CE QUE NOUS AVONS ENTENDU

Renouvellement et renforcement du système de santé publique au Canada

Rapport supplémentaire au rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada en 2021

Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada

Canada

Table des matières

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada 4

Résumé 5

Principaux thèmes de ce que nous avons entendu 5

Acronymes 10

Introduction 11

Consultation des intervenants 12

Séance d'échanges « Meilleurs cerveaux » 12

Groupes de discussion 12

Entretiens avec les principaux informateurs 13

Analyse des données et production de rapports 14

Principales constatations 15

Attributs du système de santé publique 15

Besoin d'encadrer clairement le système de santé publique pour accroître la visibilité et la compréhension de la valeur de la santé publique 16

Faire participer la collectivité au système de santé publique compte tenu de son rôle essentiel 17

Assurer des investissements adéquats dans le système de santé publique 19

Élaborer un système fondamental de données sur la santé publique 21

Assurer des ressources humaines adéquates en santé publique 24

Améliorer la gouvernance du système de santé publique 26

Améliorer la recherche en santé publique. 32

Tirer parti des réussites liées à la pandémie de COVID-19 et en apprendre des défis 34

Lutter contre les iniquités et celles vécues par les Autochtones comme élément fondamental à la santé publique. 36

Examiner les liens entre les soins primaires et le système de santé publique. 37

Lutter contre la mésinformation et la désinformation en santé publique 37

Encourager l'innovation dans le système de santé publique 38

Domaines prioritaires pour le système de santé publique au Canada 38

Commentaires supplémentaires sur les processus de transformation du système de santé publique au Canada 39

Conclusion. 40

Annexe A : Liste des participants à l'échange Meilleurs cerveaux 41

Annexe B : Ordre du jour annoté des échanges « Meilleurs cerveaux » 45

Annexe C : Liste des participants aux groupes de discussion 49

Annexe D : Objectifs des groupes de discussion et questions de discussion 55

Annexe E : Liste des personnes interviewées 58

Annexe F : Questions d'entrevue 59

Références. 60

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada

Chaque année, l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) publie un rapport sur l'état de la santé publique au Canada. Cette année, mon rapport annuel décrit les répercussions continues de la pandémie de COVID-19 sur la santé des Canadiens et met en lumière un certain nombre de défis et de possibilités pour le système de santé publique à l'avenir. L'objectif global de ce rapport est d'offrir une vision prospective pour transformer le système de santé publique du Canada en un système de calibre mondial, ce qu'il peut et devrait être.

Pour amorcer une conversation sur ce que pourrait entraîner la transformation du système de santé publique, il était important pour moi d'entendre les points de vue et les expériences des dirigeants, des praticiens, des chercheurs et des décideurs en santé publique. Ce rapport résume les thèmes de six groupes de discussion virtuels, y compris une séance virtuelle d'échanges « Meilleurs Cerveaux » (ÉMC) et six entrevues avec des informateurs clés.

Je tiens à remercier la Dre Elizabeth Dyke d'avoir animé et documenté ces discussions, ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada d'avoir parrainé, accueilli et co-organisé la séance d'EMC. Enfin, je souhaite aussi remercier les quelque 150 participants qui ont fait part de leurs réflexions, de leurs points de vue et de leurs idées pour aider à façonner une vision de la transformation du système de santé publique, et qui joueront certainement un rôle déterminant à mesure que nous accomplirons des progrès ensemble.

Dre Theresa Tam
Administratrice en chef de la santé publique du Canada

Nous tenons à reconnaître respectueusement que le Canada est le territoire traditionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et nous reconnaissons leurs histoires et leurs cultures diversifiées. Nous tenons à mettre en place des partenariats respectueux avec les Autochtones dans le but d'ouvrir la voie à une guérison collective et une réconciliation véritable. Bien que nous n'ayons pas eu la chance de nous rencontrer en personne, nous avons quand même pu nous réunir virtuellement à travers le pays pour participer à des conversations animées par des personnes et des organisations situées sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin à Ottawa.

Résumé

En avril 2021, le Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada a entamé un processus de discussion avec un large éventail d'intervenants clés afin de recueillir de l'information et des points de vue sur les principaux éléments systémiques d'un futur système de santé publique et d'entendre des mesures concrètes pour un changement durable. Le but était de recueillir les points de vue des intervenants pour aider à bâtir une vision prospective d'un système de santé publique renforcé, y compris les éléments fondamentaux d'un système de santé publique repensé et les priorités en matière de changement transformationnel. Divers groupes ont été consultés, y compris des intervenants d'organismes de santé publique, du milieu universitaire, d'organismes communautaires et du gouvernement.

Trois approches différentes ont été utilisées pour recueillir des commentaires, soit une réunion d'échange Meilleurs cerveaux (en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada), des groupes de discussion et des entrevues avec des intervenants clés. Plus de 150 intervenants ont participé à ces discussions. Le présent rapport « Ce que nous avons entendu » résume les principaux thèmes de ces discussions.

Principaux thèmes de ce que nous avons entendu

1. **Cadrer de façon très explicite le système de santé publique pour accroître la visibilité et la compréhension de la valeur de la santé publique.** Un défi majeur auquel fait face le système de santé publique est le manque d'accord entre ceux et celles qui y travaillent sur ses composantes. De plus, les parties prenantes, y compris le public et les politiciens, comprennent peu ce qu'est la santé publique dans son ensemble. De nombreux participants ont signalé une sous valorisation de la santé publique, et ce, au sein même du système de santé en général. Par conséquent, il est nécessaire d'assurer une compréhension commune qui explique ce qu'on entend par « la santé publique » et « le système de santé publique ».
2. **Mobiliser la collectivité compte tenu de son rôle essentiel.** L'un des principaux défis identifiés était compte tenu de son rôle essentiel, la nécessité d'impliquer la collectivité dans la santé publique, y compris dans l'élaboration d'une vision pour le système de santé publique au Canada. L'engagement communautaire est la clé pour assurer la responsabilité collective en santé publique.

Pour mobiliser davantage la collectivité, il a été suggéré de doter le palier local de ressources adéquates, d'effectuer l'analyse des forces au sein des collectivités, de veiller à ce que le niveau de littératie soit compréhensible, de collaborer et coordonner avec les organismes communautaires, de veiller à ce que des mécanismes soient en place pour un dialogue avec le public, de fournir des fonds pour l'engagement des communautés, d'écouter ce que le public canadien a à dire (p. ex., sondages), d'avoir des représentants communautaires aux tables décisionnelles et d'appuyer les mouvements communautaires.

3. **Investir adéquatement dans le système de santé publique.** Le consensus général est que le système de santé publique dans son ensemble n'est pas suffisamment financé et que le manque de ressources constitue un défi de taille. De plus, la santé publique est sujette à des compressions budgétaires comparativement à d'autres secteurs du système de santé. Par conséquent, de nombreux participants étaient d'avis qu'il est essentiel de préconiser un investissement dans le système de santé publique pour veiller à ce que des ressources adéquates soient allouées et que le système soit priorisé. Les participants ont signalé qu'il faut démontrer que le travail en santé publique a un rendement plus élevé en termes d'avantages économiques et sociaux que les soins de santé, et que, par conséquent, le système de santé publique doit faire l'objet d'un financement constant au fil du temps, et non pas en fonction de l'existence d'une crise en cours.

4. **Élaborer un système de données sur la santé publique.** Lorsque les fonds consacrés à la santé publique sont insuffisants, cela diminue certaines activités de promotion-prévention, et en l'absence de ces activités, la population demeure aux prises avec des comportements qui sont coûteux en soins de santé et pour la société en général. À cette fin, les intervenants ont souligné le besoin de données pour justifier le financement du système de santé publique et assurer des niveaux de financement appropriés. Les participants étaient d'avis qu'il est essentiel d'apporter une meilleure compréhension de la portée du système de santé publique en ce qui a trait aux programmes, aux activités, au financement et à la main-d'œuvre. De l'avis général, l'absence d'un système de données de base en matière de santé publique est une lacune majeure qui doit être comblée de toute urgence pour pouvoir prendre des décisions fondées sur des données probantes. Les données sur la santé publique actuellement disponibles sont fragmentées, désuètes, non désagrégées et pas recueillies au bon moment. L'emphase sur l'équité, y compris la décolonisation des données et la reconnaissance des différents systèmes de connaissances, a également été jugée essentiel. Deux grands groupes de données manquantes ont été mis en évidence :

- Les données complètes de surveillance de la santé de la population : cela comprend des indicateurs communs de la santé de la population, des données de modélisation et des données désagrégées (p. ex., par race, autochtonie, niveaux de sous-population).
- Les données sur le système officiel de santé publique : cela inclut des données pour comprendre la portée et l'ampleur du système de santé publique, comme les ressources humaines en santé actuellement dans le système de santé publique, les investissements actuels et l'incidence des investissements dans le système de santé publique sur les résultats.

5. **Assurer des ressources humaines adéquates en santé publique.** Les participants ont souligné les défis liés à la capacité en ressources humaines en santé publique. On s'entend généralement pour dire qu'il faut investir dans le système de santé publique, y compris les systèmes de santé publique locaux, pour renforcer la capacité des ressources humaines du secteur tant pendant les pandémies (y compris la capacité de pointe) qu'en dehors des pandémies. Un certain nombre de médecins en santé publique ont signalé qu'il faudrait les désigner comme des spécialistes du système de santé publique compte tenu de leur formation importante dans le domaine. Avoir une compréhension de la capacité de la main-d'œuvre actuelle dans le système de santé publique ainsi que la main-d'œuvre nécessaire aidera à relever certains défis en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé.

6. **Établir des mécanismes de responsabilisation clairs.** Il y a un manque de responsabilisation claire à l'égard du système de santé publique au Canada. Il faut définir en quoi le système de santé publique diffère du système de soins de santé, le rôle du système de santé publique et celui des praticiens. En fonction des précisions obtenues, il faudra définir des résultats clairs et mesurables pour le système de santé publique et élaborer des modèles de responsabilisation axés sur les résultats.

7. **Clarifier les rôles et la coordination entre les administrations dans le système de santé publique.** Les participants ont décrit qu'étant donné le système fédéré du Canada et la prestation des services de santé publique aux niveaux provincial, territorial et local, il n'y a pas qu'un seul système de santé publique au Canada, mais plutôt plusieurs systèmes de santé publique. Dans ce contexte, chaque juridiction inclut la santé publique à différents niveaux. Cela se traduit par une complexité juridictionnelle et souvent par l'absence d'un système de santé publique cohérent au Canada. Il faut accroître la coordination, la cohérence et les liens entre les juridictions. Tout au long des discussions, des rôles clés ont été définis pour le gouvernement fédéral dans le système de santé publique, y compris l'élaboration d'orientations nationales, des fonctions consultatives nationales, des rôles de leadership liés à l'établissement d'objectifs et de stratégies en collaboration avec d'autres administrations et la mise en place de mécanismes pour relier les systèmes locaux de santé publique au niveau fédéral. Un aspect essentiel de la gouvernance du système de santé publique au Canada consiste à assurer une expertise en santé publique Autochtones.

8. **Envisager d'améliorer les mécanismes de gouvernance.** La gouvernance du ou des systèmes de santé publique au Canada est considérée comme un défi. Comme la santé publique n'est pas inscrite dans la *Loi canadienne sur la santé*, chaque juridiction met en œuvre des activités de santé publique qui lui est propre. Cela entraîne un manque de cohérence et d'uniformité dans l'ensemble du système de santé publique au Canada. Il est généralement convenu qu'il pourrait y avoir une meilleure harmonisation entre les systèmes de services et de programmes au Canada et entre les juridictions afin d'assurer une plus grande cohérence et uniformité, ainsi qu'un système de santé publique renforcé à tous les niveaux. Les participants ont souligné la nécessité d'articuler et d'institutionnaliser les rôles, les responsabilités, la responsabilisation et le financement en matière de santé publique afin d'assurer la durabilité et la stabilité de ce secteur au Canada. Plusieurs idées variées ont été présentées par les participants, aucun consensus n'a été atteint sur un mécanisme idéal. Parmi les idées avancées, mentionnons divers outils législatifs

fédéraux, des visions et des plans à plus long terme et des mécanismes de financement dans le cadre de la capacité à dépenser du gouvernement fédéral pour assurer un système de santé publique de base et faire progresser le travail collectif.

9. **Assurer la collaboration intersectorielle dans le système de santé publique.** Le travail en santé publique est de nature intersectorielle. L'intégration et la coordination entre les secteurs et les disciplines sont des éléments essentiels pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Certains participants ont signalé qu'une approche pangouvernementale, ou une approche « La santé dans toutes les politiques », est requise dans le système de santé publique. Différents secteurs doivent être représentés aux tables de concertation sur les déterminants sociaux de la santé et les iniquités. Des mécanismes réguliers doivent être mis en place pour assurer la collaboration entre les secteurs et les disciplines et entre les différents niveaux du système de santé publique.

10. **Tenir compte des tensions sur le plan de l'indépendance des médecins hygiénistes.** Le manque d'indépendance perçu des médecins-hygiénistes et, par conséquent, du système de santé publique en général, que ce soit à l'échelle locale, provinciale/territoriale ou fédérale, est un défi qui a été relevé. Il est vrai que les données probantes sur la santé publique ne sont pas le seul facteur dont tiennent compte les dirigeants politiques lorsqu'ils prennent des décisions au cours d'une pandémie. Il peut y avoir une tension entre l'autonomie et l'influence dans le système de santé publique. Certains participants ont indiqué qu'il est important d'être à la table de décision du gouvernement. Cela permet de s'assurer que l'expertise en santé publique fasse partie du processus décisionnel, afin d'aider à influencer les décisions et à négocier.

11. **Améliorer la recherche sur le système de santé publique.** Il faut un programme national de recherche sur les systèmes de santé publique en général, y compris des examens mandatés ou des travaux de recherche sur les pratiques exemplaires dans les systèmes de santé publique. Ce programme abordera aussi la gouvernance dans les systèmes de santé publique, les modèles de systèmes de santé publique et le recensement de l'effectif actuel en santé publique, le financement nécessaire et les répercussions lorsque le financement est réduit. Cette recherche pourrait aider à comparer, à surveiller et à évaluer les investissements en santé publique par rapport aux améliorations apportées. D'autres recherches sur l'économie de la santé (et le renforcement des capacités dans ce domaine) pourraient porter sur les interventions dans les systèmes de santé publique qui ont le plus d'impact. Les participants ont observé que la recherche intégrée est nécessaire (entre les universités et les décideurs, et entre les universités et les praticiens de la santé publique). De multiples modes de savoir en recherche ont également été identifiés comme étant essentiels, y compris la philosophie autochtone.

