-Neuve et Labrador	91	31	29
Rattrapage II (y compris Î.-P.-É.)		69	30
<b>Total</b>	<b>964</b>	<b>530</b>	<b>363</b>



En définitive, les séances ont été très variées sur le plan du nombre de participants, de leurs fonctions dans la santé publique et des communautés qu'ils représentaient et avec lesquelles ils travaillaient. Bien que certaines réunions aient été assez restreintes, elles ont semblé fournir des espaces sûrs pour les conversations sur la surveillance.

La représentation des organisations autochtones était très bonne dans un certain nombre de villes et de régions, mais insuffisante dans d'autres. Heureusement, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone mène des consultations distinctes avec les organisations des Premières Nations, inuites et métisses. Les enseignants étaient en grève au Québec et il y a donc eu peu de participants à la séance tenue à Montréal. De plus, nous n'avons pas réussi à joindre d'autres régions francophones de la santé publique au Canada.

## Facilitation des séances

Les séances en personne avaient lieu de 8 h 30 à midi à chaque endroit. (Dans l'après-midi, les séances étaient axées sur les compétences essentielles 2024.) Le flux de l'information présentée aux participants au sujet de la surveillance de la santé publique 2030 et les discussions dirigées étaient normalisés afin d'assurer la cohérence sur le plan de ce que les participants entendaient et de la manière dont leurs points de vue étaient notés durant les discussions. L'ordre du jour était le suivant à chaque endroit :

- ❖ Si possible, la matinée débutait par une prière ou un enseignement d'un Aîné ou d'un gardien du savoir. Les mots et les enseignements étaient une source d'inspiration et donnaient le ton aux séances dans chaque région.
- ❖ Après le mot d'ouverture d'employés du CCNMI et du CCNDS et un résumé du programme et des objectifs de la réunion, un membre de l'équipe de l'ASPC présentait un aperçu de l'initiative Surveillance de la santé publique 2030, y compris les nombreux moyens de mobiliser des experts.
- ❖ Le CCNMI faisait une courte présentation pour encourager la réflexion sur ce que la surveillance de la santé publique signifie, ainsi que pour encourager les participants à tenir compte de tous les aspects de la surveillance en rapport avec leur poste et leurs connaissances pendant la matinée.
- ❖ Les discussions dirigées commençaient par deux séries de discussions en petits groupes : *Envisager l'avenir et Facteurs de réussite*. Les points soulevés pendant les deux séries de discussions étaient notés sur des tableaux de papier (et par des preneurs de notes à certains

endroits) et les points clés étaient présentés à l'ensemble du groupe complet après chaque série.

- ❖ Les groupes étaient ensuite réorganisés et les participants dressaient ensemble des listes des enjeux et des solutions.
- ❖ Tous les participants pouvaient ajouter sur des feuilles de tableaux de papier de courtes notes sur tout ce qui n'avait pas été abordé pendant leurs conversations jusque-là, sous le titre *Qu'est-ce qui nous manque?*
- ❖ Le dernier exercice consistait en une revue – *Ici, là et ailleurs* – durant laquelle de petits groupes pensaient ensemble à ce qu'ils pourraient déjà faire pour faire progresser la vision de la surveillance de la santé publique (*ici*) et pour obtenir l'appui de collègues (*là*), ainsi qu'à ce qui concernerait d'autres secteurs ou organismes (*ailleurs*).
- ❖ Chaque matinée se terminait par une période de réflexion et de commentaires au sujet du processus et des discussions.

Les séances virtuelles ont eu lieu sur Zoom et suivaient un processus semblable, mais comprimé en 90 minutes.

Le CCNMI a utilisé [Slido](#), une plateforme interactive, pour que les participants fassent trois des exercices durant les réunions virtuelles. Dans le cas de l'exercice *Envisager l'avenir*, les participants créaient une bulle de mots contenant les points importants à retenir pour l'avenir. L'exercice *Facteurs de réussite* permettait aux participants d'ajouter du texte et de décrire les partenariats et les programmes de surveillance réussis. Enfin, l'exercice *Qu'est-ce qui nous manque?*, effectué plus tard au cours de la séance, permettait aussi aux participants de taper autant qu'ils le souhaitaient.

Pour les deux exercices, *Enjeux et solutions* et *Ici, là et ailleurs*, les participants étaient placés dans des salles d'atelier virtuelles et un animateur les encourageait à tenir des discussions plus approfondies sur les problèmes auxquels ils sont confrontés sur leur lieu de travail et au sein de leur communauté.

## Documentation et analyse

L'information partagée par les participants était notée de plusieurs façons, selon le format de la réunion comme mentionné plus haut : notes sur tableaux de papier, notes de discussion prises par les preneurs de notes, notes sur papillons adhésifs et réponses dans *Slido*. Toute l'information a été rassemblée par le personnel de la CCNMI dans un seul classeur Excel pour chaque séance. Toutes les notes, tous les tableaux de papier, les notes sur papillons adhésifs, le contenu de *Slido* et les photographies (considérées collectivement comme les données brutes) sont conservés dans leur forme originale au CCNMI.

Une analyse thématique a ensuite été effectuée afin d'organiser et d'analyser les données pour chaque sujet en se fondant sur les tendances révélées par les données et les objectifs de la consultation. Après avoir lu les données plusieurs fois, des codes thématiques ont été établis pour organiser et classer l'information et un code a été attribué à chaque point de discussion consigné.

Le CCNMI a créé pour chaque séance un petit ensemble de diapositives PowerPoint contenant les points clés soulevés ce jour-là. Toutes les analyses et tous les résultats présentés dans ce rapport reflètent toutefois la plus grande profondeur et la plus grande étendue de l'information consignée pendant les séances de mobilisation.

## Ce que nous avons entendu

### A. Envisager l'avenir

La première question posée aux participants était la suivante : « Dans une communauté, une région, une province ou un Canada idéals, qu'aurons-nous mis en place pour rendre la surveillance de la santé publique efficace et durable sur le plan de...? »

#### Responsabilité envers la communauté

Les participants de toutes les séances ont exprimé la nécessité d'accroître la participation communautaire au processus de surveillance. Ils décrivaient souvent la mobilisation des personnes fournissant leurs renseignements (données) comme « participative ». Les données recueillies devraient également être significatives et intentionnelles, et basées sur ce que la communauté a déterminé comme important. Les participants ont fait remarquer que la communauté devrait être le cadre de référence du contexte, et que le contexte devrait être pris en compte dans l'analyse et l'interprétation des données.

Il a également été largement suggéré d'établir une méthode pour rendre compte à la collectivité après la collecte des données afin de « boucler la boucle ». Les participants ont noté que les renseignements concernant la surveillance devraient être renvoyés à la communauté et accessibles afin de pouvoir être appliqués au niveau local par les communautés. Ils ont également fait remarquer que les données devraient être diffusées pour rejoindre les bonnes personnes impliquées dans la prise de décisions.

Certains participants ont mentionné que la confiance du public avait été touchée pendant la pandémie en raison d'un manque de transparence de la part du gouvernement, de sorte qu'il pourrait être difficile de bâtir la confiance maintenant durant la collecte des données de surveillance et la façon dont elle sera présentée. Les communications devraient être compréhensibles et ne contenir aucun jargon, peu importe la langue. Certains participants ont mentionné qu'ils croyaient que le public aimait avoir accès à

Les participants de la plupart des consultations se sont prononcés en faveur d'une plus grande transparence sur les raisons de la collecte des données de santé publique, d'une communication plus rapide aux communautés et d'un plus grand respect des droits des communautés et de la propriété des données.

des données opportunes et directes pendant la pandémie, et que cette approche permettait une meilleure compréhension par le grand public comparativement à d'autres méthodes d'information comme les rapports annuels.

