Realigning Health Canada: Form Before Function?

Richard G. Mathias

The long-awaited transition of Health Canada has been announced. The details can be found on Health Canada's website: <http://www.hc-sc.gc.ca>, in the news reports for April 17, 2000.

The news release noted, "The current Health Protection and Health Promotion and Programs Branches will be realigned into three new branches: Health Products and Food, Environmental and Product Safety, and Population and Public Health. In addition, an Office of the Chief Scientist, reporting to the Deputy Minister, will be created to bring greater leadership, coherence and expertise to the strategic direction of science in the Department. The activities of the Medical Services Branch will be realigned to focus exclusively on Aboriginal health issues and the delivery of health services to First Nations and Inuit communities. Health Canada will take steps to strengthen its operations in Atlantic Canada, Quebec, Ontario and Nunavut, Manitoba and Saskatchewan, Alberta and the Northwest Territories, and British Columbia and the Yukon.

Within the Population and Public Health Branch, a series of centres have been created: Centre for Surveillance Coordination and Public Information, Centre for the Promotion of Healthy Families and Social Environments, Centre for Chronic Diseases Prevention, Centre for Communicable Diseases Prevention, Laboratory for Human and Animal Health (Winnipeg), Laboratory Centre for Enteric and Zoonotic Diseases (Guelph) and Strategic Planning.

At first glance, the new centres look very much like the previous structures renamed.

The dichotomy of "chronic and communicable" diseases continues without a structural acknowledgement that advances in molecular and genetic epidemiology have blurred this distinction to irrelevance in many cases. Injuries, except for those buried in the Centre for the Promotion of Healthy Families and Social Environments, appear to have disappeared, in spite of their importance as one of the specific topics noted in the Second Report on the Health of Canadians. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/stat/eng/report.html>.

The transition to Population and Public Health Branch is an opportunity to change the form to reflect the needed changes in function. Changes in federal leadership to allow the implementation of such concepts as those described in the Institute of Medicine's "Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring" are not apparent in this form rather than function description. There is little evidence of a concerted attempt to measure health outcomes using such measures as years of healthy life, quality-adjusted life years or disability-adjusted life years as measures of the performance of the health system in general and the health care system specifically. How the reorganized Health Canada will assist communities in planning their health programs and evaluating the health outcomes the programs are designed to affect is not clear in this realignment of Health Canada. With the current debates over health care delivery, the task of measuring the outcomes of the health care expenditures in terms of the health of Canadians is an urgent and unmet need. There is no evidence of an outcomes-oriented and mandated centre within the realigned Health Canada.

The leadership in the area of surveillance in public health has been assumed by the

Centers for Disease Control in the United States with their behavioural risk factor surveillance system, a system that is now the basis for developing and evaluating health indicators for communities. Although such a function may be developed in the new Centre for Surveillance Coordination and Public Information, it is hard to see how this will not fall into the jurisdictional quagmire of the past with competing centres looking out for their specific interests and not having the mandate, the function, or the structure to look at health issues which overarch the centre concept. For example, Mental Health in particular needs a strong federal leadership role in post-traumatic stress syndrome in both the military and civilian populations. The place for such a role is not clear in this realignment.

What new accomplishments are expected from the shuffle performed above? What are the expected outcomes from this tremendous expenditure of people's energy and creativity that justifies channelling the resources into realignment rather than other activities? Are the opportunity costs reflected by this major activity justified in spending them this way rather than starting or maintaining a program to prevent child abuse, for example? Simple re-grouping of departments may permit some logistical efficiencies, but where are the outcomes outlined? The realignment is an opportunity to discuss present and future needs for implementation of health programs at the local, regional and national levels, to plan and implement the functional changes that would facilitate the accomplishment of measurable health goals and to facilitate the system that would determine whether the goals of Health Canada were being accomplished such that the health of Canadians was being improved by effective

Professor and Chair, Division of Public Health Practice, Department of Health Care & Epidemiology, University of British Columbia

programs rather than in spite of ineffective ones.

The question yet to be answered for the public health community, practitioners and academics, is whether the current change in form reflects a larger plan for changes in function, or whether the changes in form reflect the status quo in new dress. All are

invited to respond to identify organizational approaches, additional steps to strengthen our ability to face current and future challenges and activities and functions for the directorates by commenting to David Dodge, the Deputy Minister of Health Canada, directly at DM-Health_SM-Sante@hc-sc.gc.ca and/or through their MPs.

If the public health community needs, activities and functions are not currently identified, now is the time to work with the Canadian Public Health Association to bring a functional plan to the realigned Health Canada.

Le remaniement de Santé Canada : a-t-on sacrifié la fonction à la forme?

Richard G. Mathias

L'évolution tant attendue des structures de Santé Canada est chose faite. On en annonce les détails sur le site Web de Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca>, dans un communiqué du 17 avril 2000.

« Les actuelles directions générales de la protection de la santé ainsi que de la promotion et des programmes de santé seront remaniées en trois nouvelles directions générales : Produits de santé et aliments, Sécurité des milieux et des produits, et Santé de la population et santé publique. Le Bureau de l'expert scientifique en chef, relevant du sous-ministre, sera également établi pour apporter, sur le plan scientifique, un leadership, de la cohérence et des connaissances accrues, à l'orientation stratégique du ministère. Les activités de la Direction générale des services médicaux seront remaniées pour

traiter exclusivement des questions de santé des Autochtones et fournir des services de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits. Santé Canada prendra des mesures pour renforcer ses opérations au Canada atlantique, au Québec, en Ontario et au Nunavut, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et dans les Territoires du Nord-Ouest, ainsi qu'en Colombie-Britannique et au Yukon. »

À la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, on a créé de nouvelles subdivisions : le Centre de coordination de la surveillance et des renseignements, le Centre de promotion de milieux familiaux et sociaux sains, le Centre de prévention des maladies chroniques, le Centre de prévention des maladies transmissibles, le Laboratoire pour la santé humaine et animale (Winnipeg), le Laboratoire des maladies entériques et des zoonoses (Guelph) et la Planification stratégique.