12. **Bâtir en prenant appui sur les réussites et apprendre des défis posés par la pandémie de la COVID-19.** La COVID-19 a attiré l'attention sur la santé publique et, par conséquent, de nombreux succès et défis ont émergé. De nouvelles façons de collaborer ont été élaborées, y compris des outils virtuels, et de nouveaux réseaux. Cette pandémie a réuni de nombreux secteurs, avec des objectifs communs. Elle a également montré que la santé et l'économie sont liées, soulignant un lien clair pour le public et les politiciens sur l'importance des déterminants de la santé. Il s'agit d'une occasion de continuer à accroître la visibilité et la valorisation du système de santé publique, ainsi que d'évaluer les constats et les résultats des rapports et des demandes de renseignements sur les épidémies antérieures (p. ex., le SRAS) et actuelles (COVID-19).

13. **Lutter contre les iniquités vécues par les personnes autochtones et celles qui sont au cœur de la santé publique.** Un rôle clé pour le système de santé publique est de lutter contre les iniquités. La COVID-19 a exacerbé les iniquités en matière de santé auxquelles sont confrontées certaines populations, notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les populations racisées et les populations à faible revenu. De manière générale, le système de santé publique doit prendre des engagements clairs pour continuer de combattre les iniquités et agir sur les déterminants structurels de la santé.

14. **Examiner les liens entre les soins primaires et le système de santé publique.** Les participants avaient des opinions partagées sur la meilleure façon d'aborder les liens entre les soins primaires/le système de santé et le système de santé publique. Certains participants ont laissé entendre qu'il faut resserrer les liens entre le système de santé publique et les soins primaires afin de réduire les silos et de mieux coordonner et intégrer le travail. D'autres ont suggéré qu'une optique de la santé de la population est nécessaire dans les soins de santé, y compris dans les rôles des prestataires de soins de santé. Aussi, les soins primaires pourraient être davantage axés sur la santé publique. D'autres participants ont exprimé des préoccupations au sujet de l'assimilation du système de santé publique dans le système de soins de santé et sont d'avis que le système de santé publique devrait être dissocié du système de santé.

15. **Lutter contre la mésinformation et la désinformation en santé publique.** La mésinformation etla désinformation sont considérées comme un défi de la santé publique qui prend de l'ampleur. La réticence à l'égard de la vaccination en est un exemple, c'est aussi un problème dans d'autres domaines de la santé publique (p. ex., fluoration de l'eau). Des stratégies actives sont nécessaires pour lutter contre la désinformation en santé publique et veiller à ce que les gens soient des usagers avisés ayant accès à des faits et à des chiffres provenant de sources fiables et fondées sur des données probantes.

16. **Encourager l'innovation dans le système de santé publique.** Quelques participants ont fait remarquer que le système de santé publique n'est pas reconnu pour son innovation et qu'il a la réputation d'être rigide, ce qui est considéré comme un obstacle possible à l'innovation. Il faut innover davantage dans le système de santé publique. Il y a de nombreux domaines d'innovation possibles, notamment les outils de TI, l'infrastructure numérique et l'automatisation.

17. **Domaines prioritaires pour le système de santé publique au Canada.** Pour aller de l'avant, un certain nombre de domaines prioritaires ont été définis pour le système de santé publique au Canada, notamment le changement climatique, les maladies non contagieuses, le vieillissement de la population, l'équité en santé, le programme de vérité et de réconciliation, la lutte contre le racisme, le revenu de base, la décriminalisation des personnes utilisatrices de drogues et la pauvreté. La prise en compte des déterminants sociaux de la santé, en particulier les déterminants touchés par la COVID-19 (p. ex., l'emploi, la consommation de substance, l'éducation, le revenu), a également été mentionnée comme un domaine clé.

Acronymes

ACSP	Administratrice en chef de la santé publique du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BACSP	Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique
CCN	Centre de collaboration nationale en santé publique
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CCS	Comité consultatif spécial (sur la COVID-19)
COVID-19	Maladie à coronavirus de 2019
EMC	Échange Meilleurs Cerveaux
EMER	Entente multilatérale sur l'échange de renseignements
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISPP	Institut de la santé publique et des populations de l'IRSC
MHC	Médecin hygiéniste en chef
RAM	Résistance aux antimicrobiens
RCSU	Réseau canadien pour la santé urbaine
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

Introduction

La pandémie de COVID-19 continue d'illustrer l'importance cruciale d'avoir un système de santé publique capable de se déployer et de s'adapter en période de crise, tout en veillant à disposer de la capacité à agir sur les problèmes de santé permanents.

Fondé sur l'expérience de la COVID-19 au Canada, le Rapport annuel de 2021 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (ACSP) présente une vision prospective pour un système de santé publique renforcé. Il décrit les éléments fondamentaux d'un système de santé publique repensé et les priorités de changement transformationnel fondées sur les meilleures données probantes disponibles et les commentaires de la communauté de la santé publique.

Pour soutenir l'élaboration du rapport annuel de l'ACSP, en avril 2021, le Bureau de l'ACSP (BACSP) a entamé un processus de discussion avec un large éventail d'intervenants clés afin de recueillir de l'information et des points de vue sur les principaux éléments au niveau d'un futur système de santé publique et des mesures concrètes pour un changement durable.

Ce rapport sur « Ce que nous avons entendu » résume les principaux thèmes de ces discussions. La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles de l'ASPC. Ce rapport n'est que l'un des nombreux intrants du rapport annuel de l'ASPC, y compris les documents commissionnés sur divers sujets clés. D'autres processus de renouvellement du système de santé publique ont également eu lieu en même temps, y compris les dialogues nationaux de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC sur la création de futurs systèmes de santé publique.[i]

[i] Pour en savoir plus, consultez le document des IRSC (2021). *Des systèmes de santé publique conçus pour l'avenir.* https://cihr-irsc.gc.ca/f/52413.html

Consultation des intervenants

Afin de s'assurer qu'un large éventail d'intervenants aient été consultés dans le cadre de ce processus, trois approches complémentaires ont été utilisées pour recueillir des commentaires, soit une réunion d'échange « Meilleurs cerveaux », des groupes de discussion et des entrevues avec des informateurs clés. Les divers groupes consultés comprenaient des intervenants d'organismes de santé publique, du milieu universitaire, d'organismes communautaires et du gouvernement.

Avant chaque groupe de discussion, le BACSP a présenté des diapositives sur le contexte et les objectifs du rapport, ainsi que la structure du rapport. Ces diapositives ont été envoyées à l'avance à chaque personne interviewée.

Séance d'échanges « Meilleurs cerveaux »

Les échanges « Meilleurs cerveaux » (ÉMC) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont des réunions d'une journée, sur invitation seulement, qui réunissent des décideurs de haut niveau, des chercheurs et des spécialistes de la mise en œuvre pour discuter de sujets d'intérêt commun hautement prioritaires liés à la santé.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et les IRSC ont coprésidé le 7 avril 2021 une rencontre ÉMC à laquelle ont participé 54 personnes, y compris les conférenciers. La séance virtuelle ÉMC a duré cinq heures, avec un mélange de présentations et de discussions. Cette séance a été animée par un représentant du BACSP et un consultant indépendant s'est chargé de la prise de notes. Veuillez consulter l'Annexe A pour la liste des participants.

Les objectifs de la séance ÉMC étaient les suivants :

- éclairer les éléments nécessaires dans le futur système de santé publique en explorant les domaines de base « écosystème de données et de recherche », « collectivité » et « gouvernance »;
- cerner les possibilités de nouveaux partenariats, modèles et solutions novatrices dans l'ensemble des domaines; et
- formuler des recommandations sur les priorités dans chacun des trois domaines en cernant des études de cas récentes ou en cours prometteuses.

Veuillez consulter l'Annexe B pour l'ordre du jour de la séance ÉMC.

Groupes de discussion

Cinq groupes de discussion virtuels de deux heures ont eu lieu avec un total de 106 personnes entre le 12 mai et le 8 juin 2021. Les discussions se sont déroulées avec des :

- chercheurs et leaders d'opinion touchés par la pensée systémique et l'innovation sociale;

- bénéficiaires de subventions des IRSC du secteur de la recherche sur le système de santé publique et l'innovation en matière d'infrastructure;
- membres du Forum des professionnels de la santé de l'ACSP;
- membres du Comité consultatif spécial sur la COVID-19 (y compris les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires, ainsi que d'autres membres du personnel ministériel fédéral clé); et
- médecins-hygiénistes locaux.

Veuillez consulter l'Annexe C pour la liste des participants aux groupes de discussion.

Ces groupes de discussion ont eu lieu virtuellement à l'aide de Microsoft Teams ou de WebEx. Ces consultations n'ont pas été enregistrées, mais des notes détaillées ont été prises. Dans l'ensemble, les objectifs des groupes de discussion étaient les suivants :

- discuter de nouvelles façons d'envisager le changement du système de santé publique;
- cerner les possibilités concrètes pour transformer la santé publique; et
- prioriser les mesures à prendre pour l'avenir.

Ces séances ont été animées par un consultant indépendant. L'ASPC a commencé chaque séance en fournissant le contexte du rapport et un aperçu de ce qui a été appris à ce jour. Les participants ont également été invités à envoyer d'autres commentaires ou références après la tenue du groupe de discussion. Veuillez consulter l'Annexe D pour plus de détails sur les objectifs et les questions du groupe de discussion.

Entretiens avec les principaux informateurs

Six rencontres virtuelles avec des informateurs clés ont été menées auprès de sept personnes entre le 21 et le 29 juin 2021 (voir la liste des personnes interrogées à l'Annexe E) afin de combler les lacunes en matière de données probantes.

Elles ont été menées par Zoom ou Microsoft Teams. Ces entrevues ont duré environ une heure chacune. Les entrevues n'ont pas été enregistrées, mais des notes détaillées ont été prises par un consultant indépendant.

Des guides ont été élaborés pour chaque entrevue. Les questions portaient sur les attributs du système de santé publique, les domaines clés nécessitant un renforcement de la santé publique, les mesures concrètes pour renforcer le système de santé publique ainsi que les principaux obstacles et solutions pour y arriver. Des recherches supplémentaires ont été menées, en fonction du domaine d'expertise de la personne interrogée (p. ex., perspectives communautaires, équité, soins de santé communautaire, réflexion et innovation propres à un système, leçons tirées d'autres transformations, action intersectorielle).

Ces entrevues ont été menées par un consultant indépendant. Veuillez consulter l'Annexe F pour plus de détails sur les questions d'entrevue avec les principaux intervenants.

Analyse des données et production de rapports

Les discussions avaient pour but de recueillir de l'information auprès de divers intervenants au moyen de trois méthodes distinctes parmi des sources complémentaires (et parfois chevauchantes), soit les ÉMC, cinq groupes de discussion et six entrevues avec des informateurs clés.

L'atteinte d'un consensus entre les participants de chaque groupe de discussion n'était pas un objectif visé par les discussions. Par conséquent, l'analyse des sources de données ne visait pas seulement à cerner les thèmes communs sur lesquels il y avait consensus, mais aussi à trouver des idées novatrices pour le changement du système ainsi que des domaines où il y avait des divergences d'opinions.

Les notes de chaque discussion ou entrevue ont été transcrites en détail et examinées de manière approfondie par le consultant. Des thèmes clés ont été cernés en fonction du groupe de discussion et des questions d'entrevue. Le consultant a préparé un résumé thématique pour les ÉMC, pour chaque groupe de discussion et pour les entrevues. Une fois ce résumé thématique terminé, les thèmes ont été examinés dans l'ensemble des groupes afin de déterminer les thèmes communs (p. ex., habituellement mentionnés dans les groupes de discussion et par de nombreux participants), les idées et les exemples novateurs, ainsi que les domaines où il y avait des divergences d'opinions. Compte tenu des discussions approfondies qui ont eu lieu et des documents envoyés par les participants après les discussions, toutes les idées mentionnées ne sont pas incluses dans le présent rapport; toutefois, tous les efforts ont été déployés pour inclure toutes les idées pertinentes. En général, les commentaires n'étaient pas inclus s'ils n'étaient pas directement liés au sujet, s'ils n'étaient mentionnés que par un seul participant (sauf s'il s'agissait d'exemples ou d'innovations précis) ou s'ils étaient très approfondis sur un sujet précis.

Les thèmes clés n'étaient pas mutuellement exclusifs et il y avait de nombreux cas de chevauchement et d'interdépendance entre les thèmes, compte tenu de la complexité du système de santé publique. Par conséquent, dans certains thèmes définis dans le rapport, on fait référence à d'autres thèmes inter reliés décrits dans d'autres champs du document.

Pour protéger la confidentialité, les constatations n'indiquent pas précisément à quel(s) groupe(s) ou à quelle(s) personne(s) un thème particulier peut être attribué. Les citations servent à illustrer en détail les principaux domaines.

Principales constatations

La section qui suit présente les éléments potentiels, identifiés dans les discussions pour soutenir un système de santé publique renouvelé et renforcé au Canada.

Attributs du système de santé publique

Au début de chaque discussion, le BACSP présente une diapositive qui met en évidence les attributs potentiels d'un système de santé publique en fonction de la recherche à ce jour. Il s'agit d'attributs de base proposés au niveau du système qui peuvent aider à encadrer la vision de renforcement du système de santé publique et orienter les mesures.

Les attributs proposés et leur description comprenaient :

- **Haute qualité, innovation et opportunité.** Par exemple, aller au-delà des limites traditionnelles de la santé publique ou des formes de connaissances.
- **Évolutif et souple.** Par exemple, mettre en place des mécanismes qui peuvent appuyer la capacité de pointe – des ententes avec des universités et des associations professionnelles qui appuieraient l'affectation de ressources pour mobiliser la capacité.
- **Visible, fiable et équitable.** Par exemple, veiller à ce que l'équité soit un élément essentiel d'un système de santé publique et définir notre compréhension du risque tout en veillant à ce que les établissements de santé publique eux-mêmes soient sécuritaires sur le plan culturel et appuient l'autodétermination.
- **Synergique et collaboratif.** Par exemple, intégrer une culture de la population et de la santé publique dans les systèmes de santé et créer des relations harmonieuses entre les paliers de gouvernement, les collectivités, les autres secteurs et les systèmes autochtones.
- **Durable et résilient.** Par exemple, veiller à ce que notre système soit appuyé par un programme de recherche sur le système de santé publique qui permet de suivre la qualité, la quantité et le niveau de l'infrastructure de santé publique partout au pays.

On a demandé aux participants d'indiquer les attributs qui pourraient manquer ou les changements à apporter à cette liste. De façon générale, les participants étaient d'avis que ces attributs reflétaient les caractéristiques fondamentales d'un système de santé publique. Certains participants ont signalé qu'il faut décortiquer davantage le libellé pour expliquer plus clairement pourquoi ces attributs sont uniques au système de santé publique.

Quelques autres caractéristiques ont été notées à des fins d'examen, notamment :

- l'accessibilité
- la responsabilité
- la cohérence
- l'efficacité
- l'équité
- l'approche fondée sur des données probantes

- l'indépendance
- l'innovation
- la réceptivité, y compris en réponse aux besoins de la population
- les ressources suffisantes
- la transparence

Bon nombre de ces attributs supplémentaires seront abordés tout au long du rapport.