Un certain nombre de références ont été faites aux rôles et responsabilités en matière de mobilisation communautaire, l'une d'entre elles suggérant que l'ASPC appuie la collecte et l'utilisation des données locales, et une autre que la ville en question (c.-à-d. la municipalité) soit impliquée. La souveraineté des données et la question de leur propriété ont également été soulevées, de nombreux participants indiquant que l'appropriation par la communauté est essentielle lorsqu'on envisage une politique.

### Ce que cela signifie pour la vision

**Les fondements de la surveillance devraient être établis avec les communautés qui fournissent les données.** Les références régulières à un cycle complet de participation communautaire donnent à penser que les participants considèrent que la surveillance devrait être ancrée dans les communautés où les données sont recueillies. La surveillance devrait refléter de manière significative les personnes de la communauté et être entreprise dans le but d'en faire profiter la communauté.

L'accent sur les fondements dans la communauté laisse entendre que la surveillance idéale dépasse le cadre des ensembles de données et est fondée sur les relations. L'établissement d'une réciprocité avec les communautés sur le plan de leurs données peut bâtir la confiance et un engagement durable qui dépasse la période de collecte des données et ressemble davantage à un partenariat. Un engagement envers la communauté et des relations avec elle pourraient également être une façon de rebâtir ou de développer la confiance.

### Préparation et disponibilité de la main-d'œuvre

Pour les participants, la préparation et la disponibilité de la main-d'œuvre signifiaient une formation appropriée et une capacité en ressources permettant d'appuyer la surveillance. Ils croyaient qu'il était important pour les travailleurs de posséder des compétences particulières en surveillance ainsi qu'un type particulier d'expertise dans certains domaines comme l'épidémiologie, ce qui était particulièrement précieux et apprécié pendant la pandémie, et constituait donc un atout dont il fallait tirer parti. Nous avons également entendu qu'il fallait développer d'autres domaines d'expertise, notamment la gestion de l'information et la science des données. Les participants ont suggéré qu'il pourrait y avoir des liens plus étroits entre les programmes d'éducation en santé publique et le perfectionnement professionnel. Certains participants ont mentionné qu'il faut porter attention à la santé des travailleurs, en citant l'épuisement professionnel et la fatigue. Le renforcement des capacités dans de nombreux domaines de surveillance importait également aux personnes présentes, et exigeait d'autres ressources équitablement distribuées. On a fait remarquer que la communication comporte des lacunes puisque le personnel ne comprend pas toujours le but de la collecte des données.

**Ce que nous avons entendu : préparation et disponibilité de la main-d'œuvre pour une surveillance idéale**

Thèmes	Contenu de la discussion
Capacité de la main-d'œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin d'un plus grand nombre de travailleurs dans l'ensemble.</li> <li>• Besoin d'obtenir des ressources pour appuyer davantage de types de surveillance ou de sites, notamment des sites sentinelles et des régions du Nord ou rurales, ainsi que pour offrir plus de formation.</li> <li>• Les processus de surveillance peuvent servir à réduire les charges de travail et à améliorer l'efficacité des travailleurs en diminuant le chevauchement des tâches et en concentrant les ressources humaines dans les régions où les besoins sont les plus grands. L'intelligence artificielle pourrait être un moyen de régler cette question.</li> <li>• Les ressources devraient correspondre aux besoins. Par exemple, lorsque la prévalence d'une maladie augmente, l'affectation de personnel à la question devrait augmenter en conséquence.</li> </ul>
Une main-d'œuvre renseignée et soutenue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travailleurs doivent comprendre les raisons de la collecte de données.</li> <li>• Il est important de fermer la boucle des communications par le biais du processus de collecte.</li> <li>• Il y a des lacunes dans les communications à la main-d'œuvre en ce qui concerne la dotation et la capacité en ressources humaines.</li> <li>• Il est possible d'améliorer les pratiques en matière de diversité et d'équité dans les domaines du recrutement et du maintien de l'effectif, tout en veillant à ce que le personnel – dont les personnes occupant des postes de décision – soit représentatif des populations desservies. Cela inclut les francophones hors Québec ainsi que les minorités sexuelles et de genre dans l'ensemble du pays.</li> <li>•</li> </ul>
Spécialités et expertise en surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les effectifs de surveillance doivent disposer des ressources nécessaires pour comprendre tous les problèmes de santé, et pas seulement les maladies infectieuses.</li> <li>• Le personnel de première ligne doit comprendre l'application pratique de la surveillance dans son travail. L'entrée de données dans le système pourrait être effectuée par des travailleurs de première ligne.</li> <li>• Le personnel a besoin de plus d'expertise en science des données, en systèmes complexes, en collecte de données et en investigation, ainsi qu'en ce qui concerne les besoins particuliers de certaines populations, telles que les minorités sexuelles et de genre ainsi que les francophones hors Québec.</li> <li>• Les effectifs devraient refléter l'expertise des Premières Nations et d'autres modes de connaissance.</li> <li>• L'expertise transdisciplinaire devrait être prise en compte dans la planification des effectifs afin d'éviter les cloisonnements.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe une certaine confusion en ce qui concerne le rôle du personnel en santé publique et des fournisseurs de soins primaires.</li> <li>• Il existe des efforts concertés pour saisir des événements uniques ou multiples sur des systèmes longitudinaux dans les réseaux de laboratoires, mais ils ne sont pas normalisés.</li> <li>• Il faut réfléchir à la manière dont ces événements et interventions sont suivis afin de produire des rapports efficaces et de permettre aux responsables des politiques et aux équipes de recherche de les utiliser.</li> </ul>
Formation sur la surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe un décalage entre les programmes universitaires et la capacité de la main-d'œuvre dans la pratique. L'éducation et le perfectionnement professionnel devraient être mieux intégrés.</li> <li>• Les programmes de formation devraient être fondés sur le contexte canadien.</li> <li>• La formation en surveillance et en collecte de données devrait également expliquer aux étudiants l'influence sur leur travail.</li> <li>• La formation devrait permettre de passer de la connaissance à l'action.</li> </ul>

### Ce que cela signifie pour la vision

**La capacité de la main-d'œuvre doit s'harmoniser avec les compétences et les ressources particulières nécessaires à la surveillance.** Les travailleurs doivent être soutenus par une formation et des ressources qui leur permettent d'atteindre les objectifs et de répondre aux exigences de la surveillance. La mention, durant toutes les consultations, de compétences particulières, donne à penser qu'il existe une possibilité de formation propre à la surveillance dans le cadre de programmes d'études officiels et de perfectionnement professionnel continu. Le renforcement des capacités doit être anticipé et planifié afin de garantir que les rôles, les compétences et le niveau d'engagement nécessaires pour donner vie à la vision de la surveillance sont des caractéristiques d'une main-d'œuvre bien préparée et confiante.

## B. Facteurs de réussite

Les participants ont ensuite discuté en petits groupes des facteurs, des conditions et des ressources qui existent déjà et peuvent être conservés ou renforcés. Les participants étaient encouragés à énumérer ces « facteurs de réussite » comme faisant partie du parcours menant à la vision.