De prime abord, les nouveaux centres ressemblent beaucoup aux anciennes struc-

tures rebaptisées. La dichotomie entre maladies « chroniques » et « transmissibles » persiste; les nouvelles subdivisions ne traduisent pas les progrès de l'épidémiologie moléculaire et génétique, qui ont estompé la distinction entre les deux catégories jusqu'à éliminer leur pertinence dans bien des cas. Les blessures, malgré l'importance qui leur est accordée dans le *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, dont elles constituaient l'un des grands thèmes (voir <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/stat/fren/rapport.html>), semblent avoir disparu, sauf pour la portion ensevelie dans le Centre de promotion de milieux familiaux et sociaux sains.

La transition vers la Direction de la santé de la population et de la santé publique présente l'occasion de faire évoluer celle-ci pour l'adapter à son rôle dans l'organisation. Dans la description offerte, la fonction est sacrifiée à la forme; on n'entrevoit aucun changement du leadership fédéral

Professeur et président de la Division de l'organisation sanitaire, Département des soins de santé et d'épidémiologie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC

qui favoriserait la mise en œuvre de concepts comme ceux décrits dans le rapport *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring* de l'Institute of Medicine. On ne semble pas avoir fait d'effort concerté pour mesurer les résultats en matière de santé en fonction de critères comme le nombre d'années en bonne santé, les années de vie pondérées par la qualité ou les années de vie pondérées par l'invalidité pour évaluer la performance du système de santé dans son ensemble et du régime de soins de santé en particulier. On ne voit pas très bien comment Santé Canada, sous sa nouvelle forme, aidera les collectivités à planifier leurs programmes de santé et à évaluer les résultats de santé que ces programmes visent à améliorer. Comme en témoignent les manchettes sur la prestation des soins de santé, il faut de toute urgence s'employer à mesurer les résultats des dépenses sur la santé de la population canadienne. Or, dans la nouvelle structure de Santé Canada, on note l'absence d'un centre dont le mandat serait axé sur les résultats.

Ce sont maintenant les *Centers for Disease Control* américains qui prennent les devants pour ce qui est du contrôle de la santé publique, grâce à leur système de surveillance des facteurs de risque liés au comportement, à partir duquel on élabore et on évalue désormais les indicateurs de santé des collectivités. Bien qu'une telle fonction puisse émaner du nouveau Centre

de coordination de la surveillance et des renseignements, on voit mal comment on évitera de s'enliser dans les guerres de compétences du passé, les différents centres agissant dans leur intérêt particulier et n'ayant ni le mandat, ni la fonction, ni la structure nécessaires pour étudier les questions de santé déterminantes pour tous les centres. En santé mentale, par exemple, il faudrait que l'administration fédérale joue un rôle de chef de file pour ce qui est du syndrome du stress post-traumatique dans les populations civiles et militaires. On ne voit pas clairement qui exercerait ce rôle dans la nouvelle structure.

Quelles réalisations attend-on du remaniement annoncé? Quels sont les résultats escomptés de cette immense dépense d'énergie et de créativité, et nécessitent-ils que l'on canalise des ressources vers un remaniement plutôt que vers d'autres activités? Les coûts d'opportunité que suppose ce grand remue-ménage se justifient-ils? Il aurait peut-être mieux valu, par exemple, consacrer ces fonds au lancement ou au maintien d'un programme de prévention de la violence à l'égard des enfants. Le simple réagencement de services pourrait engendrer des économies de logistique, mais où a-t-on défini les résultats que l'on veut obtenir? Le remaniement offre l'occasion de discuter des besoins actuels et futurs de la mise en œuvre de programmes de santé aux paliers local, régional et national, de planifier et

d'instaurer des changements fonctionnels qui nous rapprochent de buts mesurables en matière de santé et de promouvoir, à Santé Canada, un système qui déterminera si le Ministère atteint véritablement sa cible, c'est-à-dire si la santé des Canadiens s'améliore grâce à l'efficacité des programmes plutôt qu'en dépit de leurs lacunes.

Une question reste sans réponse pour les intervenants, les médecins et les chercheurs de la santé publique : la nouvelle forme traduit-elle un plan général d'évolution de la fonction du Ministère, ou ne fait-elle que déguiser le statu quo? Nous vous invitons, tous et toutes, à réagir en proposant des démarches organisationnelles et de nouvelles mesures, activités et fonctions qui renforceront notre pouvoir de relever les défis présents et à venir. Adressez directement vos commentaires à David Dodge, le sous-ministre de Santé Canada, à l'adresse DM-Health_SM-Sante@hc-sc.gc.ca, ou contactez votre député.

Si les besoins, les activités et les fonctions de la communauté de la santé publique ne sont pas encore définis, le temps est venu pour Santé Canada de collaborer avec l'Association canadienne de santé publique à l'avènement d'un plan fonctionnel à l'appui du remaniement annoncé.