Besoin d'encadrer clairement le système de santé publique pour accroître la visibilité et la compréhension de la valeur de la santé publique

Défis

Les répondants étaient généralement d'accord pour dire que l'un des grands défis auxquels fait face le système de santé publique est le manque de consensus au sein de la communauté de la santé publique elle-même sur ce qui est inclus et ce qui ne l'est pas dans un système de base. La « santé publique » est complexe. Il y a un problème de cadre fondamental qui a été relevé, avec des incohérences entre les administrations et un manque de coordination entre les niveaux, ce qui remet en question le « système ».

> *La principale lacune, c'est qu'il n'y a pas de cadre à l'intérieur duquel les intervenants (de la santé publique) peuvent faire preuve de souplesse et mettre leurs forces à contribution.* »

De plus, les intervenants, y compris le public et les politiciens, ne savent pas trop en quoi consiste la santé publique dans son ensemble. Bien que la COVID-19 ait permis aux gens de mieux comprendre le système de santé publique dans certains domaines (particulièrement les maladies infectieuses), il reste des défis à relever pour ce qui est de la compréhension du public et des politiciens en matière de santé publique et de son rôle au-delà de la lutte contre les maladies infectieuses (p. ex., COVID-19) pour inclure la prévention, la protection et les déterminants de la santé en amont. La terminologie peut être compliquée, comme l'a fait remarquer un participant, les gens peuvent confondre la santé publique et les soins de santé financés par le secteur public.

De nombreux participants ont signalé qu'il y a un manque de valorisation de la santé publique, y compris au sein du système de santé en général. Le défi, c'est que la santé publique peut regrouper plusieurs choses et qu'il est difficile de l'évaluer. Comme l'a indiqué un participant, le problème avec le système de santé publique est que si la santé publique prévient les décès, personne n'en est conscient, car le travail effectué via le système de santé publique est « invisible » (contrairement à la prévention des décès dans le système de soins de santé).

Mesures possibles

En raison de ces défis, de nombreux participants ont laissé entendre qu'il faudrait définir clairement ce qui est inclus en termes de but et d'objectifs de santé publique afin qu'il y ait une compréhension commune de ce qui est au cœur de la santé publique et du rôle de cette dernière.

De nombreux participants ont aussi indiqué que le mandat du système de santé publique doit être clarifié, y compris l'étendue des enjeux sur lesquels le système de santé publique travaille (au-delà des maladies infectieuses). Un certain nombre de participants ont souligné l'importance de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé en amont, du bien-être, du mieux-être et de l'équité, qui seront abordés plus en détail dans le rapport.

« Si vous prolongez la vie d'une personne pendant deux heures, vous savez ce que vous avez fait (en soins de santé). Si vous avez évité le décès de 4 millions de personnes en lien avec la COVID, personne ne le saura, parce que ces décès ne se sont pas produits. C'est la nature de ce que nous faisons (en santé publique); lorsque nous réussissons, nous sommes invisibles. »

Les participants ont signalé en général qu'il faut accroître la visibilité et le profil du système de santé publique et reconnaître le travail accompli. Certains participants ont fait remarquer que la valeur du système de santé publique doit être clairement définie pour faire valoir l'importance du système de santé publique. Cela comprend la communication de messages au public, aux gouvernements et aux politiciens pour accroître la visibilité et le profil, et donc la valeur, du système de santé publique.

Quelques participants ont soulevé les besoins suivants :

- l'amélioration de la communication (y compris la communication en langage clair);
- le marketing;
- l'éducation;
- les plans de communication;
- la mobilisation stratégique des connaissances pour les gens (y compris le public) afin de comprendre le système de santé publique; et
- l'amélioration de l'utilisation de la conception graphique pour les communications.

Ce travail de communication peut également comprendre la participation d'agents de changement qui sont externes au système de santé publique. Il a également été déterminé que le fait d'entendre directement le point de vue de la population canadienne sur le système de santé publique et son évolution au fil du temps (p. ex., au moyen de sondages) constitue une mesure possible.

Faire participer la collectivité au système de santé publique compte tenu de son rôle essentiel

Défis

La nécessité de faire participer la collectivité à l'élaboration d'une vision pour le système de santé publique au Canada a été un défi majeur qui a été relevé par les participants. La collectivité joue un rôle essentiel dans le système de santé publique, en tant que partenaire clé en matière de santé publique. L'engagement communautaire est essentiel pour assurer la responsabilité collective en santé publique. Cependant, les collectivités sont aussi hétérogènes. Le système de santé publique doit rendre des comptes au public et l'orientation doit venir de la collectivité (p. ex., « ascendant » de la collectivité en fonction de ses besoins, et non « descendant » des gouvernements).

Par conséquent, un certain nombre de participants ont signalé que le système de santé publique doit être à l'écoute de la collectivité et qu'il faut mettre en place des mécanismes pour relier la collectivité aux divers niveaux de compétence du système de santé publique (p. ex., municipal, régional, provincial/territorial, fédéral, international).

Nous avons besoin de mécanismes pour être davantage en contact avec les populations, peut-être par l'entremise d'associations. Nous (en santé publique) devons être perçus et connus comme ceux qui doivent écouter les gens. »

Si les citoyens n'ont pas voix au chapitre, la santé publique ne leur appartiendra pas. »

Qui établit les priorités? Cela devrait être la collectivité qui aide à établir les priorités. »

Mesures possibles

Un certain nombre de suggestions ont été faites pour mieux faire participer la collectivité au système de santé publique. Il s'agit notamment :

- D'assurer des ressources adéquates dans le système de santé publique au niveau local pour que le personnel du secteur de la santé publique apprenne à connaître la collectivité et établisse des relations. Par exemple, le travail du Taibu Community Health Centre à Scarborough, en Ontario, pour atteindre les communautés racisées. Le travail à Montréal sur la participation citoyenne aux services de prévention est un autre exemple.[1] Un dernier exemple d'un autre secteur est l'envoi en personne du personnel du recensement pour rejoindre les personnes qui n'ont pas rempli leur formulaire de recensement. On suggère d'utiliser un format de porte-à-porte semblable pour les services de santé publique comme les vaccins.
- D'effectuer la cartographie des actifs des collectivités ayant différents niveaux de marginalisation (p. ex., par emplacement, économie/revenu, accès, niveau de racialisation) ainsi que cibler et adapter les services en fonction de la collectivité.
- D'utiliser une littératie compréhensive au niveau communautaire (p. ex., éviter le jargon de la santé publique).
- De collaborer avec les organismes communautaires et assurer la coordination avec eux.
- De trouver des mécanismes pour faciliter le dialogue public.
- De fournir des fonds d'engagement communautaire financés par le gouvernement.[ii]
- De faire entendre la collectivité aux tables décisionnelles (au-delà des conseils de santé publique) par l'aplatissement de la hiérarchie.
- De soutenir les mouvements communautaires (et reconnaître que le personnel de la santé publique n'a pas à diriger ce travail, mais peut jouer un rôle clé pour l'appuyer).
- D'assurer la représentation de la collectivité (p. ex., dans la dotation et le matériel); veiller à ce que les services soient accueillants et inclusifs; assurer l'accès au transport et sensibiliser les personnes les plus vulnérables (p. ex., les personnes qui ont été incarcérées, les personnes sans-abri).

[ii] Voir, par exemple : Popay J, Whitehead M, Carr-Hill R et coll. *The impact on health inequalities of approaches to community engagement in the New Deal for Communities regeneration initiative: a mixed-methods evaluation.* Southampton (Royaume-Uni) : *NIHR Journals Library.* Disponible à l'adresse : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447266/

Au nom de l'engagement communautaire, nous devons faire attention pour ne pas refiler la responsabilité aux collectivités sans ressources, autorité et contrôle adéquats, et sans structures décisionnelles partagées. »

Il est certain que bon nombre de ces efforts coûteront de l'argent, mais la participation de la collectivité est essentielle au système de santé publique. Il a aussi été mentionné qu'il est important de ne pas faire porter la responsabilité à la collectivité sans lui fournir les ressources adéquates pour le travail accompli.

Assurer des investissements adéquats dans le système de santé publique

Défis

Les diverses sources s'entendaient généralement pour dire que le système de santé publique dans son ensemble n'est pas suffisamment financé et que le manque de ressources constitue un défi de taille. Quelques participants ont estimé que seulement 1 à 2 % du budget de la santé était consacré au système de santé publique.[iii]

Il y a eu érosion du financement du système de santé publique au fil du temps. De plus, la santé publique est sujette à des compressions budgétaires comparativement à d'autres secteurs du système de santé, les ressources étant fournies au système de santé publique en cas d'urgence. Dès que la situation d'urgence est chose du passé, les ressources diminuent à nouveau.

Certains participants ont fait remarquer que le manque de ressources dans le système de santé publique a un impact sur la capacité d'intervenir rapidement et efficacement en cas de pandémie. Cependant, il est difficile d'obtenir des ressources pour la santé publique lorsque les soins actifs sont mis à rude épreuve.

Nous disposons d'un "financement pour les catastrophes", mais non pas de financement constant. Cela fait partie du problème. »

Le danger réside dans l'intérêt porté actuellement (au système de santé publique) parce qu'il est lié à une pandémie, mais nous avons traversé plusieurs cycles. C'est la panique, puis les gens oublient la santé publique. Dès que la COVID-19 sera chose du passé, de nouvelles priorités politiques et l'arriéré de chirurgies prendront le dessus. Nous repasserons au mode « investissement dans le traitement » mais la prévention sera de nouveau mise de côté. »

[iii] Voir les estimations de la Nouvelle-Écosse : Caldwell, H.A.T., Scruton, S., Fierlbeck, K. *et coll. Fare well to Nova Scotia? Public health investments remain chronically underfunded. Can J Public Health* **112**, 186–190 (2021). Disponible à l'adresse suivante : https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-021-00478-8

À l'échelle locale, le système de santé publique n'a pas été en mesure de régler d'autres problèmes importants de santé publique pendant la pandémie en raison des contraintes visant les ressources et du manque de capacité d'intervention rapide. Les défis en matière de ressources humaines en santé publique seront abordés plus en détail dans le rapport.

Certains participants ont également dit craindre que la pandémie ait des répercussions financières importantes dans tous les domaines, ce qui aura une incidence sur les ressources et la capacité en santé publique à long terme.

Mesures possibles

De nombreux participants étaient d'avis qu'il est essentiel de préconiser un investissement dans le système de santé publique pour veiller à ce que des ressources adéquates soient allouées et que le système soit priorisé. Quelques participants ont signalé qu'il faut démontrer que le travail en santé publique a un meilleur rendement en termes d'avantages économiques et sociaux que les soins de santé.

Certains participants ont indiqué que le financement du système de santé publique doit être uniforme au fil du temps, et non seulement en cas de crise. Cela nécessite un engagement politique à long terme ainsi que la reconnaissance du rôle et de la valeur du système de santé publique.

Pour garantir des niveaux de financement appropriés, des données sont nécessaires pour justifier le financement du système de santé public, compte tenu de l'incidence des coûts des soins de santé ou d'autres coûts pour la société. Il faut aussi des données pour démontrer les besoins en capacité du système de santé publique en termes d'avantages sociaux et économiques. Les défis liés aux données seront abordés dans la prochaine section.

> *Nous avons besoin d'un engagement soutenu et durable à l'égard du programme de santé publique qui ne varie pas beaucoup en fonction des priorités politiques.* »

Quelques participants ont suggéré que les représentants du système de santé publique doivent être présents à la table où sont prises les décisions sur l'allocation des ressources pour veiller à ce que la santé publique soit prise plus au sérieux. Un participant a fait remarquer que le langage de la santé publique n'a pas de résonance auprès des gens qui ont les fonds et le pouvoir. Cela revient à dire que nous devons mettre la santé publique « sur la table » en utilisant un langage compris de tous. Cela peut comprendre la mise en évidence des raisons pour lesquelles le système de santé publique est avantageux pour tous, en utilisant le langage du « pouvoir et de l'argent ».

Certains participants ont signalé que le système de santé publique peut s'appuyer sur l'expérience de la COVID-19 pour justifier le financement, la pandémie ayant davantage mis l'accent sur les iniquités.

> *Reconnaissance de la valeur de la prévention et de la promotion par rapport au traitement et à d'autres interventions; il s'agit d'un engagement politique visant à améliorer la santé publique et le rendement du capital investi. Il faut investir à long terme pour obtenir des résultats.* »

Élaborer un système fondamental de données sur la santé publique

Mieux définir la santé publique et le système de santé publique pour les systèmes de données

Défis

Comme il a été mentionné précédemment, de nombreux participants ont indiqué qu'il n'y a pas d'accord sur ce qui est inclus ou non dans un « système de santé publique » de base. Ce défi se reflète également dans la collecte de données sur le système de santé publique. Pour recueillir des données sur le système de santé publique, le système lui-même doit être clairement défini et encadré.

Mesures possibles

Les participants étaient d'avis qu'il est essentiel de recueillir et d'analyser des données fondées sur des définitions convenues du système de santé publique afin de mieux comprendre la portée des programmes, des activités, du financement et de la main-d'œuvre. Par exemple, un participant a signalé que les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ne font pas de distinction entre les types d'infirmières, de sorte qu'il est impossible de savoir combien d'infirmières travaillent dans le système de santé publique. Déterminer cette portée est nécessaire pour établir la responsabilité du système de santé publique. Cela comprend la collecte des données (et la capacité de recueillir des données).

Élaborer des plateformes de surveillance du système de santé publique

Défis

De l'avis général, l'absence d'un système fondamental de plateformes de données pour le système de santé publique est une lacune majeure qui doit être comblée de toute urgence pour pouvoir prendre des décisions fondées sur des données probantes dans le système de santé publique. Les données sur la santé publique actuellement disponibles sont fragmentées, désuètes, non désagrégées et pas disponibles au moment où on en a besoin.

Deux grands groupes de données manquantes ont été mis en évidence parmi les participants :

- les données complètes sur la surveillance de la santé de la population; et
- les données sur le système officiel de santé publique.

Les lacunes dans les données qui ont été relevées comprennent les données que nous ne recueillons pas du tout, les données que nous recueillons mais que nous ne partageons pas (p. ex., les données de modélisation pendant la COVID-19 ont été désignées comme un exemple), et les données que nous avons, mais que nous n'utilisons pas de façon adéquate.

« Nous avons besoin de la capacité de poser un diagnostic sur notre patient (la population dans le cas présent). Pour cela, nous avons besoin de données et d'information, nous devons écouter nos patients et avoir l'expertise nécessaire pour comprendre ce qui se passe et ce qui peut être fait. »

Mesures possibles

On s'entend généralement pour dire qu'une plateforme nationale de surveillance fondamentale est nécessaire pour combler les lacunes en matière de données dans le système de santé publique.

Pour obtenir des données complètes sur la surveillance de la santé de la population, de nombreux participants ont indiqué qu'il est essentiel d'avoir :

- des indicateurs communs de la santé de la population (p. ex., facteurs de risque, état de santé, déterminants sociaux des tendances sur la santé);
- des données de modélisation; et
- des données désagrégées (p. ex., par race, indigénéité, niveaux de sous-population). On fait remarquer que cela n'a pas été bien fait pendant la COVID-19.