### Éléments déjà en place

Les relations solides facilitent le passage de « clients » et d'« intervenants » à des « partenaires ». Certains participants ont mentionné qu'un engagement continu et soutenu avec des partenaires autochtones était une force, en ajoutant que cela reconnaissait différents modes de connaissance.

Il a été suggéré d'utiliser l'infrastructure existante ou d'adapter la technologie de nouvelles façons afin de tirer parti des processus pour de nouveaux sujets et populations de santé publique. Les approches novatrices comme l'utilisation de données sur les eaux usées ont été citées comme des formes positives d'expansions de la surveillance.

Les participants ont dit clairement que la main-d'œuvre en santé publique est un atout clé, en précisant que ces employés sont engagés, dévoués et bien renseignés, ont une attitude positive et sont prêts à partager pour appuyer l'intérêt commun d'améliorer la surveillance. Il y a de l'expertise et de l'expérience au sein de la main-d'œuvre, et il a été mentionné que l'accès à l'expertise dans plusieurs domaines de la santé publique et à des épidémiologistes est particulièrement précieux.

Les améliorations notables apportées en réponse à la gestion de la pandémie ont été citées plusieurs fois. Les participants ont mentionné des changements positifs dans des domaines comme la rapidité de la prise de décision, la réduction de la bureaucratie et l'affectation de ressources pour satisfaire à la demande.

#### Ce que nous avons entendu : Facteurs de réussite déjà en place

Thèmes	Contenu de la discussion
Relations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les partenariats avec des universités et des organismes de recherche favorisent les liens entre la recherche, la pratique en santé publique et les communautés.</li> <li>• La collaboration intergouvernementale et entre les administrations publiques par le biais de tables, de groupes de travail et de communautés de pratique peut promouvoir le dialogue et l'unité dans la poursuite d'un objectif commun.</li> <li>• Il existe de solides partenariats avec des organismes communautaires et des coalitions au niveau local.</li> <li>• L'établissement de la confiance avec les Premières Nations a encouragé le partage des données.</li> </ul>
Caractéristiques de la technologie et outils	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important d'avoir accès à des tableaux de bord en temps réel, à des données interactives et à des outils de communication.</li> <li>• La transition à un seul système de dossiers de santé et à des dossiers de santé électroniques est un point fort.</li> <li>• La pandémie de COVID a accéléré l'intégration des systèmes de données.</li> <li>• Les données relatives aux soins actifs et aux diagnostics peuvent être rendues accessibles et exploitées en vue d'une utilisation secondaire dans le domaine de la santé publique.</li> <li>• Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) a réparti les sites dans l'ensemble du pays, avec une normalisation</li> </ul>

	<p>suffisante pour observer les différences; il faut établir un lien avec les fournisseurs et les responsables des politiques de santé publique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La génomique est un outil puissant, et il existe de nombreux systèmes de surveillance segmentés à cet effet; jusqu'à présent, notre utilisation de ces systèmes n'est pas optimale pour obtenir de l'information.</li> </ul>
<p>Main-d'œuvre dévouée et qualifiée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe des réseaux professionnels établis et des communautés de pratiques qui favorisent la mobilisation des pairs.</li> <li>• Le télétravail et les outils de collaboration numérique ont amélioré les liens et réduit les cloisonnements.</li> <li>• Il est largement reconnu qu'il existe un éventail d'expertise en santé publique qui est valorisé et apprécié parmi la main-d'œuvre.</li> </ul>
<p>Améliorations dues à la réponse à la pandémie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation accrue de données opportunes et accessibles au public est considérée comme un moyen de sensibiliser le public à des sources fiables.</li> <li>• La plus grande capacité au niveau local a amélioré la collaboration et la compréhension plus générale de la surveillance.</li> <li>• Les données sur l'équité durant la pandémie de COVID ont attiré l'attention sur l'équité.</li> </ul>

### Sommaire – qu'est-ce qui peut être renforcé?

Les participants ont parlé du besoin d'améliorer la collaboration au sein des relations existantes. Au niveau local, il est possible d'inscrire l'accroissement de la mobilisation communautaire au chapitre des priorités, et de faire en sorte que les approches locales éclairent les décisions provinciales. Il a été suggéré de tirer parti des relations avec d'autres organismes à l'extérieur du secteur de la santé, ainsi que des connexions intergouvernementales comme point de départ de l'élimination des cloisonnements et du rapprochement des domaines d'expertise. Les participants souhaitaient également apprendre les uns des autres et ont suggéré l'emploi de tables et de réseaux existants pour partager les leçons apprises et les aspects qui fonctionnent bien.

Sur le plan des données et de la technologie, on reconnaît qu'il peut y avoir de nombreux ensembles de données accessibles, mais les participants ont mentionné que l'extraction et l'utilisation des données font l'objet d'obstacles. Il a également été noté que les données qualitatives devraient être considérées comme des éléments probants et sont importantes pour entendre véritablement la voix de la population. Les participants estimaient qu'un système capable de produire des données en temps réel améliorerait l'orientation clinique et la prise de décisions. Des questions d'équité ont également été soulevées, dans la mesure où certains types de données ne sont pas disponibles dans certaines collectivités, ce qui désavantage ces régions qui ne sont pas incluses dans un ensemble de données.

Les participants ont mentionné qu'ils souhaiteraient profiter d'un plus grand nombre de possibilités de formation et de perfectionnement professionnel, et d'occasions de tisser des liens avec d'autres. Bien



que la main-d'œuvre veuille améliorer la surveillance et se dise intéressée à le faire, le temps et les capacités peuvent représenter des obstacles.

### Ce que nous avons entendu : éléments pouvant être renforcés

Thèmes	Contenu de la discussion
<p><b>Collaboration</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarté des rôles et du champ d'application entre les provinces – l'ASPC permettrait aux provinces de mieux comprendre les demandes de données de surveillance.</li> <li>• Le fait de documenter la façon dont les parties ont décidé de travailler ensemble officialiserait les conditions de la collaboration.</li> <li>• L'information devrait provenir de la collectivité, et non pas du haut vers le bas, afin de contribuer à la prise de décisions en santé publique et à l'élimination des lacunes.</li> </ul>
<p><b>Données et technologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données sont recueillies et disponibles, mais elles doivent aussi être facilement accessibles.</li> <li>• Des données opportunes amélioreraient la prise de décisions immédiate.</li> <li>• Il est nécessaire d'inclure des données qualitatives pour mieux comprendre la signification et le contexte.</li> <li>• Les plus petites collectivités et régions qui utilisent un système d'information différent sont désavantagées dans la communication des données.</li> <li>• Les systèmes doivent être intégrés et interopérables.</li> <li>• Les tests de laboratoire propres à la santé publique (génomique des agents pathogènes [p. ex. PulseNet], eaux usées) sont en place principalement pour soutenir les activités de la santé publique. La portée et les ressources requises pour les systèmes provinciaux et nationaux de surveillance de la santé publique doivent être reconnues, afin de garantir que les outils, les infrastructures et les capacités soient soutenus dans le cadre d'un système coordonné et intégré de surveillance de la santé publique au Canada.</li> <li>• La COVID-19 a largement contribué à la mise en place d'une infrastructure de surveillance des laboratoires dont le Canada avait grandement besoin. Il est essentiel que cet atout soit conservé.</li> </ul>
<p><b>Capacité et formation de la main-d'œuvre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les réseaux existants pour accroître les possibilités d'apprendre les uns des autres.</li> <li>• Le fait d'élargir les ensembles de compétences renforcera la capacité.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le personnel de la santé publique doit disposer de plus de possibilités et de temps pour la formation sur la surveillance et la collecte de données.</li> </ul>
--	--

### Ce que cela signifie pour la vision

**Tirer parti des éléments existants.** Certains des éléments mentionnés qui sont déjà en place et fonctionnent bien étaient également considérés comme pouvant être renforcés. Leur utilisation en tant que tremplin de l'amélioration pourrait se traduire par des gains rapides en évitant les perturbations associées à la conception et à la mise en œuvre de nouvelles initiatives. Dans un secteur aux ressources limitées, la mise à profit de la capacité actuelle de manière ciblée pourrait être une stratégie clé en vue d'optimiser les ressources temporelles, financières et humaines.