En ce qui concerne les données sur l'équité et la race, quelques participants ont souligné l'importance de l'utilisation des données avec compassion et respect, avec la participation des groupes racisés. Un exemple de ce qui se fait en pratique est la Nouvelle-Écosse avec le Groupe de travail sur les principales références pour soutenir la collecte de données fondées sur la race.[2] De plus, il y a d'autres exemples de souveraineté des données découlant de la pandémie de la COVID-19 sur lesquels on peut miser (p. ex., en Colombie-Britannique avec les Premières Nations et les Métis, en Alberta avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, au Manitoba avec les Premières Nations et en Ontario avec les Chiefs of Ontario).

Certains participants ont souligné le besoin de bases de données particulières sur la santé publique pour combler les lacunes où il faut suivre les tendances, notamment :

- un registre centralisé des vaccins,
- une base de données centralisée sur la résistance aux antimicrobiens (RAM) et
- d'autres pathogènes émergents.

Les participants ont relevé des travaux déjà en cours qui pourraient être exploités pour les données de surveillance de la santé de la population, y compris l'Entente multilatérale sur l'échange de renseignements (EMER) et la Stratégie pancanadienne relative aux données sur la santé. Parmi les autres exemples mentionnés, soulignons les travaux antérieurs sur les données de santé publique effectués par le Réseau canadien pour la santé urbaine et le Réseau de recherche sur les données de santé du Canada.

Pour ce qui est des données sur la capacité du système officiel de santé publique, un grand nombre de participants ont souligné qu'il faut des données pour comprendre la portée et l'ampleur du système de santé publique, notamment :

- les ressources humaines actuelles en santé dans le système de santé publique (p. ex., nombre d'employés, postes comblés, postes vacants; les données devraient également comprendre des données sur la dotation fondées sur la race);
- les investissements actuels dans le système de santé publique (p. ex., les affectations budgétaires globales par activité); et
- l'incidence des investissements dans le système de santé publique sur les résultats (pour comprendre l'optimisation des ressources, y compris l'impact plus important qu'on pourrait obtenir avec plus d'investissements, comme les économies de ressources, l'impact sur la morbidité, la mortalité et les années de vie).[iv]

Le travail de l'ICIS avec les provinces et les territoires sur la création de bases de données dans de nombreux domaines des soins de santé

[iv] Un exemple tiré des données du Royaume-Uni peut être trouvé ici : Martin S, Lomas J, Claxton K. Is an ounce of prevention worth a pound of cure? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity *BMJ Open* 2020; Disponible à : https://bmjopen.bmj.com/content/10/10/e036411

a été cité comme exemple d'un modèle fédéral-provincial-territorial de collaboration sur des systèmes de données qui pourraient être appliqués dans le système de santé publique.

> *Nous n'avons pas non plus de données sur le système actuel, comme dans le cas des soins de santé, où vous savez de combien de lits d'hôpitaux nous disposons, quels sont les délais d'attente, etc. Sans cela, nous ne pouvons pas commencer à examiner la gestion du rendement.*

Un certain nombre de participants ont également mentionné les principes de base d'un ou de plusieurs systèmes de données sur la santé publique, notamment :

- s'engager envers un système de santé publique d'apprentissage;
- recueillir des données courantes en temps opportun afin d'obtenir des données en temps réel pour prendre des décisions en temps réel;
- disposer d'un système interopérable avec liens entre les systèmes (p. ex., services sociaux et données administratives) au besoin;
- favoriser un niveau minimal de données nécessaires à la pratique et à la recherche au moyen de normes nationales (p. ex., comme le travail effectué par la Stratégie pancanadienne de données sur la santé);[3] et
- recueillir des données qualitatives et quantitatives afin d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs.

Pour mettre en place un ou des systèmes de surveillance complets, un certain nombre de participants ont souligné que les éléments suivants sont requis :

- assurer le leadership et la volonté politique de comprendre la nature critique de cette lacune dans les données et la nécessité de la combler, et de relever les défis (y compris les défis liés à la législation sur la protection de la vie privée);
- assurer l'engagement à l'égard des ressources, du temps, des efforts et de l'info structure pour soutenir ce ou ces systèmes de façon durable, y compris pour la collecte, l'analyse et l'utilisation des données;
- améliorer la collaboration et la coordination des données entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, ainsi que les universitaires et la collectivité, notamment en élaborant des ententes sur le partage des données et l'utilisation collective; et
- aborder la propriété des données, l'accès et le consentement (p. ex., avec la collectivité) et assurer la convergence des intentions pour les données (p. ex., gouvernement, collectivités);
- assurer la capacité de recueillir, d'analyser et d'utiliser les données, en particulier au niveau local. Les régions rurales et éloignées ont encore de la difficulté à accéder à Internet, ce qui peut rendre difficile la collecte et la présentation de données.

Du point de vue de l'équité, certains participants ont également souligné l'importance cruciale de ce qui suit :

- décoloniser les données,[v] appliquer les principes de justice et de souveraineté des données, et utiliser les données pour l'habilitation et le changement de façon positive. (Par exemple, il peut s'agir d'aider les populations autochtones à recueillir et à suivre conjointement des mesures par et pour les populations autochtones);

[v] Pour plus de détails sur la définition, voir par exemple [en anglais] *Decolonizing Data: First Nations Data Sovereignty Paper*

- éduquer le public sur l'utilisation des données fondées sur la race pour encourager l'adhésion; et
- reconnaître les différents systèmes de connaissances (p. ex., le savoir autochtone, les histoires, les données qualitatives locales et adaptées à la culture).

> *Nous disposons de données étonnantes qui sont fondées sur la race, mais nous ne parlons pas de ces données. Nous devons montrer à la collectivité comment ces données sont utilisées… Si nous pouvons démontrer que nous utilisons ces données de façon positive, et l'information n'est pas utilisée contre la collectivité. C'est important.* »

Assurer des ressources humaines adéquates en santé publique

Défis

Les participants ont cerné de nombreux défis auxquels font face les ressources humaines en santé publique. Le premier est le défi global de la capacité du système de santé publique, en raison du démantèlement du système de santé publique au fil du temps, comme nous l'avons vu dans la section ci-dessus sur l'investissement en santé publique. Il y a une pénurie générale de personnel en santé publique à tous les niveaux.

Cela a été mis en évidence pendant la pandémie de la COVID-19, où il y a eu un manque de main-d'oeuvre à divers niveaux. Le personnel de la santé publique a été extrêmement débordé et épuisé, ce qui a eu une incidence sur la santé mentale.

> *Je dis depuis longtemps que nous n'avons qu'une couche. Il n'y a pas de capacité d'appoint ou de redondance en santé publique, et nous le constatons maintenant car les gens sont sollicités partout.* »

Un participant a fait remarquer qu'il y avait un manque de capacité scientifique au niveau fédéral pour mobiliser et soutenir l'intervention en cas de pandémie.

En outre, beaucoup de médecins en santé publique ont signalé que, tout au long de la pandémie de la COVID-19, de nombreuses décisions en santé publique étaient prises par des personnes qui n'avaient pas reçu de formation en santé publique. Il s'agissait, par exemple, de médecins urgentistes qui parlaient aux médias de domaines liés au système de santé publique (souvent à tort, et qui transmettaient des messages contradictoires au public), ce qui dépasse leur champ d'exercice, et de médecins de famille qui travaillaient comme médecins hygiénistes. Ce glissement de portée met en évidence le manque de reconnaissance de la santé publique en tant que profession, ainsi que l'invisibilité et la dévalorisation du système de santé publique dans son ensemble.

Mesures possibles

Pour régler les problèmes de capacité des ressources humaines en santé publique, les participants étaient généralement d'accord pour dire qu'il faut investir dans le système de santé publique, y compris les systèmes locaux de santé publique, comme il a été mentionné précédemment. L'obtention de ces ressources dépend de la visibilité et de la valeur de l'expertise en santé publique.

La capacité de santé publique doit être renforcée pendant les pandémies et pour la santé publique en général en dehors des pandémies. Le personnel de santé publique (y compris celui qui ne fait pas partie du secteur « habituel » de la santé publique, comme les anthropologues) doit avoir une formation en santé publique et comprendre le système à tous les niveaux. De plus, il faut renforcer la main-d'œuvre qui soutient les multiples fonctions de santé publique.

Certains participants ont signalé qu'il faut définir les normes et les compétences nécessaires pour soutenir la vision du système de santé publique, y compris la certification d'une formation supplémentaire ou l'engagement à l'égard des compétences requises pour les fonctions essentielles de la santé publique.

Le profil de la santé publique en tant que profession doit continuer d'être rehaussé, compte tenu de la crédibilité acquise pendant la pandémie de la COVID-19. Un participant a indiqué que le personnel de la santé publique doit également démontrer ce que le système de santé publique a fait pour mériter cette reconnaissance (p. ex., le rôle du système de santé publique dans les foyers de soins de longue durée pendant la pandémie).

Un certain nombre de médecins de la santé publique ont signalé qu'ils doivent être positionnés comme des experts, comme des spécialistes ayant une formation importante en santé publique (le « public » étant l'« équivalent patient » des médecins de la santé publique étant donné que chaque patient fait partie du système de santé). Ils étaient aussi d'avis que les médecins en dehors de la spécialité de la santé publique ne devraient pas être en mesure de faire des commentaires aux médias sur des enjeux de santé publique liés à la COVID-19 et que le Collège royal et les organismes régionaux de réglementation professionnelle devraient aborder la question des médecins qui pratiquent en dehors de leur spécialité. Cela aidera à assurer l'avenir de la profession et de l'expertise en santé publique. Par ailleurs, un participant a suggéré qu'avec une formation adéquate, d'autres spécialistes (p. ex., les chirurgiens), qui n'étaient pas en mesure d'exercer leur propre spécialité pendant la pandémie, pourraient acquérir suffisamment d'expertise en santé publique pour aider à répondre à la demande de main-d'œuvre lors de pandémies futures.

Bien que de nombreux médecins de la santé publique aient été à l'avant-garde de la pandémie, on a signalé que d'autres membres du personnel de la santé publique étaient moins visibles, en particulier les infirmières et les inspecteurs. Un participant a suggéré qu'il est important d'avoir ces rôles aux tables de leadership et de prise de décisions en santé publique.

Comme nous l'avons vu dans la section sur les données, la compréhension de la capacité actuelle du système de santé publique et de la capacité nécessaire (y compris la capacité de pointe) aidera à relever certains des défis en matière de ressources humaines en santé. Ces renseignements sur la capacité sont des données dont dispose le système de santé pour son travail et dont le système de santé publique a aussi besoin.

> *« En soins actifs, si vous avez 45 lits, il y a une formule pour augmenter le personnel afin de répondre aux besoins… À quoi cela ressemble-t-il en santé publique? »*

Il est difficile, dans le contexte de la politique publique, de devoir plaider en faveur d'investissements en période d'incertitude… Les gens pensent peut-être que nous investissons trop – que nous augmentons notre capacité de façon non rentable. »

La main-d'œuvre est un autre défi à relever. Le défi lié à la main-d'œuvre consiste à trouver le bon nombre de personnes ayant la bonne capacité au bon moment, et à maintenir la main-d'œuvre pour la redéployer rapidement, mais sans redondance, en période non urgente. Comme mentionné ci-dessous, il y a un problème si les gens estiment qu'il y a un investissement excessif dans la planification de la main-d'œuvre. Toutefois, comme l'a fait remarquer un participant, c'est le modèle qui est utilisé pour les Forces armées canadiennes (où les gens sont formés et prêts, mais ne sont déployés qu'au besoin).

Quelques autres modèles ont également été suggérés pour la capacité de pointe :

- Faire appel à un groupe d'employés canadiens qui se rendent dans d'autres pays pour des flambées épidémiques (p. ex., la diphtérie) et qui sont ensuite rappelés s'il y a une flambée épidémique au pays. De cette façon, leurs compétences peuvent être maintenues en période non urgente.
- Assurer un système de santé publique doté d'un personnel adéquat au niveau communautaire, qui peut ensuite être réaffecté à d'autres activités de santé publique pendant une pandémie.
- Établir des liens avec des organisations de grande capacité à l'extérieur du gouvernement qui peuvent aider en période de pointe. Toutefois, ce même participant a fait remarquer que le modèle qui n'a pas fonctionné pour la capacité de pointe pendant la pandémie de la COVID-19 était le recrutement de bénévoles par le gouvernement fédéral, la participation ayant été limitée de la part des provinces et des territoires.

Quelques participants ont également souligné l'importance de former les ressources humaines en santé publique dans des domaines clés comme la complexité des systèmes et l'équité raciale. Un participant a souligné l'importance de s'assurer que le racisme systémique est pris en compte dans l'effectif de la santé publique en diversifiant le personnel de la santé publique à tous les niveaux (p. ex., du niveau d'entrée aux postes de direction), en offrant du financement pour les frais de scolarité aux étudiants des groupes prioritaires et en se penchant sur le racisme systémique dans l'éducation en santé publique, y compris dans les tests normalisés.

Améliorer la gouvernance du système de santé publique

Établir des mécanismes de responsabilisation clairs

Défis

Dans l'ensemble des groupes, un certain nombre de participants ont indiqué qu'il y a un manque de responsabilisation claire à l'égard du système de santé publique au Canada. Les activités de base de la santé publique doivent être définies, y compris la façon dont le système de santé publique diffère du système de soins de santé, le rôle du système de santé publique et qui travaille dans le système de santé publique.

Mesures possibles

Compte tenu de ce besoin de clarté de l'information, il faut définir des résultats clairs et mesurables pour le système de santé publique et élaborer des

modèles de responsabilisation axés sur les résultats. Il peut s'agir de rapports annuels publics, semblables à ce qui est produit pour les temps d'attente dans le système de santé.

Clarifier les rôles et la coordination entre les juridictions dans le système de santé publique

Défis

De nombreux participants ont signalé qu'il n'y a pas un seul système de santé publique au Canada, mais plusieurs systèmes, compte tenu du système fédéral et la prestation de soins de santé publique aux niveaux provincial et territorial. Dans chaque juridiction, la santé publique est intégrée à différents niveaux. Cela se traduit par une complexité juridictionnelle et par l'absence d'un système de santé publique cohérent au Canada. Il faut accroître la coordination, la cohérence et les liens entre les juridictions.

Certains participants ont fait remarquer qu'il y a aussi un manque de compréhension du rôle fédéral par rapport au rôle provincial/territorial, concernant le rôle des bureaux de santé publique locaux. Aussi une confusion existe quant au rôle de Santé Canada par rapport au rôle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Un participant a signalé qu'il était important d'accepter les différents rôles que jouent les niveaux international, national, provincial/territorial et local dans le système de santé publique, en plus d'assurer l'harmonisation et la cohérence entre ces systèmes.

> *Nous devons agir comme un système plutôt que comme des éléments décousus.* »

> *Il est essentiel de savoir et de croire que chacun de ces systèmes doit jouer un rôle et que vous avez besoin d'un alignement progressif vers le haut et vers le bas de ces niveaux de système.* »

Un autre aspect essentiel de la gouvernance du système de santé publique au Canada consiste à assurer l'expertise en santé publique autochtone, compte tenu de la colonisation, du racisme structurel continu et des iniquités en santé (voir aussi la section sur les iniquités).

> *La vie des Autochtones diffère considérablement de celle des autres Canadiens.* »

Mesures possibles : Rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique

Plusieurs participants ont identifié les rôles clés que le gouvernement fédéral peut jouer dans le système de santé publique, notamment :

- l'élaboration de directives nationales;
- les fonctions consultatives nationales; et
- les autres rôles de leadership (p. ex., faciliter l'établissement d'objectifs et élaborer des stratégies en collaboration avec d'autres administrations).

Certains participants ont fait remarquer que le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a joué un rôle essentiel pendant la COVID-19 en fournissant une orientation nationale et unifiée (bien

qu'il y ait certains problèmes de communication à régler). Lorsque les lignes directrices fédérales sont publiées, il est difficile pour les provinces et les territoires de les ignorer. Le CCNI a également joué un rôle essentiel dans la mise en place de lignes directrices sur l'équité (p. ex., pour les populations autochtones) en matière de vaccins.

Par conséquent, un rôle important du gouvernement fédéral serait d'organiser des consultations à l'échelle nationale sur divers domaines de la santé publique (p. ex., la gouvernance des données, les mesures de santé publique), avec la participation de la collectivité, du milieu académique et des praticiens locaux. Toutefois, des ressources doivent être investies pour soutenir ce rôle, y compris un soutien de secrétariat. Un participant a également mentionné le potentiel inexploité du Réseau de santé publique.

Certains participants ont également souligné que l'ACSP devrait diriger les questions de santé publique qui nécessitent une approche de santé publique pour assurer la coordination fédérale sur les priorités. Voici des exemples précis :

- stratégie nationale d'immunisation,
- stratégie sur le réchauffement climatique,
- stratégie d'élimination de la tuberculose, et
- stratégies sur l'équité.

Le rôle du gouvernement fédéral en matière d'outils législatifs et d'autres mécanismes sera abordé dans une section ci-dessous.

Quelques participants ont fait remarquer que le rôle du gouvernement fédéral est également de coordonner les programmes entre les secteurs et de fournir des réponses stratégiques intégrées entre ces derniers (p. ex., travail entre l'ASPC et la Société canadienne d'hypothèques et de logement étant donné le lien entre la santé et le logement). Voici des suggestions concrètes de mécanismes pour soutenir cette coordination :

- un groupe de réflexion sur la santé publique composé de premiers ministres et du premier ministre s'est penché sur la santé publique; et
- un comité interministériel fédéral sur la santé publique.

Quelques participants ont souligné que le gouvernement fédéral devrait prévoir et mettre en œuvre des programmes qui relèvent de la compétence fédérale et qui peuvent aider à coordonner le système de santé publique au Canada et à réaliser des économies d'échelle (au lieu que chaque secteur de compétence travaille de façon indépendante), notamment :

- agir sur les menaces à la santé publique;
- faire entendre la voix de la santé publique à la table des politiques sur les discussions frontalières pendant la pandémie pour représenter la base de données probantes de la santé publique;
- élaborer des systèmes de surveillance et de suivi de la Réserve nationale stratégique d'urgence;
- la capacité des laboratoires; et
- accroître la capacité de fabrication de vaccins.

Mesures possibles : Relier la santé publique locale au niveau fédéral

De nombreux participants ont mentionné que le travail de santé publique se fait à l'échelle locale, comme on l'a démontré pendant la pandémie de COVID-19 avec le dépistage et la traçabilité des contacts, par exemple.

Le personnel local connaît ses populations. Il est important de reconnaître le mandat de la santé publique locale. Certains participants ont fait valoir que le pouvoir décisionnel doit être au niveau local pour la santé publique et que les récents progrès vers la centralisation de la santé publique constituent un obstacle majeur. Quelques participants ont déclaré que la gouvernance de la santé publique devrait être décentralisée et que les activités de santé publique devraient être dirigées par les municipalités. Il est également fait mention que le personnel local de santé publique doit être habilité à prendre des décisions à ce niveau.

> *Les personnes haut placées dans la prise de décisions en santé publique doivent tirer parti de cette perspective communautaire pour renforcer la santé publique au niveau communautaire.* »

Les participants ont déterminé des mécanismes pour relier les systèmes locaux de santé publique au niveau fédéral,[vi] y compris l'institutionnalisation des réunions entre l'ASPC et les établissements locaux de santé publique. Les participants ont signalé que cela devrait inclure tout le personnel du système de santé publique, y compris les médecins, les infirmières, les inspecteurs, etc.

Une autre suggestion était de s'appuyer sur le Réseau de santé publique et d'envisager d'inclure des membres du RCSU et du Réseau de santé publique des régions rurales, éloignées et du Nord.

Un participant a fait remarquer que les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNP) assurent également un lien entre le gouvernement fédéral et le niveau local.

Mesures possibles : Rôle du secteur privé dans le système de santé publique

Un participant a également indiqué que le rôle du secteur privé dans le système de santé publique était un élément clé à prendre en considération. Certaines questions pertinentes à poser sont:

- Quel est le rôle du secteur privé?
- Quelle sera la réaction du public aux partenariats entre le secteur privé et les établissements de santé publique?

Ce participant a fait remarquer que le secteur privé peut fournir des partenaires inhabituels pour accéder au capital (p. ex., les nouvelles générations de donateurs riches et les organisations philanthropiques). Le personnel de santé publique pourrait avoir besoin de formation pour collaborer avec ces nouveaux acteurs et pour veiller à ce que les intérêts et les valeurs fondamentales soient harmonisés.

> *Nous avons besoin de "mashups créatifs", comme chez les barbiers. Quand Anthony Bourdain s'est suicidé, les restaurants ont compris qu'ils devaient se pencher sur la santé mentale. Voilà le genre de changements qui s'imposent.* »

Mesures possibles : Expertise en santé publique autochtone

Il faut une plateforme pour l'expertise en santé publique autochtone, y compris assurer la représentation de la santé publique autochtone au sein des groupes consultatifs. Le système de santé publique au Canada doit apprendre des dirigeants autochtones. Une recommandation précise était de veiller à ce que les voix autochtones et les autres voix racisées soient présentes à la table des décisions (p. ex., aux tables du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique). Veuillez également consulter la section sur les données de santé publique pour plus de détails sur la souveraineté des données.

[vi] Veuillez noter qu'aucune discussion ou mesure particulière n'a été abordée au niveau provincial/territorial.

Possibilité d'améliorer les mécanismes de gouvernance

Défis

De nombreux participants ont indiqué que la gouvernance du ou des systèmes de santé publique au Canada constitue un défi. Comme la santé publique n'est pas inscrite dans la *Loi canadienne sur la santé*, chaque administration met en œuvre des activités de santé publique à sa façon. Cela entraîne un manque de cohérence et d'uniformité dans l'ensemble du système de santé publique au Canada.

Mesures possibles

Plusieurs participants ont convenu qu'il pourrait y avoir une meilleure harmonisation entre les systèmes de services et de programmes au Canada et entre les administrations afin d'assurer une plus grande cohérence et uniformité, ainsi qu'un système de santé publique renforcé à tous les niveaux.

Certains participants ont souligné qu'il faut clarifier les rôles en santé publique aux niveaux fédéral, provincial/territorial et local. Cela pourrait ensuite contribuer à une meilleure coordination à ces divers niveaux sur les rôles, la communication, les messages et les stratégies. Pour de nombreux participants, définir et institutionnaliser les rôles, les responsabilités, et le financement en matière de santé publique afin d'assurer la durabilité et la stabilité sont des éléments requis au Canada.

Les idées sur la meilleure façon de mettre cela en œuvre étaient plus vastes et aucun consensus n'a été atteint sur le mécanisme idéal. Parmi les idées avancées, mentionnons divers outils législatifs fédéraux, des visions et des plans à plus long terme et des mécanismes de financement dans le cadre du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral pour assurer un système de santé publique de base et faire progresser le travail collectif. Il s'agissait notamment :

- D'élaborer des objectifs communs (y compris en matière d'équité), des normes nationales minimales, des compétences minimales, des repères et des normes d'agrément (semblables à celles des hôpitaux) au niveau national. Cela contribuera à assurer une synergie dans l'ensemble du système de santé publique et à faire en sorte que ce dernier soit solide et stable, malgré les changements de gouvernement. Cela comprendrait la description du financement minimal nécessaire pour le système de santé publique, avec l'utilisation de paiements de transfert nationaux/de fonds réservés pour assurer une approche plus harmonisée et cohérente au moyen d'incitatifs fiscaux, tout en offrant aux provinces et aux territoires la souplesse nécessaire pour mettre en œuvre du contenu propre à leur juridiction.
- De créer une nouvelle loi nationale de base, une *Loi sur la santé publique* qui consacre la gouvernance et la responsabilisation du travail en santé publique afin de tenir les provinces et les territoires responsables du système de santé publique. Cela énoncerait les objectifs nationaux en matière de santé publique, les résultats en matière de santé et les niveaux minimaux d'investissements et de programmes (et serait

> *« Il doit y avoir un semblant simple de ce qui est essentiel à la santé publique – ce qui est financé, ce que chaque administration doit avoir en place. »*

lié au transfert fédéral de ressources). À l'instar du système de soins de santé, les provinces et les territoires seraient responsables de ces résultats en matière de santé, puisque le financement serait lié aux produits livrables. Cela assurerait également un financement fédéral soutenu et ciblé pour ces fonctions de santé publique et la capacité en matière de santé publique.

- De rouvrir des lois antérieures, comme la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, puisque le système de santé publique n'en fait pas partie. Certains participants ont fait remarquer que ce ne sera probablement pas une option réalisable compte tenu des défis que pose l'ouverture de la Loi. Cependant, un participant a fait remarquer que l'examen des raisons pour lesquelles le système de santé publique n'a pas été inclus dans cette loi au départ pourrait aider à voir ce qui est possible à l'avenir.

> *Une partie de moi dit qu'il faut ouvrir la* Loi canadienne sur la santé, *mais c'est tellement politique et cela ne se produira probablement jamais.* »

Assurer la collaboration intersectorielle dans le système de santé publique

Défis

De nombreux participants ont indiqué que le travail en santé publique est de nature intersectorielle. L'intégration et la coordination entre les secteurs, les domaines (p. ex., services sociaux, logement, transport, emploi, environnement, familles, peuples autochtones), et les disciplines sont nécessaires pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Cela ajoute de la complexité au travail du système de santé publique, y compris la définition de la portée, comme il a été question dans les sections précédentes.

Mesures possibles

Certains participants ont signalé qu'une approche pangouvernementale, ou approche « La santé dans toutes les politiques », est requise dans le système de santé publique. Différents secteurs doivent être représentés à des tables différentes pour vraiment agir sur les déterminants sociaux de la santé et aux iniquités. Des mécanismes réguliers doivent être mis en place pour assurer la collaboration entre les secteurs et les disciplines, et entre les niveaux. Comme l'illustre la citation ci-dessous, les divers intervenants de différents secteurs doivent se retrouver pour veiller à ce que le changement se produise au niveau du système.

> *Si vous voulez modifier le système, faites-le entrer dans la pièce.* »

Tenir compte des tensions sur le plan de l'indépendance des médecins hygiénistes

Défis

Un défi en matière de gouvernance qui a été relevé dans un certain nombre de discussions était le manque perçu d'indépendance des médecins hygiénistes (MS) et, par conséquent, du système de santé publique en général, que ce soit à l'échelle locale, provinciale/territoriale ou fédérale. Cet aspect a été mis en lumière en particulier pendant la COVID-19.

Un examen plus approfondi a montré qu'il s'agissait d'une discussion plus nuancée. Il faut notamment s'assurer que l'expertise et les conseils en matière de santé publique demeurent

transparents, dans le contexte de la réalité politique, et que les dirigeants politiques ne prennent pas seulement en considération les données probantes en matière de santé publique lorsqu'ils prennent des décisions au cours d'une pandémie.

> *Il est essentiel de reconnaître l'interaction complexe entre la politique et la science.* »

Il peut y avoir une tension entre l'autonomie et l'influence dans le système de santé publique. Certains participants ont indiqué qu'il est important d'être à la table de décision du gouvernement. Cela permet de s'assurer que l'expertise en santé publique fait partie du processus décisionnel, afin d'aider à influencer les décisions et à négocier. Certains participants ont mentionné que leur expertise en santé publique était respectée et valorisée aux tables de prise de décisions et qu'ils recevaient le soutien dont ils avaient besoin pour faire leur travail.

> *Faites partie de la machine, l'influence est plus grande.* »

Mesures possibles

Un certain nombre de participants ont fait observer qu'il est important d'établir un équilibre entre la prestation de conseils fondés sur des données probantes (par opposition à la représentation) aux tables de prise de décisions. Les principes de l'écoute, de la responsabilisation claire, de l'honnêteté et de la transparence, ainsi que du partage des décisions et de l'information, ont été ciblés comme étant la clé de l'équilibre entre l'autonomie et l'influence.

En faisant preuve de transparence et d'honnêteté, le médecin hygiéniste peut modifier ses décisions lorsque les données probantes changent, car la population a confiance en lui.

> *Les gens continueront d'écouter même si nous faisons marche arrière. Il nous faut cependant faire preuve d'honnêteté et de transparence.* »

Le médecin hygiéniste peut parler des données probantes en santé publique et reconnaître que les politiciens utilisent plus que ces données pour prendre des décisions, de sorte que le médecin hygiéniste n'est pas perçu comme justifiant la décision des dirigeants politiques.

Un participant a laissé entendre que le poste de médecin hygiéniste pourrait ressembler à celui d'un vérificateur général, où l'on peut formuler des commentaires sans craindre les répercussions de la structure politique. Un autre participant a suggéré que la façon d'être à la table et de ne pas être perçu comme un instrument pour les politiciens est de siéger à de nombreuses tables, y compris des tables communautaires.

Améliorer la recherche en santé publique

Améliorer la recherche dans les systèmes de santé publique

Défis

Comme mentionné précédemment dans la section sur les données, l'une des lacunes relevées par de nombreux participants est le manque de données sur les systèmes de santé publique au Canada. De plus, il y a un manque général de recherche sur les systèmes de santé publique.

Mesures possibles

Certains participants ont suggéré qu'un programme national de recherche s'impose sur l'ensemble des systèmes de santé publique. Cela pourrait comprendre :

- des études commissionnées ou des études de recherche sur les pratiques exemplaires dans les systèmes de santé publique;
- de la recherche sur la gouvernance dans les systèmes de santé publique;
- de la recherche sur le financement nécessaire pour les systèmes de santé publique et les répercussions lorsque le financement est réduit;
- des modèles sur les systèmes de santé publique (fondés sur des expériences naturelles[vii] de différentes administrations); et
- un recensement de l'effectif actuel en santé publique.