## C. Lacunes et solutions

Après avoir formé de nouveaux groupes, les participants ont travaillé ensemble pour énumérer les défis et les facteurs qui peuvent empêcher la réalisation de la vision de la surveillance de la santé publique – et les solutions possibles.

Le manque d'intégration, de liens et de coordination était considéré comme une importante lacune de la surveillance. On en parlait en termes de données, de systèmes d'information, de normes et de rôles. Les participants estimaient que les nombreux systèmes en place dans différentes régions et l'incapacité de les connecter (manque d'interopérabilité) créent des cloisonnements, des chevauchements dans l'entrée de données et des différences dans les données des provinces et des territoires. Le manque de normes a été cité comme entravant la comparabilité des données et la capacité de mesures de suivi, ainsi que comme créant des données faussées au niveau de la population. Certains participants ont noté un manque de clarté des rôles et des responsabilités au sein des organismes locaux, provinciaux et fédéraux, ainsi qu'entre eux. Les solutions proposées comprenaient l'accès provincial et national à un système commun, des contributions intersectorielles à l'élaboration du système et l'obligation d'utiliser des plateformes partagées.

La capacité de la main-d'œuvre a été mentionnée comme une lacune et fréquemment décrite comme due à un manque de ressources sur le plan du temps, des finances, de l'expertise et du personnel. Ce

Les détails des défis en matière de surveillance variaient d'une région à l'autre. À certains endroits, l'ingérence politique était un problème; dans d'autres, il semblait nécessaire de rétablir la confiance de la collectivité. À l'extérieur des grandes villes, les équipes s'accommodent de systèmes obsolètes, souvent basés sur le papier, ou il y a tout simplement trop peu d'employés pour gérer les exigences en matière de données.

De nombreux participants ont fait remarquer que le rapprochement de différentes équipes durant la pandémie de COVID-19, ainsi que l'autonomie et le pouvoir de faire ce qui était nécessaire, représente un modèle qu'ils aimeraient conserver.

manque de ressources a souvent conduit à des interventions réactives plutôt que proactives, des besoins en formation, la dépendance à l'égard des bénévoles et des pressions en matière de gestion des rapports au niveau fédéral et des demandes d'information. Certaines compétences particulières à la surveillance comme l'épidémiologie et l'analyse de données étaient considérées comme des domaines propices au renforcement. Certains participants représentant de plus petits centres ont fait remarquer que les équipes deviennent responsables de nombreuses fonctions en santé publique, et non pas seulement de la surveillance, que la main-d'œuvre en santé publique peut être temporaire et faire l'objet d'un fort roulement en raison des difficultés de recrutement et de maintien en poste. Les participants ont également mentionné que l'accès à certaines compétences et à une certaine expertise peut être différent pour les plus petits et les plus grands centres. Les changements à la direction, les changements politiques et les changements de priorités, ainsi que le roulement du personnel sans transfert de connaissances de l'organisation ont aussi été cités comme des défis. Les solutions pour combler ces lacunes comprenaient la formation continue, le financement durable et prévisible et l'affectation de temps et de ressources aux fonctions de surveillance.

La confiance était également un concept qui revenait souvent. Certains participants avaient l'impression que la confiance du public dans la santé publique et la surveillance a diminué, de même que la confiance entre les travailleurs de la santé publique et les dirigeants de l'organisation ou du gouvernement. On constatait en outre une méfiance engendrée par l'écart entre l'information que les administrations publiques veulent recueillir et celle que la collectivité est prête à partager, ainsi qu'une hésitation quant à la façon dont les données seront utilisées ou interprétées, et la possibilité de stigmatisation. Les participants ont également mentionné la nécessité d'une plus grande confiance dans les données. Le fait de ne pas collecter des données qui reflètent réellement la population influe sur la perception de la qualité et de l'exactitude des données. Les solutions suggérées pour résoudre ces problèmes incluaient le renforcement de l'engagement communautaire, l'établissement de relations et la lutte contre la désinformation.

### Ce que nous avons entendu : Lacunes et solutions suggérées

Thèmes	Points de discussion – solutions suggérées
<p><b>Manque d'intégration, de liens et de coordination</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatisation et interopérabilité accrues</li> <li>• Contribution intersectorielle à l'élaboration du système</li> <li>• Normes pour les processus, la collecte de données, les méthodes, la compilation des données et les définitions de cas</li> <li>• Les employés de l'ASPC pourraient être intégrés à la santé publique locale pour assurer un pont.</li> <li>• Les universités aident à maintenir les systèmes de surveillance.</li> <li>• Encourager la participation à la surveillance en fournissant des fonds.</li> <li>• Les systèmes de surveillance sont intégrés aux dossiers de santé électroniques.</li> <li>• Le système connecte les soins des clients, qui peuvent être reçus à plusieurs endroits.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter une perspective cohérente de la surveillance afin de supprimer les obstacles artificiels entre les données sur les types de population, les données administratives et celles de la santé publique.</li> <li>• Aborder l'« interopérabilité humaine ».</li> <li>• La RAM est un problème très complexe qui concerne les exploitations agricoles, les abattoirs, le commerce de détail, l'environnement, etc. Bien que les travaux sur le RésRAM se soient poursuivis, il reste encore beaucoup à faire, notamment en ce qui concerne les échanges avec les provinces et les territoires.</li> <li>• La génomique peut faire partie de l'histoire; la surveillance est multidisciplinaire.</li> </ul>
<b>Capacité de la main-d'œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des possibilités de formation sur la surveillance dès le début du parcours professionnel de la main-d'œuvre.</li> <li>• Rationaliser les processus et améliorer les outils afin de réduire la charge de collecte et d'établissement de rapports.</li> <li>• Normaliser la formation.</li> <li>• Former des équipes interdisciplinaires.</li> <li>• Il est nécessaire de moderniser la main-d'œuvre autour de la génomique.</li> </ul>
<b>Confiance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirer parti de l'engagement participatif pour mettre au point des systèmes et une surveillance à partir de la base.</li> <li>• Fournir plus d'information sur l'utilisation des données recueillies.</li> <li>• Investir dans les relations.</li> <li>• Rapporter l'information dans les collectivités.</li> <li>• Le système est non partisan et indépendant.</li> <li>• Défendre les populations sous-représentées.</li> <li>• Intégrer l'établissement de la confiance aux programmes de formation et aux programmes d'études.</li> <li>• Mettre en place des mesures de protection des données pour assurer la confidentialité.</li> <li>• Soutenir les employés de la santé publique s'ils éprouvent une détresse éthique ou morale.</li> </ul>