Cette recherche pourrait aider à comparer, à surveiller et à évaluer les investissements en santé publique par rapport aux améliorations apportées.

« Le Canada a grand besoin d'investir dans la recherche sur les systèmes de santé publique. Nous faisons beaucoup de recherche sur les systèmes de santé, nous sommes un chef de file mondial dans ce domaine. Mais les systèmes de santé publique, personne ne sait comment les organiser. Il n'y a pas de recherche. »

D'autres recherches sur l'économie de la santé (et le renforcement des capacités dans ce domaine) pourraient porter sur les interventions dans les systèmes de santé publique qui ont le plus d'impact (détermination des coûts et de la valeur des interventions) et la recherche établissant un lien entre les investissements en santé publique ainsi que les gains et les pertes économiques, par exemple. Cela pourrait mener à la création de comités consultatifs en économie de la santé et en santé publique, semblables aux soins de santé, comme l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Améliorer les liens entre l'élaboration de politiques, la pratique et la recherche en santé publique

Défis

Un certain nombre de participants ont indiqué que la coordination entre les chercheurs, la pratique et les décideurs du système de santé publique constitue un défi.

Mesures possibles

Les participants ont fait remarquer qu'il faut effectuer des recherches intégrées (entre les universités et les décideurs, et entre les universités et les praticiens de la santé publique) pour veiller à ce que des questions de recherche importantes soient résolues en santé publique, pour former des spécialistes praticiens et pour veiller à ce que la recherche appliquée soit menée dans les domaines essentiels des politiques et des pratiques de santé publique.

Un certain nombre d'exemples où cela se produit déjà ont été fournis, notamment :

- les chaires en santé publique appliquée (cofinancées par l'Institut de la santé publique et des populations [ISPP] des IRSC et l'ASPC);

[vii] Une intervention d'origine naturelle (p. ex., changement de programme ou de politique) qui peut être évaluée au fur et à mesure.

- les boursiers postdoctoraux des IRSC intégrés dans les organisations du système de santé; et
- les possibilités de financement intégré de l'Université de Toronto avec les équipes de santé de l'Ontario pour les étudiants au doctorat.

Cependant, il y a une autre occasion de communiquer directement avec les unités de santé publique, de travailler avec les universités pour placer les praticiens de la santé publique dans des postes universitaires et de veiller à ce que l'un des mandats au sein du système de santé publique soit d'établir un lien entre la recherche et l'éducation au niveau local de la santé publique.

Autres améliorations globales de la recherche en santé publique

Les participants ont formulé un certain nombre d'autres suggestions pour améliorer la recherche en santé publique.

Certains participants ont souligné l'importance d'intégrer de façon significative de multiples façons de savoir dans la recherche, notamment :

- la philosophie autochtone;
- l'expérience vécue;
- les perspectives communautaires en matière de recherche et d'application des connaissances, y compris les sciences du comportement pour comprendre les comportements humains; et
- les expériences sur le terrain, par exemple, le travail d'évaluations randomisées effectuées sur des programmes visant à réduire la pauvreté au laboratoire Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-Pal) aux États-Unis.

Quelques participants ont cerné d'autres possibilités d'améliorer la recherche en santé publique, notamment :

- coordonner les synthèses des données probantes en santé publique;
- veiller à ce que la recherche en santé publique ait la même crédibilité que la médecine clinique;
- renforcer les capacités en modélisation de la santé publique; et
- établir des réseaux de santé publique plus solides partout au pays (p. ex., centres d'excellence nationaux, collaborations universitaires), y compris pour le partage de données entre les disciplines.

Tirer parti des réussites liées à la pandémie de COVID-19 et en apprendre des défis

Défis

La COVID-19 a attiré l'attention sur la santé publique et, par conséquent, de nombreux succès et défis ont émergé. L'un des principaux défis a été l'effet d'iniquité de la COVID-19 sur différentes populations, dont il est question plus loin. De plus, la COVID-19 a mis en lumière les défis liés au manque de ressources dans le système de santé publique, comme nous l'avons mentionné plus tôt.

> *« La COVID-19 nous a placé à l'avant-plan (la santé publique), nous devons montrer que nous avons un rôle à jouer. »*

Un certain nombre de participants ont également indiqué que la prochaine pandémie pourrait ne pas être très loin, et la COVID-19 a exacerbé et mis en évidence d'autres problèmes de santé publique, y compris la santé mentale.

Réussites

Malgré les défis mentionnés ci-dessus, l'augmentation de la visibilité et de la confiance du public dans la santé publique a été une réussite. De nouvelles façons de travailler ensemble ont été élaborées pendant la COVID-19, y compris des outils virtuels, le partage rapide de l'information, et de nouveaux liens crées. La COVID-19 a également réuni de nombreux secteurs à la table, avec des objectifs communs.

Cette pandémie a souligné clairement que la santé et l'économie sont liées, ce qui a permis de montrer au public et aux politiciens l'importance des déterminants de la santé.

Mesures possibles

À l'avenir, les participants ont souligné que nous devons tirer parti des réussites découlant de la COVID-19. Comme mentionné précédemment, il s'agit d'une occasion de continuer à miser sur la visibilité et la valorisation du système de santé publique.

> *« Une vision de la santé publique doit ressortir de la COVID. Tous accordent de la valeur aux vaccins. Nous devons soutenir ce discours sur l'importance d'investir dans la prévention de futures pandémies, de collaborer en tant que collectivités, de partager des valeurs, de se responsabiliser les uns envers les autres, et tout cela se trouve dans la Charte d'Ottawa… »*

Certains participants ont indiqué que l'analyse des risques utilisée par le système de santé publique pendant la pandémie de COVID-19 pourrait s'appliquer à d'autres problèmes, notamment la santé mentale, l'obésité, l'environnement, les changements climatiques, la sécurité alimentaire et les problèmes liés à la consommation de substances.

De nombreux participants ont souligné qu'il est possible d'évaluer les constatations et les résultats des rapports et des demandes de renseignements sur des épidémies antérieures (p. ex., le SRAS) et d'en tirer des leçons, ainsi que toute demande future de renseignements sur la COVID-19. De nombreuses constatations tirées de rapports antérieurs n'ont pas été entièrement mises en œuvre ou n'ont jamais été mises en œuvre, et il reste des problèmes communs (p. ex., manque d'investissement dans le système de santé publique). Nous devons tirer des leçons des épidémies passées et de la pandémie actuelle, afin que ces défis dans le système de santé publique soient relevés et qu'ils ne se reproduisent pas à l'avenir.

> *« Le discours "comment ne pas être ici la prochaine fois" a beaucoup de poids. »*

Il a été suggéré qu'un dépôt public de toutes les demandes de renseignements et analyses indépendantes, y compris les rapports du vérificateur général et du coroner, serait utile. Une autre suggestion était d'offrir des séances d'information technique au personnel des médias avant toute demande de renseignements sur la COVID-19 afin qu'il puisse mieux comprendre le fonctionnement du système de santé publique.

Lutter contre les iniquités et celles vécues par les Autochtones comme élément fondamental à la santé publique

Défis

Un rôle clé pour le système de santé publique, identifié parmi les participants est de lutter contre les iniquités. De nombreux participants ont indiqué que la COVID-19 a mis en évidence de façon encore plus frappante les iniquités de santé auxquelles sont confrontées certaines populations, notamment les peuples autochtones, les populations racisées et les populations à faible revenu. L'histoire du colonialisme au Canada pour les populations autochtones et d'autres populations, comme la communauté noire de la Nouvelle-Écosse, et le racisme systémique continu envers les groupes racisés, demeurent des défis que le système de santé publique doit relever.

Mesures possibles

De manière générale, il est dit que le système de santé publique doit prendre des engagements clairs pour continuer d'agir sur les iniquités et favoriser les déterminants structurels de la santé. Certains participants étaient d'avis que le système de santé publique devrait mettre l'emphase sur la réduction des écarts en matière d'iniquités, ce qui nécessite de se concentrer sur des résultats mesurables.

Pour remédier à ces iniquités, certains participants ont indiqué qu'il faut établir de nouveaux liens ou de nouveaux points d'entrée dans le système de santé publique, notamment en mettant l'accent sur les points suivants :

- la décolonisation,
- l'intersectionnalité,
- l'autodétermination,
- la lutte contre le racisme par des approches antiracistes, et
- le programme de vérité et de réconciliation du Canada avec les populations autochtones.

D'autres participants ont indiqué qu'il fallait revenir aux mentalités du bien-être et du mieux-être, à la pensée en amont, à la santé dans toutes les politiques et à des approches de l'ensemble de la société en proposant une vision, une stratégie et une feuille de route pour le système de santé publique, comme il est mentionné dans la section sur la gouvernance ci-dessus. Certains participants ont aussi souligné l'importance d'avoir des objectifs de santé publique qui reflètent l'équité et le bien-être, tout en tenant compte des déterminants sociaux de la santé. L'engagement continu avec les ministres d'autres secteurs a également été jugé important pour assurer le leadership du gouvernement fédéral sur les questions d'équité, comme il est mentionné dans la section sur la santé intersectorielle.

Lorsque vous rapprochez la santé publique des soins primaires ou des soins (de santé), ce sont ces derniers qui obtiennent tous les fonds. »

Nous sommes prisonniers du système de santé et les décisions à notre sujet sont prises par le système de santé. »

Examiner les liens entre les soins primaires et le système de santé publique

Les participants avaient des opinions partagées sur la meilleure façon d'aborder les liens entre les soins primaires/le système de santé et le système de santé publique.

Certains participants ont laissé entendre qu'il faut resserrer les liens entre le système de santé publique et les soins primaires afin de réduire les silos et de mieux coordonner et intégrer le travail. Par exemple, au niveau fédéral, il n'y a pas de structure pour établir des liens avec le système de soins de santé.

D'autres ont suggéré qu'une optique de la santé de la population est nécessaire dans les soins de santé, y compris dans les rôles de fournisseurs de soins de santé, et que les soins primaires pourraient être davantage axés sur la santé publique. Quelques participants ont signalé que d'autres professionnels de la santé ont un rôle à jouer pour appuyer le système de santé publique. Un participant a mentionné le rôle des médecins de famille comme source d'information fiable, tandis qu'un autre participant a signalé que les dentistes fournissent de l'information sur l'éducation et la prévention dans le cadre de leur rôle.

Cependant, d'autres participants ont exprimé des préoccupations au sujet de l'assimilation du système de santé publique dans le système de soins de santé et sont par conséquent d'avis que le système de santé publique devrait être dissocié du système de santé. C'est parce que les soins primaires sont axés sur le traitement et le modèle médical; la préoccupation porte sur le fait que les soins primaires et les soins actifs obtiennent les ressources et constituent la base des décisions.

Un participant a suggéré que les soins de santé devraient relever du système de santé publique, plutôt que l'inverse.

Lutter contre la mésinformation et la désinformation en santé publique

Défis

Un certain nombre de participants ont indiqué que la mésinformation et la désinformation constituaient un défi croissant en santé publique. La réticence à l'égard de la vaccination est un domaine où cela est mis en évidence, mais c'est un problème dans d'autres domaines de la santé publique également (p. ex., fluoration de l'eau). Un participant a fait remarquer que certains Canadiens font peu confiance à la science et au gouvernement.

Mesures possibles

Des stratégies actives sont nécessaires pour lutter contre la mésinformation et la désinformation en santé publique et veiller à ce que les gens soient des usagers informés ayant accès à des faits et à des chiffres provenant de sources fiables et fondées sur des données probantes. L'une des stratégies exemplaires suggérées pour surmonter ces problèmes est le Défi de l'innovation communautaire des vaccins que l'ASPC entreprend afin d'améliorer la confiance envers les vaccins dans les collectivités au Canada.[4]

Encourager l'innovation dans le système de santé publique

Défis

Quelques participants ont fait remarquer que le système de santé publique n'est pas reconnu pour son innovation et qu'il a la réputation d'être rigide et stable, ce qui est considéré comme un obstacle possible à l'innovation.

Mesures possibles

Un certain nombre de participants étaient d'avis qu'il faut innover davantage dans le système de santé publique et qu'il y a de nombreux domaines sur lesquels on pourrait bâtir, notamment dans les domaines des outils informatiques, de l'infrastructure numérique et les mécanismes automatisés (p. ex., la traçabilité des contacts).

Quelques participants ont fait remarquer qu'il faut examiner ce qui fonctionne bien et ce qui pourrait être transposer à plus grande échelle et élargi dans le système de santé publique. Parmi les innovations au niveau communautaire qui ont été cernées, mentionnons le fait que le système de santé publique continue de travailler avec les organismes de services sociaux et les soins primaires pour veiller à ce que les vaccins atteignent les populations clés (y compris les travailleurs essentiels et les populations racialisées).

Les approches orientées vers l'avenir dans le système de santé publique, où des estimations éclairées sont faites sur les meilleurs investissements qui pourraient améliorer les résultats en matière de santé de la population, pourraient être utiles (p. ex., analyse des eaux usées pour prédire les éclosions de COVID-19). Un autre exemple est le défi des technologies de vérification des drogues de Santé Canada.[5]

L'examen d'autres systèmes pour trouver des idées, comme les systèmes logistiques du secteur privé pour la livraison (p. ex., FedEx ou Domino's Pizza) peut fournir des idées novatrices pour les systèmes logistiques du système de santé publique (p. ex., livraison d'équipement de protection individuelle ou de vaccins).

Domaines prioritaires pour le système de santé publique au Canada

À l'avenir, un certain nombre de mesures prioritaires ont été définies pour le système de santé publique au Canada. Il s'agissait notamment de se concentrer sur les principaux sujets de préoccupation, comme :

- le changement climatique,
- les maladies non contagieuses,
- le vieillissement de la population,
- l'équité en matière de santé,
- le programme de la Commission de vérité et réconciliation,
- la lutte contre le racisme,
- le revenu de base,
- la décriminalisation des personnes qui consomment des drogues,
- la pauvreté, et
- les déterminants sociaux de la santé, en particulier les déterminants touchés par la COVID-19 (p. ex., l'emploi, la toxicomanie, l'éducation et le revenu).

Commentaires supplémentaires sur les processus de transformation du système de santé publique au Canada

Un certain nombre d'autres suggestions ont été proposées pour des mesures sur la transformation du système de santé publique au Canada.

L'une des préoccupations était que le personnel de la santé publique à tous les niveaux continue d'être sollicité par la pandémie en cours alors que le programme de transformation de la santé publique nécessite du temps de réflexion pour la prise de décisions importantes. Par conséquent, il faut prendre suffisamment de temps pour examiner ce que nous avons appris jusqu'à maintenant et envisager un processus de transformation à plus long terme étant donné que la pandémie se poursuit.

Une autre suggestion était de se fier sur les systèmes déjà en place plutôt que d'en créer de nouveaux.

Il a également été suggéré de veiller à ce qu'une analyse appropriée des intervenants soit effectuée afin de définir le milieu de la santé publique du Canada et d'assurer la participation de tous les intervenants, y compris les infirmières et les inspecteurs en santé publique. Un participant a fait remarquer que, d'après son expérience, le processus de consultation de l'ACSP était positif, compte tenu de la mobilisation et de la consultation de nombreux groupes d'intervenants.

Du point de vue de la pensée systémique, il a été suggéré que le travail doit aller au-delà de l'évolution des politiques, des pratiques et des ressources et travailler aussi du côté des relations (p. ex., établir des relations) et changer les modèles mentaux des gens (p. ex., croyances) pour voir un véritable changement transformationnel dans le système de santé publique.

Pour le Rapport annuel de l'ACSP de 2021, on suggère d'utiliser une approche axée sur l'appréciation, en s'appuyant sur les points forts, plutôt que de mettre l'accent sur les défis. On suggère également de souligner les responsabilités et l'expertise à chaque niveau de santé publique et d'utiliser des exemples locaux.

Le Rapport annuel de l'ACSP de 2021 a été perçu comme une occasion de fournir une marche à suivre pour recadrer le système de santé publique, il devrait donc contenir des recommandations et des actions concrètes.

Conclusion

La pandémie de la COVID-19 a démontré la nature critique d'avoir un système de santé publique qui a la capacité de pointe et la capacité de s'adapter en période de crise, tout en continuant d'agir sur les problèmes de santé de la population et sur les iniquités.

Grâce à des discussions avec des intervenants clés, de nombreux défis clés ainsi que des domaines d'action ont été cernés afin de fournir des idées concrètes pour une vision du futur visant à renforcer le système de santé publique.

Le BACSP apprécie le temps que les participants ont pris pour faire part de leurs réflexions et de leurs expériences afin d'améliorer le système de santé publique au Canada. Les conclusions de ce rapport ont été incluses dans le rapport annuel de l'ACSP de 2021.

Annexe A :
Liste des participants à l'échange Meilleurs cerveaux

	Nom	Titre	Affiliation
	Conférenciers d'honneur :		
1	Evan Adams	Médecin-hygiéniste en chef adjoint de la santé publique	Services aux Autochtones Canada
2	Margo Greenwood	Responsable universitaire	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
3	Theresa Tam	Administratrice en chef de la santé publique du Canada	Agence de la santé publique du Canada
	Présentateurs :		
4	David Buckeridge	Professeur, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail	Université McGill
5	Carole Clavier	Professeur, Département de science politique	Université du Québec à Montréal
6	Erica Di Ruggiero	Professeur adjoint, École de santé publique Dalla Lana	Université de Toronto
7	Monika Dutt	Médecin hygiéniste par intérim	Santé du centre et de l'ouest Terre-Neuve-et-Labrador
8	Kim McGrail	Professeure, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, École de santé publique et des populations	Université de la Colombie-Britannique

	Nom	Titre	Affiliation
9	Vivek Goel	Professeur, Institut des politiques de santé, gestion et évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana	Université de Toronto
10	Ak'ingabe Guyon	Professeure clinique adjointe, École de santé publique	Université de Montréal
11	Zayna Khayat	Stratège de l'avenir	SE Santé
12	Kate Mulligan	Professeure adjointe, École de santé publique Dalla Lana	Université de Toronto
	Animateurs :		
13	Tammy Bell	Directrice générale, Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique	Agence de la santé publique du Canada
14	Verna McGregor	Aînée	Communauté algonquine de Kitigan Zibi Anishinabeg
15	Cory Neudorf	Médecin hygiéniste universitaire principal et professeur, Département de santé communautaire et d'épidémiologie	Régie de la santé de la Saskatchewan et Université de la Saskatchewan
16	Sarah Viehbeck	Vice-présidente associée, Stratégie des programmes de recherche	Instituts de recherche en santé du Canada
	Participants :		
17	Sandra Allison	Médecin hygiéniste de Central Island	Island Health
18	Olivier Bellefleur	Responsable scientifique	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
19	Claire Betker	Directrice scientifique	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
20	Stephen Clark	Président-directeur général	Centre d'information sur la santé Terre-Neuve-et-Labrador
21	Ian Culbert	Directeur général	Association canadienne de santé publique
22	Nicole Damestoy	Présidente-directrice générale	Institut national de santé publique du Québec
23	Maureen Dobbins	Directrice scientifique	Centre de collaboration nationale des méthodes et outils
24	Janice Fitzgerald	Médecin hygiéniste en chef	Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
25	Michelle Gagnon	Conseillère principale	Strategy Corp

	Nom	Titre	Affiliation
26	Colleen Geiger	Présidente-directrice générale par intérim et cheffe, Stratégie, Relations avec les intervenants, Recherche, Information et Connaissances	Santé publique Ontario
27	Bonnie Henry	Administratrice de la santé publique provinciale	Université de la Colombie-Britannique
28	Elaine Hyshka	Professeure adjointe, École de santé publique	Université de l'Alberta
29	Esyllt Jones	Professeur, Histoire/Sciences de santé communautaire	Université du Manitoba
30	Kami Kandola	Administratrice en chef de la santé publique	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
31	Yoav Keynan	Responsable scientifique	Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.
32	Rhonda Kropp	Vice-présidente, Direction générale de surveillance et des données organisationnelles	Agence de la santé publique du Canada
33	Jeff Latimer	Directeur général, Santé, Justice, Diversité et Populations	Statistique Canada
34	Jason Letto	Gestionnaire, Intervention d'urgence	Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
35	Doug Manuel	Professeur et scientifique principal, Programme d'épidémiologie clinique	Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
36	Meghan McMahon	Directrice adjointe, Institut des services et des politiques de la santé	Instituts de recherche en santé du Canada
37	Pascal Michel	Conseiller scientifique en chef	Agence de la santé publique du Canada
38	Kathleen Morris	Vice-présidente, Stratégies de données et statistiques	Institut canadien d'information sur la santé
39	Heather Morrison	Administratrice en chef de la santé publique	Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard
40	David Mowat	Consultant en santé publique; ancien médecin hygiéniste, Santé publique de Peel	
41	Jessica Nadigel	Directrice adjointe, Institut des services et des politiques de la santé	Instituts de recherche en santé du Canada
42	David Naylor	Professeur de médecine et président émérite	Université de Toronto

	Nom	Titre	Affiliation
43	Michael Patterson	Administrateur en chef de la santé publique	Gouvernement du Nunavut
44	Andrew Pinto	Directeur et clinicien-scientifique	Upstream Lab, Hôpital St. Michael
45	Sylvie Poirier	Directrice générale adjointe, de la surveillance, de la planification et de la coordination	Gouvernement du Québec
46	Tracey Prentice	Conseillère scientifique, Institut de la santé des Autochtones	Instituts de recherche en santé du Canada
47	Barbara Riley	Directrice scientifique, Carrefour de développement et d'échange de connaissances	Collège universitaire Renison
48	Jennifer Russell	Médecin hygiéniste en chef	Gouvernement du Nouveau-Brunswick
49	Saqib Shahab	Administrateur en chef de la santé publique	Gouvernement de la Saskatchewan
50	Arjumand Siddiqi	Professeure, responsable de la division de l'épidémiologie, École de santé publique Dalla Lana	Université de Toronto
51	Candice St-Aubin	Vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques	Agence de la santé publique du Canada
52	Eduardo Vides	Conseiller principal en politiques sur la santé	Conseil national des Métis
53	Gaynor Watson-Creed	Doyenne adjointe, Servir et Engager la société, Faculté de médecine	Université Dalhousie
54	Cornelia (Nel) Wieman	Médecin hygiéniste en chef adjointe par intérim	Régie de la santé des Premières Nations

Annexe B :
Ordre du jour annoté des échanges « Meilleurs cerveaux »

But et objectifs de la réunion

Fondé sur l'expérience de la COVID-19 au Canada, le Rapport annuel de 2021 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (ACSP) présentera une vision ambitieuse et prospective pour un système de santé publique renforcé. Il décrira les éléments fondamentaux d'un système de santé publique repensé et les priorités de changement transformationnel fondées sur les meilleures données probantes disponibles et les commentaires de l'ensemble de la communauté de la santé publique.

Organisé par le Bureau de l'ACSP (Agence de la santé publique du Canada) et les Instituts de recherche en santé du Canada, le principal objectif de cet échange virtuel « Meilleurs cerveaux » est de décrire les éléments clés d'un futur système de santé publique et des mesures concrètes pour un changement durable. L'ÉMC fournira des données probantes clés et orientera les travaux commandés pour appuyer l'élaboration du rapport annuel de l'ACSP de 2021.

Les objectifs proposés de l'EMC sont les suivants :

- éclairer les éléments nécessaires dans le futur système de santé publique en explorant les domaines de base « écosystème de données et de recherche », « collectivité » et « gouvernance »;
- cerner les possibilités de nouveaux partenariats, modèles et solutions novatrices dans l'ensemble des domaines; et
- formuler des recommandations sur les priorités dans chacun des trois domaines en cernant des études de cas récentes ou en cours prometteuses.

Vision de l'avenir de la santé publique au Canada Ordre du jour 7 avril 2021, de 9 h 45 à 15 h 30 (HNE)		
Heure	**Séance**	**Conférencier(s)**
9 h 30 à 9 h 45	**Inscription**	
9 h 45 à 10 h	**Mot de bienvenue et ouverture autochtone** • Orientation technique • Ouverture/accueil traditionnels • Objectifs du programme ÉMC • Aperçu de ÉMC aujourd'hui	**Dre Sarah Viehbeck** Vice-présidente associée, Stratégie des programmes de recherche, Instituts de recherche en santé du Canada **Tammy Bell** Directrice générale, Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique **Verna McGregor** Communauté algonquine de Kitigan Zibi Anishinabeg
10 h à 10 h 45	**Présentations d'ouverture**	**Dre Theresa Tam** Administratrice en chef de la santé publique du Canada **Dr Evan Adams** Médecin hygiéniste en chef adjoint Bureau du directeur général de la santé de la population et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada **Dre Margo Greenwood** Responsable universitaire, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

Guide de discussion (séances 1 à 3)

Les questions suivantes serviront à orienter les présentations et les discussions

1. Quels sont les principaux éléments ou les principales possibilités du système de santé publique?
2. Quelles sont les possibilités de transformation et les mesures concrètes pour un changement durable?
3. Quelles sont les réussites récentes de nouveaux partenariats et modèles ou innovations dans ces domaines qui offrent des solutions évolutives aux obstacles systémiques actuels?

Vision de l'avenir de la santé publique au Canada Ordre du jour 7 avril 2021, de 9 h 45 à 15 h 30 (HNE)		
Heure	**Séance**	**Conférencier(s)**
10 h 45 à 11 h 45	**Séance 1 : Nécessité d'un écosystème de données et de recherche pour la santé publique**	**Responsable de la séance :** **Dr David Buckeridge** Professeur, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill **Présentateurs :** **Vivek Goel** Professeur, Institut des politiques de santé, gestion et évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto **Kim McGrail** Professeure, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, École de santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique
De 11 h 45 à 12 h 15	**Pause dîner et réseautage**	
12 h 15 à 13 h 15	**Séance 2 : Vision communautaire de la santé publique au Canada**	**Responsable de la séance :** **Mme Kate Mulligan** Professeure adjointe, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto **Présentateurs :** **Dre Monika Dutt** Médecin hygiéniste, Santé du centre et de l'ouest, Terre-Neuve-et-Labrador **Mme Zayna Khayat** Stratège de l'avenir, SE Santé

Vision de l'avenir de la santé publique au Canada Ordre du jour 7 avril 2021, de 9 h 45 à 15 h 30 (HNE)		
Heure	**Séance**	**Conférencier(s)**
13 h 15 à 14 h 15	**Séance 3 : Gouvernance entre les secteurs et les juridictions**	**Responsable de la séance :** **Mme Erica Di Ruggiero** Professeure associée, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto **Présentateurs :** **Mme Carole Clavier** Professeure, Département de science politique, Université du Québec à Montréal **Mme Ak'ingabe Guyon** Professeure clinique adjointe, École de santé publique, Université de Montréal
14 h 15 à 14 h 30	**Pause-santé**	
14 h 30 à 15 h 15	**Séance 4 : Réflexion sur les éléments intersectionnels et les priorités clés pour aller de l'avant**	**Dr Cory Neudorf** Médecin hygiéniste universitaire principal, Régie de la santé de la Saskatchewan Professeur, Université de la Saskatchewan
15 h 15 à 15 h 30	**Évaluation et mot de la fin**	**Dre Theresa Tam** et **Dr Evan Adams**

Annexe C :
Liste des participants aux groupes de discussion

REMARQUE : *pour les listes de participants suivantes, les organisateurs de l'événement ont tenté de s'assurer que tous les participants, leur titre et leur affiliation soient inscrits en fonction des invitations envoyées et des présentations faites dans les clavardages en ligne. Si des personnes ont ouvert une session par téléphone ou ne se sont pas identifiées pendant la séance de clavardage, elles seront peut-être absentes dans les listes ci-dessous. Le BACSP s'excuse de toute omission involontaire.*

Mercredi 12 mai 2021

Pensée systémique et innovation sociale

	Nom	Titre	Affiliation
1	Evan Adams	Médecin-hygiéniste en chef adjoint de la santé publique	Services aux Autochtones Canada
2	Michelle Gagnon	Conseillère principale	StrategyCorp
3	Perry Kendall	Professeur clinicien, École de santé publique et des populations	Université de la Colombie-Britannique
4	Jerry Koh	Directeur	Innovations systémiques & MaRS Solutions Lab
5	David Mowat	Consultant en santé publique; ancien médecin hygiéniste, Santé publique de Peel	
6	Cory Neudorf	Médecin hygiéniste universitaire principal et professeur, Département de santé communautaire et d'épidémiologie	Régie de la santé de la Saskatchewan et Université de la Saskatchewan
7	Barbara Riley	Directrice scientifique, Carrefour de développement et d'échange de connaissances	Collège universitaire Renison
8	Tazim Virani	Directeur général	SE Global
9	Gaynor Watson-Creed	Doyen adjoint, Servir et engager la société, Faculté de médecine	Université Dalhousie