### Ce que cela signifie pour la vision

Il n'y a pas de doute que les employés de la santé publique qui occupent divers postes à divers niveaux connaissent des frustrations et des difficultés liées à la surveillance de la santé publique, sur le plan de la collecte de données, de la gestion des ensembles de données, de l'adaptation de systèmes désuets à de nouvelles exigences, de la pénurie de personnel et de la nécessité de répondre à une foule de questions et de demandes relatives à la politique. Dans certaines régions du Canada, les employés de la santé publique gèrent plus de 10 formulaires de saisie de données différents et les données sont entrées dans des ensembles qui ne sont pas configurés pour rationaliser l'extraction des données. Pendant la plupart des séances, les participants s'inquiétaient aussi de l'incapacité de faire rapport à la collectivité en temps

opportun, ceci comprenant le partage régulier des données à l'échelle nationale. Dans certaines régions, les frustrations concernaient le fait que les dirigeants ne semblent pas vraiment souhaiter rendre la surveillance de la santé publique efficace et, dans certains cas, les répercussions à long terme de l'ingérence politique.

**La longue liste des solutions dressée par les participants indiquait ce qu'il fallait faire au niveau local pour rationaliser la collecte, l'analyse et la communication des données en mobilisant les collectivités de manière respectueuse.** Selon les participants à de nombreux endroits, une orientation sur des processus de collecte et d'analyse de données normalisés et rationalisés serait inestimable. La question du potentiel d'« interopérabilité humaine », soit le fait d'avoir une main-d'œuvre qualifiée pouvant passer facilement d'un ensemble de données à un autre, a été soulevée. De meilleurs logiciels et des ensembles de données reliés seraient certainement préférables à ce que d'autres régions utilisent, mais, fait intéressant, l'intelligence artificielle et de nouveaux ensembles de données ont été mentionnés uniquement par des universitaires pendant les séances. Autrement, les participants ont discuté du besoin fondamental d'avoir des données électroniques fiables et de la capacité d'intégrer les données sociales comme les statistiques de l'état civil.

## D. Qu'est-ce qui nous manque?

Pendant les discussions plénières, les participants étaient invités à aborder tout sujet relevant de quelques grandes catégories n'ayant pas été discutées jusque-là.

### Sommaire

Parmi les commentaires concernant la main-d'œuvre figure l'importance de tenir compte de la santé et du bien-être des effectifs, particulièrement dans le contexte des pénuries de personnel. Selon certains participants, la main-d'œuvre en santé publique doit mieux refléter la diversité de la population. Des domaines précis de formation ont également été relevés, tels que l'engagement communautaire, le flair politique et l'évaluation des politiques. La formation et le perfectionnement professionnel continus étaient considérés comme importants pour assurer le renouvellement continu de l'effectif.

Dans le cadre des discussions sur la technologie, il a été mentionné que l'IA pourrait soutenir et non pas remplacer les travailleurs de la santé publique, et qu'elle devrait faire avancer celle-ci à l'aide de nouveaux outils et de gains d'efficacité. Il a été suggéré d'employer des solutions provenant de l'extérieur du secteur de la santé afin de simplifier le travail et d'apprendre des autres domaines. La mise à jour de la technologie et des systèmes de TI avec les budgets actuels était considérée comme un défi.

La question de la durabilité a été soulevée dans le contexte des environnements politiques, certains participants estimant que la volonté politique constitue un facteur s'il y a des « gardiens de données », et que le financement et les systèmes durables doivent demeurer après les changements de direction ou gouvernement. D'autres commentaires ayant trait à l'amélioration de la durabilité portaient sur de plus longs cycles de financement, l'élaboration de stratégies et de priorités scientifiques à long terme, le

maintien en poste du personnel à long terme et le partage des réussites liées à la surveillance de la santé publique.

En ce qui concerne l'éthique et l'équité, des appels ont été lancés en faveur d'un cadre éthique de surveillance bien défini, et de la réflexion sur l'éthique et la responsabilité liées au fait de ne pas inclure dans la collecte de données les populations de petite taille ou celles qui sont confrontées à des désavantages structurels. Des préoccupations ont été exprimées quant à certains types de collecte de données comme celle fondée sur la race, ce qui renforce la stigmatisation, tandis que certains participants étaient d'avis que ce type d'information est important sur le plan de l'inclusion. L'utilisation des données et des constatations était aussi considérée par certains participants comme une question d'éthique puisque les données devraient servir à l'amélioration et profiter à la collectivité.

Les participants ont réitéré leur souhait d'intégrer à la surveillance les déterminants qualitatifs et sociaux des données sur la santé en précisant que les changements climatiques, l'éducation et les campements de sans-abri pourraient être des indicateurs. La qualité de l'entrée des données a également été mentionnée, et la formation cohérente sur la saisie des données et les processus automatisés étaient considérés comme des moyens de réduire le temps consacré au nettoyage des données.

### Ce que nous avons entendu : Autres sujets abordés par les participants

Thème	Points de discussion
<b>Main-d'œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut se demander s'il est possible d'arrêter certaines choses pour faire de la place aux activités de surveillance, compte tenu de l'épuisement professionnel et de la pénurie de personnel.</li> <li>• Les niveaux de dotation sont inadéquats pour régler les causes fondamentales des problèmes.</li> <li>• La main-d'œuvre devrait faire l'objet d'une plus grande équité et ne pas être fondée sur la taille de la population.</li> <li>• Il faut former davantage de personnes issues d'un plus vaste éventail de milieux (y compris les communautés racialisées) afin d'accroître la diversité de la main-d'œuvre.</li> <li>• La diversité de la main-d'œuvre s'accompagne aussi de toute une gamme de connaissances et de compétences.</li> <li>• Veiller à ce que la maîtrise en santé publique et les programmes d'enseignement postsecondaire comprennent des programmes ciblant les compétences nécessaires en milieu de travail comme la collecte de données et l'évaluation de la santé de la population.</li> <li>• Une formation est nécessaire pour satisfaire aux besoins actuels et à ceux que nous prévoyons pour l'avenir.</li> </ul>
<b>Technologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La santé publique peut mieux tirer parti des méthodes modernes de gestion des données.</li> <li>• Il est possible d'être plus avant-gardistes sur le plan de la technologie, afin que celle-ci ne soit pas déjà désuète au moment de sa mise en œuvre.</li> </ul>

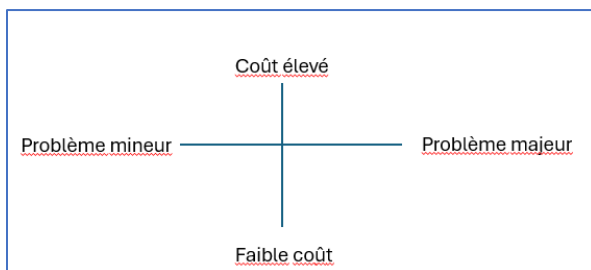
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation accrue de l'IA aura des répercussions sur la formation de la main-d'œuvre.</li> <li>• La production automatique de rapports et de documentation augmenterait l'efficacité.</li> </ul>
<b>Données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que les systèmes comprennent un éventail d'initiatives et d'interventions en santé publique et non pas seulement les « incendies » actuels.</li> <li>• La surveillance devrait être basée sur une approche axée sur le bien-être et la force plutôt que sur les déficits.</li> <li>• Accroître les processus d'automatisation pour l'entrée des données.</li> <li>• Il faut se préparer à des partenariats avec des laboratoires privés.</li> <li>• On doit veiller à ce que des accords de propriété et de gouvernance des données soient élaborés avec les populations confrontées à une discrimination structurelle et systémique.</li> </ul>
<b>Durabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La technologie et les systèmes doivent être plus adaptables afin de pouvoir répondre à l'évolution des besoins au fil du temps.</li> <li>• La tendance est à l'inclusion de plus de données, et l'automatisation peut aider la main-d'œuvre à gérer l'augmentation dans l'avenir.</li> <li>• Il faut considérer les incidences sur l'environnement de l'accroissement de la numérisation comme faisant partie de la durabilité.</li> <li>• Assurer la continuité de la gestion de la surveillance pendant une restructuration quelconque en établissant une vision et des objectifs que n'importe quel dirigeant peut suivre.</li> <li>• Les laboratoires commencent maintenant à s'interroger sur les activités de surveillance et à rechercher les recoupements. Où sont les feuilles de route pour ce processus?</li> <li>• Un équivalent du Programme des agents techniques de liaison avec les laboratoires pourrait contribuer à alléger la pression sur les provinces.</li> </ul>
<b>Éthique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La surveillance doit avoir un cadre éthique bien défini.</li> <li>• Ne pas disposer de données permettant d'identifier les populations à risque d'iniquité est une question d'éthique.</li> <li>• La collecte de données sur les populations à risque et désavantagées du point de vue structurel pourrait renforcer la stigmatisation ou rendre leur participation symbolique.</li> </ul>

## E. Derniers exercices de mobilisation

Le dernier exercice de chaque séance de mobilisation avait pour but d'évaluer dans quelle mesure les participants souhaitent et peuvent contribuer à se rapprocher d'une vision renouvelée de la surveillance de la santé publique dans leur propre sphère d'activité (*ici*) et avec des collègues et des partenaires (*là*), ainsi que ce qui exige la participation d'autres secteurs ou niveau de pouvoir de la santé publique (*ailleurs*). Le dernier exercice a été mis à l'essai de différentes façons avant d'en déterminer le format et le processus à la cinquième séance (noter qu'il a manqué de temps pour faire un dernier exercice avec les participants à Vancouver).

### Problèmes et coûts – Prince George et Halifax

Pendant les quatre premières séances, les participants ont été invités à réfléchir aux changements qui pourraient être apportés dans ces quadrants.



### Ce que nous avons entendu : Problèmes et coûts

Coût élevé, problème majeur (quadrant supérieur droit)	Faible coût, problème majeur (quadrant inférieur droit)	Coût élevé, problème mineur (quadrant supérieur gauche)	Faible coût, problème mineur (quadrant inférieur gauche)
Systèmes et infrastructure des données (coût, temps, capacité, effort et fonctionnalité (grande importance))	Élimination des chevauchements (grâce à un seul système) --> économies de temps et de ressources	Pratique en santé publique invitante	Partenariats
Cohérence du langage / définitions du recrutement et du maintien en poste	Flux de données nationales au niveau international (p. ex. les rapports sur les objectifs de développement durable)	Développement des équipes	Établissement et entretien des relations



Rencontrer la collectivité sur son terrain	Établissement et entretien de relations – raisons de participer de manière significative aux initiatives de santé publique	Connaissances spécialisées au sein des communautés	Accès local aux données
Encouragements à la dotation	Remanier les normes de documentation afin qu'elle ne soit pas lourde (mentionné deux fois)		
Avoir un seul système de données (provincial ou national) qui fonctionne pour tout le monde	Comprendre, apprendre et adopter la gouvernance des données – POURQUOI		
Maintien en poste et professionnels spécialisés	Mobilisation des communautés autochtones, des provinces et des territoires et initiatives en santé publique		
Investir dans les connaissances spécialisées au sein des communautés et des équipes	Réexaminer la gouvernance des données et apprendre à ce sujet		
Cycle décisionnel de quatre ans	Intégrer les données des soins primaires à la santé publique		
Intégration aux systèmes de déterminants sociaux	Perfectionnement de la main-d'œuvre : compréhension, entrée et interprétation		
Faciliter la législation			

## Ici, là et ailleurs

Le dernier exercice des séances de mobilisation restantes a été mené sous forme de revue en personne, ou dans des salles d'ateliers pendant les séances virtuelles.

### Sommaire

Les participants ont pris part avec enthousiasme aux dernières activités des consultations. Ils étaient heureux de s'approprier certains des moyens de faire avancer une vision renouvelée de la surveillance de la santé publique au sein de leur propre sphère d'influence. Et comme on pouvait s'y attendre, ils ont vu des occasions pour d'autres de contribuer également.

Les thèmes des engagements envers la collectivité sont restés forts dans toutes les régions. Dans certains cas, il s'agissait spécifiquement des valeurs des Premières Nations et des Inuits, et dans d'autres centres, les engagements étaient passablement plus généralisables. Dans certains cas, les groupes de participants sont revenus aux réussites et aux solutions dont on peut déjà tirer parti – datant souvent de la pandémie – en tant que mécanismes permettant de progresser. La clarté des rôles, le perfectionnement professionnel et le pouvoir d'agir étaient également considérés comme essentiels.

Plus loin, les participants ont souligné la nécessité pour les dirigeants (politiques et au sein des organisations) de comprendre ce qu'est la surveillance de la santé publique et la manière dont les données sont utilisées, et de se faire les champions du financement et des ressources durables.

Enfin, les participants ont mentionné (ailleurs) qu'il serait bon de réévaluer les valeurs et les principes tacites afin qu'ils soient plus holistiques (bien-être) et intègrent l'information et les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé.

### Ce que nous avons entendu : Ici, là et ailleurs

Ici	Là	Ailleurs
Rejoindre activement les partenaires pour les mobiliser / améliorer la communication et l'application des connaissances	Transparence de la collecte et de l'utilisation des données, ainsi que des mesures connexes	Données sur les déterminants sociaux de la santé pertinentes et opportunes
Faire preuve de créativité dans les manières de collaborer / bâtir des réseaux et faire participer les communautés de pratique	Clarté des rôles, particulièrement au niveau fédéral et provincial	Engagement envers un objectif commun
Partage des données et des ressources	Identifier des champions / Les champions de la surveillance racontent son histoire	Investissement à long terme en capital financier et humain