Vendredi 14 mai 2021 Innovation dans le système de santé publique et l'infrastructure			
	Nom	**Titre**	**Affiliation**
10	Sara Allin	Professeure adjointe, Institut de la politique de santé, gestion et évaluation de la santé	Université de Toronto
11	Mehdi Ammi	Professeur agrégé	Université de Carleton
12	Emmanuelle Arpin	Étudiante au doctorat	Université de Toronto
13	Claire Benny	Assistante à l'enseignement des cycles supérieurs	Université de l'Alberta
14	Hilary Caldwell	Boursière postdoctorale	Université Dalhousie
15	Marisa Creatore	Directrice scientifique associée	Institut de la santé publique et des populations des IRSC
16	F. Antoine Dedewanou	Boursier postdoctoral	Université Carleton
17	Katherine Fierlbeck	Professeure, Département de science politique	Université Dalhousie
18	Steven Hoffman	Directeur scientifique	Institut de la santé publique et des populations des IRSC
19	Sara Kirk	Professeure, Promotion de la santé, École de santé et de performance humaine	Université Dalhousie
20	Morgan Lay	Conseillère principale en politiques	Institut de la santé publique et des populations des IRSC
21	Shannon MacDonald	Professeure auxiliaire, École de santé publique	Université de l'Alberta
22	Katerina Maximova	Professeure adjointe, École de santé publique Dalla Lana	Université de Toronto
23	Stephanie Montesanti	Professeure adjointe, École de santé publique	Université de l'Alberta
24	David Mowat	Consultant en santé publique; ancien médecin hygiéniste, Santé publique de Peel	
25	Cassidy O'Hearn	Étudiante à la maîtrise en santé publique	Université Lakehead
26	Jennifer O'Loughlin	Professeure titulaire, École de santé publique	Université de Montréal
27	Roman Pabayo	Professeur adjoint, École de santé publique	Université de l'Alberta
28	Gilles Paradis	Professeur titulaire de la chaire Strathcona, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail	Université McGill
29	Mike Paulden	Professeur adjoint, École de santé publique	Université de l'Alberta
30	Andrew Pinto	Directeur et Clinicien-chercheur	Upstream Lab Hôpital St. Michael

31	Ellen Rafferty	Économiste de la santé	Institut d'économie de la santé
32	Laura Rosella	Professeure adjointe, École de santé publique Dalla Lana	Université deToronto
33	Meaghan Sim	Scientifique de la mise en œuvre	Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
34	Brendan Smith	Scientifique, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des blessures	Santé publique Ontario
35	Robert Smith	Boursier postdoctoral	Université de Toronto
36	Gaynor Watson Creed	Doyen adjoint, Servir et engager la société	Université Dalhousie

Mercredi 19 mai 2021

Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique

	Nom	**Titre**	**Affiliation**
37	Glenn Brimacombe	Directeur, Politique et affaires publiques	Association canadienne de psychologie
38	Barbara Catt	Présidente	Prévention et contrôle des infections Canada
39	Bianca Carlone	Analyste des relations gouvernementales et des politiques	SoinsSantéCAN
40	Lee Clark	Gestionnaire, Politiques et recherche	Association des pharmaciens du Canada
41	Jocelyn Cook	Directrice associée, Représentation et politiques	Association médicale canadienne
42	Ian Culbert	Directeur général	Association canadienne de santé publique
43	Kevin Doucette	Conseiller principal	Association médicale canadienne
44	Joyce Douglas	Directrice associée, Représentation et politiques	Association médicale canadienne
45	Philip Emberley	Directeur par intérim, Affaires professionnelles	Association des pharmaciens du Canada
46	Emily Follwell	Analyste des politiques et de la recherche	
47	Sarah Forgie	Présidente	Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada
48	Riccarda Galioto	Directrice générale	Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

49	Gerry Hansen	Directeur exécutif	Prévention et contrôle des infections Canada
50	Aden Hamza	Chef de programme intérimaire, Politiques et relations gouvernementales	Association des infirmières et infirmiers du Canada
51	Marilee A Nowgesic	Présidente-directrice générale	Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
52	Jasmine Pawa	Présidente	Médecins de santé publique du Canada
53	Greg Penney	Directeur, Programmes	Association canadienne de santé publique
54	Fred Phelps	Directeur exécutif	Association canadienne des travailleurs sociaux
55	Artem Safarov	Directeur, Politique de santé et relations gouvernementales	Collège des médecins de famille du Canada
56	Leah Salvage	Responsable du soutien au secrétariat	Médecins de santé publique du Canada
57	Benoit Soucy	Directeur, Affaires cliniques et scientifiques	Association dentaire canadienne
58	Mike Villeneuve	Président-directeur général	Association des infirmières et infirmiers du Canada
59	Cornelia (Nel) Wieman	Médecin hygiéniste en chef adjointe par intérim	Régie de la santé des Premières Nations

Dimanche 30 mai 2021

Comité consultatif spécial sur la COVID-19

	Nom	**Titre**	**Affiliation**
60	Horacio Arruda	Directeur national de la santé publique	Québec
61	Vincent Beswick-Escanlar	Médecin hygiéniste en chef par intérim	Défense nationale et Forces armées canadiennes
62	Shelley Deeks	Médecin hygiéniste	Nouvelle-Écosse
63	George Giovinazzo	Médecin hygiéniste en chef	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
64	Brendan Hanley	Scientifique, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des blessures	Santé publique Ontario
65	Bonnie Henry	Administratrice de la santé publique provinciale	Colombie-Britannique
66	Deena Hinshaw	Médecin hygiéniste en chef	Alberta

67	Yves Jalbert	Directeur général adjoint de la protection de la santé publique	Québec
68	Kami Kandola	Administratrice en chef de la santé publique	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
69	Martin Lavoie	Administrateur en chef adjoint de la santé publique provinciale	Colombie-Britannique
70	Richard Massé	Directeur de santé publique de Montréal	Québec
71	Heather Morrison	Administratrice en chef de la santé publique	Île-du-Prince-Édouard
72	Michael Patterson	Administrateur en chef de la santé publique	Gouvernement du Nunavut
73	Brent Roussin	Administrateur de la santé publique provinciale	Manitoba
74	Jennifer Russell	Médecin hygiéniste en chef	Nouveau-Brunswick
75	Saqib Shahab	Administrateur en chef de la santé publique	Saskatchewan
76	Supriya Sharma	Conseillère médicale en chef	Santé Canada
77	David Williams	Médecin hygiéniste en chef	Ontario
78	Tom Wong	Médecin hygiéniste en chef	Services aux Autochtones Canada

Mardi 8 juin 2021

Médecins-hygiénistes locaux

	Nom	**Titre**	**Affiliation**
79	Sajida Afridi	Spécialiste en médecine préventive en santé publique	Oshawa (ON)
80	Jason Cabaj	Professeur assistant clinique	Université de Calgary
81	Khami Chokani	Médecin hygiéniste régional	Prince Albert (Sk)
82	Patty Daly	Administratrice en chef de la santé publique	Vancouver Coastal Health (C.-B)
83	Tania Diener	Médecin-hygiéniste et responsable du service de secteur	Région urbaine de Regina (SK)
84	Mylène Drouin	Directrice régionale de la santé publique	Montréal (QC)
85	Vinita Dubey	Médecin hygiéniste adjointe	Bureau de santé publique de Toronto (ON)
86	Vera Etches	Médecin chef en santé publique	Santé publique Ottawa (ON)
87	Justin Farrell	Conseillère en matière de politiques	Fédération canadienne des municipalités
88	Paul Gully	Consultant en santé publique	

89	Ak'ingabe Guyon	Professeure clinique adjointe, École de santé publique	Université de Montréal
90	Maurice Hennink	Médecin hygiéniste régional	Saskatchewan Health Authority (SK)
91	Mustafa Hirji	Médecin hygiéniste par intérim	Services de santé publique et d'urgence de la région de Niagara (ON)
92	Moliehi Khaketla	Médecin hygiéniste régionale	Nord de la Saskatchewan, Service de la santé de la population (SK)
93	Lawrence Loh	Médecin chef en santé publique	Région de Peel (ON)
94	Lanre Medu	Médecin hygiéniste régional	Saskatchewan Health (SK)
95	Cory Neudorf	Médecin hygiéniste universitaire principal et professeur, Département de santé communautaire et d'épidémiologie	Régie de la santé de la Saskatchewan et Université de la Saskatchewan
96	Piotr Oglaza	Médecin chef en santé publique	Hastings Prince Edward Public Health (ON)
97	Barry Pakes	Directeur de programme, Programme de résidence en santé publique et médecine préventive	Université de Toronto
98	Jasmine Pawa	Présidente	Médecins de santé publique du Canada
99	Thomas Piggott	Médecin hygiéniste en chef de Labrador-Grenfell; responsable exécutif de la santé de la population et des régions rurales et éloignées	Terre-Neuve-et-Labrador
100	Elizabeth Rea	Médecin hygiéniste adjointe	Bureau de santé publique de Toronto
101	Joss Reimer	Médecin chef en santé publique	Office régional de la santé de Winnipeg (MB)
102	Leah Salvage	Agente de soutien du secrétariat	Réseau canadien pour la santé urbaine
103	Nadine Sicard	Consultante médicale	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (QC)
104	Chris Sikora	Médecin chef en santé publique	Services de santé de l'Alberta, zone d'Edmonton (AB)
105	Isaac Sobol	Médecin hygiéniste régional	Bureau de santé publique du Nord, La Ronge (SK)
106	Penny Sutcliffe	Médecin hygiéniste et présidente-directrice générale	Santé publique de Sudbury et districts, (ON)

Annexe D :
Objectifs des groupes de discussion et questions de discussion

Objectifs généraux des groupes de discussion

- Discuter de nouvelles façons d'envisager le changement du système de santé publique
- Cerner les possibilités concrètes pour transformer la santé publique
- Prioriser les mesures à prendre pour l'avenir

Groupe de discussion	Objectifs	Questions de discussion
Pensée systémique et innovation sociale (12 mai)	• Discuter de nouvelles façons d'envisager le changement du système de santé publique • Cerner les possibilités concrètes pour transformer la santé publique • Prioriser les mesures à prendre pour l'avenir	1. Nous avons proposé certains attributs comme étant importants pour aller de l'avant. Selon vous, qu'est-ce qui est important pour le système de santé publique? 2. Quelles nouvelles façons pouvons-nous envisager pour changer le système de santé publique? 3. Quelles sont les possibilités actuelles de changement du système? 4. Qu'est-ce qui peut être différent cette fois-ci?

Groupe de discussion	Objectifs	Questions de discussion
Innovation dans le système de santé publique et l'infrastructure (14 mai)	• Discuter des changements systémiques nécessaires pour renforcer la santé publique • Cerner les possibilités concrètes pour atteindre ces changements • Prioriser les mesures qui pourraient avoir le plus d'impact	1. Nous avons proposé certains attributs comme étant importants pour aller de l'avant. Selon vous, qu'est-ce qui est important pour le système de santé publique? 2. Quels domaines clés du système de la santé publique doivent être renforcés? Il pourrait s'agir de domaines qui ont besoin d'être peaufinés, modifiés ou radicalement transformés. 3. Selon vos recherches et votre expérience, quelles mesures concrètes pourraient avoir le plus d'impact pour renforcer le système de santé publique?
Forum des professionnels de la santé de l'ACSP (19 mai)	• Discuter des changements systémiques nécessaires pour renforcer la santé publique • Cerner les possibilités concrètes pour atteindre ces changements • Envisager des mesures de collaboration qui pourraient renforcer la santé publique et le système de santé dans son ensemble	1. Quels domaines clés du système de la santé publique doivent être renforcés? • Il pourrait s'agir de domaines qui ont besoin d'être peaufinés, modifiés ou radicalement transformés. • Si cela convient à votre profession, veuillez tenir compte des domaines qui recoupent la santé publique et les soins de santé. 2. Quelles mesures concrètes pourrait-on prendre pour renforcer ces domaines dans le système de santé publique? • Selon vous, quelles devraient être les trois principales priorités? 3. Dans quels domaines pouvons-nous collaborer et comment (p. ex., pour réduire la pression sur le système de santé en général)?

Groupe de discussion	Objectifs	Questions de discussion
Comité consultatif spécial sur la COVID-19 (30 mai)	• Discuter des changements systémiques nécessaires pour renforcer la santé publique • Déterminer les mesures prioritaires, les obstacles à la réalisation de ces mesures prioritaires et les solutions possibles • Déterminer les possibilités de collaboration entre les administrations et entre les secteurs	1. Nous avons suggéré certaines caractéristiques auxquelles la santé publique peut aspirer à l'avenir. Êtes-vous d'accord? 2. Quels domaines clés du système de la santé publique doivent être renforcés? 3. Quelles mesures concrètes au niveau du système pourraient être prises pour régler ces problèmes? • Quels sont les principaux obstacles à la réalisation de ces mesures et quelles pourraient être les solutions possibles? • Veuillez examiner plus particulièrement comment nous pouvons améliorer la collaboration entre les différents niveaux et secteurs du système.
Médecins-hygiénistes locaux (8 juin)	• Discuter des changements systémiques nécessaires pour renforcer la santé publique • Déterminer les mesures prioritaires, les obstacles à la réalisation de ces mesures et les solutions possibles • Déterminer les possibilités de collaboration entre les administrations et entre les secteurs	1. Nous avons suggéré certaines caractéristiques auxquelles la santé publique peut aspirer à l'avenir. Êtes-vous d'accord? 2. De votre point de vue, quels domaines clés du système de santé publique doivent être renforcés? 3. Quelles mesures concrètes pourraient être prises pour régler ces problèmes? • Quels sont les principaux obstacles à la réalisation de ces mesures et quelles pourraient être les solutions possibles? • Veuillez examiner plus particulièrement comment nous pouvons améliorer la collaboration entre les différents niveaux et secteurs du système.

Annexe E :
Liste des personnes interviewées

21 au 29 juin 2021			
	Nom	**Titre**	**Affiliation**
1	John Kania	Directeur général	Collective Change Lab
2	Neil Squires	Directeur de la santé publique globale	Santé publique de l'Angleterre, Royaume-Uni
3	Louise Potvin	Professeure	Université de Montréal
4	Claire Betker	Directrice scientifique	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
5	Barbara Hamilton-Hinch	Professeure	Université Dalhousie
6	Chad Hartnell	Secrétaire adjoint	Bureau du Conseil privé
7	David Donovan	Chef, Politiques stratégiques et financement novateur	

Annexe F : Questions d'entrevue

Questions générales

1. Nous avons proposé certaines caractéristiques importantes pour l'avenir du système de santé publique. Êtes-vous d'accord?
2. Quels domaines clés de la santé publique doivent être renforcés? Il pourrait s'agir de domaines qui ont besoin d'être peaufinés, modifiés ou radicalement transformés.
3. Quelles mesures concrètes pourraient avoir le plus d'impact pour renforcer le système de santé publique?
   - Selon vous, quelles devraient être les trois principales priorités?
4. Quels sont les principaux obstacles à la réalisation de ces mesures et quelles pourraient être les solutions possibles?

Sondages spécifiques en fonction de la personne interrogée

- perspectives communautaires
- équité
- soins infirmiers communautaires
- réflexion et innovation propres aux systèmes
- leçons tirées d'autres transformations
- action intersectorielle

Références

1. Lebel, P, Dufour, R. L'expérience Citoyenne au Service de la Prévention : Cadre de Référence et Outils de Mise En Œuvre pour Une Participation Efficace de la Population. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2020.

2. Government of Nova Scotia. Working Group Will Support Race-Based Data Collection Initiative. Government of Nova Scotia; 2021.

3. Agence de la santé publique du Canada. Aller de L'avant Avec Une Stratégie Pancanadienne de Données sur la Santé. Gouvernement du Canada; 2021.

4. Agence de la santé publique du Canada. Défi de L'innovation Communautaire des Vaccins : Aperçu. Gouvernement du Canada; 2021.

5. Impact Canada. Santé Canada : Défi des Technologies de Vérification des Drogues. Impact Canada; 2021.