Formation et perfectionnement professionnel	Stabilité du leadership et financement à long terme / plaidoyer en faveur des ressources en santé publique	Leadership, partenariat, priorités partagées et volonté politiques
Mobiliser les communautés pour instaurer la confiance	Préconiser l'intégration des systèmes, du partage des données, des compétences et de la formation	Contribution et collaboration du secteur privé et d'autres secteurs
Données opportunes et transparentes pour rendre compte	La direction manifeste son appréciation de la santé publique	Lier la surveillance à la recherche
Faciliter des moyens d'influence vers le haut en fournissant des conseils sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas / tirer parti des ressources existantes	Encourager la collaboration et le partage et mettre sur pied des structures pour faciliter la collaboration	Accès aux données et comparabilité / normalisation partout au pays afin d'apprendre des autres
Élargir les partenariats avec les laboratoires et en épidémiologie	Cohérence et normalisation	Priorités et volonté communes / éliminer les cloisonnements et savoir exactement ce que nous pouvons faire ensemble
Être conscient des exigences en matière de rapport	Formation sur les soins culturellement adaptés et tenant compte des traumatismes	Accroître la sensibilisation du public à la santé publique pour créer une image positive
Dépasser le cadre des régions et se concentrer sur les patients et les populations	Nous n'avons pas besoin de partir de zéro	Écouter les collectivités et effectuer un suivi en prenant des mesures
Énoncer clairement nos besoins de réussir	Changement de culture par le passage du non (accent sur le problème) au oui (accent sur la solution)	Suivre des principes de gestion allégée pour l'efficacité et l'affectation des ressources
Si les personnes ont des responsabilités, il faut leur donner l'autorité nécessaire pour faire leur travail (question de culture et/ou d'organisation)	Encourager une culture de l'importance et de l'utilisation des données	Intégrer les points de vue de la collectivité et des Inuits sur l'information sur la santé / établir un partenariat avec les peuples autochtones
Changer le terme « surveillance »	Mettre l'accent sur l'objectif d'impact sur les résultats pour la santé publique	Intégrer le point de vue des jeunes
Clarifier les rôles / déségrégationner les équipes	Habilitation significative des Premières Nations à utiliser les données	Mettre l'accent sur le bien-être

Examiner les réussites dans les zones (autorités sanitaires) afin de trouver des outils pouvant être utilisés ailleurs	Encourager la main-d'œuvre permanente	
	Établir un partenariat officiel avec les centres de collaboration nationale	

### Ce que cela signifie pour la vision

**En dépit des nombreuses frustrations liées aux méthodes de collecte et aux analyses de la surveillance de la santé publique, ainsi qu'aux possibilités de travailler avec les collectivités pour présenter et utiliser les données, les participants aux séances de mobilisation régionales étaient largement optimistes quant à l'avenir.** En travaillant en petits groupes et, en raison de la nature de l'exercice, en s'inspirant des idées de chacun, ils ont été en mesure de déterminer des façons d'aller de l'avant, pour eux-mêmes et leurs collègues immédiats. Toutefois, il existe d'importantes possibilités pour les gouvernements de renforcer les services de surveillance de la santé publique, et pour l'ASPC de fournir un leadership et des soutiens supplémentaires à certains endroits, sous forme de guides de normalisation de la collecte et des ensembles de données, de contextualisation des rapports de données et de travail avec les communautés. La mise à jour des logiciels et l'accès à de nouveaux ensembles de données peuvent être séduisants, mais sans la main-d'œuvre spécialisée et qualifiée nécessaire, il n'est pas possible de réaliser la vision de la surveillance de la santé publique.

## Thèmes transsectoriels et liens avec les processus de surveillance

L'information et les points de vue recueillis auprès des participants partout au Canada ont révélé un certain nombre de thèmes transsectoriels ayant trait aux processus de surveillance de la santé publique et à l'utilisation des données en résultant.

### Pour les participants, le système de surveillance idéal :

- est centré sur les patients, la collectivité et les personnes;
- est ancré dans des relations intentionnelles et fondées sur la confiance;
- est facilité par une main-d'œuvre soutenue par un financement durable et des occasions de formation qui favorisent l'expertise propre à la surveillance, l'engagement et le perfectionnement professionnel continu;

- comprend des connaissances holistique, sur le bien-être, qualitatives, traditionnelles et autres, ainsi que les déterminants sociaux des données sur la santé;
- comprend des mécanismes de réciprocité des données et de l'information auxquelles on peut donner suite et qui conviennent au soutien de l'amélioration des résultats pour la santé de la communauté source;
- produit des ensembles de données et de l'information considérés comme un reflet exact et représentatif de la communauté, notamment en utilisant des technologies qui permettent une participation inclusive de la population et de la communauté;
- produit une base de données accessibles et fiables permettant de prendre des décisions opportunes en amont et en aval;
- établit un équilibre entre la vie privée et l'accès à l'aide d'instruments de politique convenant au type de données, à l'usage prévu et aux souhaits de la collectivité;
- utilise une infrastructure, des programmes et des services technologiques qui sont intégrés, appuyés par des processus rationalisés et des flux de travail qui réduisent les chevauchements, l'entrée de données et les exigences en matière de rapport, et qui sont accessibles dans toutes les administrations.

## Collecte de données

**Envisager de changer la terminologie et de redéfinir la portée de la surveillance.** Le terme « surveillance » était considéré comme problématique, et la terminologie a déjà évolué pour utiliser indifféremment « évaluation » et « surveillance ». Dans toutes les régions et tous les sujets de discussion, on croyait fermement que les données devraient aller au-delà des maladies infectieuses et des agents pathogènes pour inclure les déterminants sociaux de la santé, les données non médicales et les données qualitatives.

Cela signifie que l'on passe de l'identification et du suivi des cas et des taux de maladies ou d'agents pathogènes à une reconnaissance opérationnelle des facteurs qui contribuent à la santé, au bien-être et à la maladie. L'expérience vécue, les récits, le savoir traditionnel et les données sociales seraient valorisés au même titre que les données épidémiologiques et de laboratoire.

La surveillance devrait aussi inclure tous les membres de la population afin de produire des données exactes et fiables auxquelles on fait confiance, car elles sont de grande qualité et reflètent véritablement la collectivité. Il faut combler les lacunes dans l'information en identifiant les populations actuellement sous-représentées dans la surveillance ou confrontées à un désavantage structurel.

**La surveillance dépend des relations. Les systèmes et les processus sont élaborés avec les collectivités qui fournissent les données.** Nous avons entendu que des facteurs sociaux et contextuels, tels que la confiance, le respect et la transparence perçue, sous-tendent la collecte de données. Il faut jeter un pont entre les données et les relations. Le cycle complet de participation communautaire ancre la

surveillance dans les communautés au sujet desquelles les données sont recueillies. L'établissement d'une réciprocité avec les communautés sur le plan de leurs données bâtit la confiance et un engagement durable qui dépassent la période de collecte des données et ressemble davantage à un partenariat. Un engagement manifeste à faire profiter la collectivité des avantages de l'activité de surveillance pour améliorer la santé peut être une façon de rebâtir ou de développer la confiance.

**La capacité de la main-d'œuvre doit s'harmoniser avec les compétences et les ressources particulières nécessaires à la surveillance.** Nous avons entendu que les travailleurs doivent être soutenus par une formation et des ressources leur permettant d'atteindre les objectifs et de répondre aux exigences de la surveillance. Il est possible d'examiner un plus grand rôle de la formation propre à la surveillance dans le cadre de programmes d'études officiels et de perfectionnement professionnel continu. Le renforcement des capacités pourrait être anticipé et planifié afin de garantir que les rôles, les compétences et le niveau d'engagement nécessaires pour donner vie à la vision de la surveillance sont des caractéristiques d'une main-d'œuvre bien préparée et confiante.

## Gestion des données

**Rassembler les éléments.** L'interopérabilité est nécessaire pour les systèmes et les personnes. Nous avons entendu des appels en faveur d'un système technologique national fédéré, mais aussi des avertissements contre le risque qu'une approche unique ne tienne pas compte des besoins locaux ou régionaux ou ne réponde pas à ceux-ci. Dans un secteur où les ressources sont limitées, la mise à profit ciblée de la capacité actuelle pourrait être une stratégie clé en vue d'optimiser les ressources temporelles, financières et humaines.

**Tirer parti des éléments existants.** L'utilisation des éléments en tant que tremplin de l'amélioration pourrait se traduire par des gains rapides en évitant les perturbations associées à la conception et à la mise en œuvre de nouvelles initiatives. Certains exemples de ce qui fonctionne bien pourraient être exploités dans toutes les régions et contribuer à combler les lacunes propres au contexte. Ceci pourrait dépasser le cadre de la technologie et des systèmes pour s'appliquer aux tables et aux réseaux professionnels, aux stratégies de participation communautaire et aux relations avec les chercheurs et les universitaires.

## Analyse et interprétation

**La surveillance doit redonner.** Une préoccupation fréquemment exprimée est que la surveillance est perçue à l'heure actuelle comme une surveillance des personnes, et comme quelque chose qui est « fait » aux renseignements des personnes; c'est un processus à sens unique. Les informations tirées des données devraient idéalement être remises à la collectivité en offrant un soutien à l'application des connaissances et à sa mise en œuvre. Les personnes fournissant les données ne devraient pas considérer que le processus de surveillance prend fin une fois que leurs renseignements font partie d'un

ensemble de données, mais plutôt comprendre qu'il s'agit d'un cercle complet au centre duquel se trouve leur bien-être.

**Action.** Selon certains participants, les activités de surveillance donnaient l'impression de collecter des données dans le seul but de recueillir des données. Il est important de déterminer et de communiquer les étapes qui suivent la collecte et l'analyse des données pour les collectivités, les responsables de la collecte et les utilisateurs des données, afin d'assurer la confiance et la transparence. Cela peut être particulièrement important lorsqu'on traite avec des populations structurellement désavantagées ou qui pourraient être préoccupées par le partage des données pouvant mener à une stigmatisation.

**Appliquer plusieurs optiques d'analyse.** Les optiques d'analyse des déterminants sociaux de la santé, de l'équité et de la représentation appropriée représentaient un élément important de l'utilisation des données pour les participants. Elles comprennent la présentation explicite du contexte des données sur les populations subissant des charges disproportionnées ou susceptibles d'être affectées de manière disproportionnée par les décisions issues de l'analyse des données.

**Désagréger les données.** Les données doivent être accessibles sous forme désagrégée pour soutenir les mesures appropriées et l'équité. La capacité d'analyser les données fondées sur les distinctions peut combler les écarts dans la compréhension de l'état et des besoins non satisfaits de la population, et éclairer les décisions portant sur les mesures, l'intervention et la réduction des risques. Elle peut en outre contribuer à la confiance et à la transparence du fait que les personnes se retrouvent dans l'analyse, l'interprétation et les décisions.

## Diffusion de l'information

**Des messages de confiance par des messagers de confiance.** La confiance peut s'être érodée entre le public et la surveillance, entre les administrations publiques et entre le personnel et les données. Les activités de surveillance doivent rejoindre les collectivités sources et le public au milieu des vagues simultanées d'informations sur la santé et être pertinentes. L'analyse du public pour déterminer qui est digne de confiance peut permettre une application des connaissances ciblée et pertinente. L'information en temps réel et l'amélioration de l'actualité des données constituent un aspect essentiel de l'amélioration de la prise de décisions en amont et en aval, ainsi que de la perception des données de surveillance comme un outil important de prise de décisions. La surveillance semble aussi être souvent perçue comme hiérarchique, les demandes, les exigences et les décisions provenant du haut et se dirigeant vers le bas. Grâce à un engagement envers une communication transparente et une véritable collaboration accompagnée d'un suivi, il serait possible d'établir des relations de confiance dans l'ensemble des administrations et des secteurs.

**Parvenir à une approche consensuelle en matière de partage des données.** Les vues sur le partage des données s'étendaient du partage obligatoire à la réduction du partage afin de protéger contre la stigmatisation et de préserver les droits individuels, en passant par l'élargissement des accords et des protocoles d'entente ayant trait au partage des données. L'équilibre entre l'accès, la protection de la vie privée et l'utilisation devra être atteint par la collaboration. Le rôle de l'éthique et la possibilité d'établir un cadre éthique de la surveillance, comme l'ont suggéré certains participants, pourraient servir de fondement au partage des données, ainsi qu'à d'autres éléments du processus.

**L'application des connaissances fait partie du processus de surveillance.** La mobilisation et le courtage stratégiques et systématiques des connaissances fermeraient les boucles et faciliteraient l'utilisation prévue des données et des connaissances de manière optimale. Le transfert des connaissances soutiendrait le retour des données à leur source au niveau de la collectivité pour assurer la transparence et/ou l'action, et permettrait l'adoption en aval, en amont et au point d'intervention pour le partage des données.



## Annexe A – Évaluations

Nous avons reçu 118 réponses au sondage pour toutes les consultations; plus 92 % des participants ont dit que la séance avait été très bonne ou excellente.

La rétroaction comprenait des commentaires sur ce qui a bien fonctionné pour les participants et des suggestions d'amélioration. De nombreux participants ont aimé avoir l'occasion de discuter, de rencontrer des collègues de différentes disciplines et d'entendre un éventail de points de vue, ainsi que l'animation et le format. Certains auraient aimé recevoir de la documentation d'avance, ont estimé que la séance aurait dû être un peu plus longue pour mieux saisir les perspectives, et auraient souhaité une plus grande diversité dans l'expertise et les fonctions en santé publique représentées. Certaines citations des participants sont présentées ci-dessous.

### Ce que nous avons entendu : Résultats de l'évaluation

Ce qui a bien fonctionné	Suggestions d'amélioration
« Activités extrêmement bien organisées, bon déroulement et bonne gestion du temps (ce qui n'est pas facile avec un groupe passionné!). »	« Une plus grande représentation des différents niveaux, populations et communautés. Et davantage d'employés de première ligne auraient dû être inclus. »
« Les séances en petit groupe ont bien fonctionné et j'ai aimé le fait qu'on a employé des approches différentes pour les petits groupes. »	« Je crois qu'un petit exercice avant m'aurait aidé à réfléchir à la place qu'occupent mes éléments dans le tableau global. »
« La qualité des animateurs et des invités de la consultation. »	« Peut-être une lecture préparatoire pour être mieux préparé à formuler nos réponses? »
« L'occasion de contribuer et de représenter mon domaine. »	« J'aurais aimé en savoir plus sur le type d'initiatives en cours. La façon dont les provinces communiquent avec l'ASPC. »
« J'ai aimé les séances en petits groupes et les activités de carrousel, et le fait que chaque voix était valorisée. »	« Des places et des groupes organisés de manière délibérée afin de profiter d'une plus grande représentation dans les réponses. »
« J'ai aimé le fait qu'en plus d'atteindre les objectifs de la consultation, la discussion a aidé notre communauté locale à déterminer ce que nous pouvons mieux faire. »	« La discussion semblait s'éloigner du sujet de la surveillance. Il aurait été bon de formuler les questions dans le contexte de la surveillance. »

« J'ai vraiment aimé la diversité des compétences et des études des personnes présentes. C'était formidable d'entendre différents points de vue. »

« Une meilleure description de la façon dont nous cherchons des solutions au niveau provincial ou national. »

