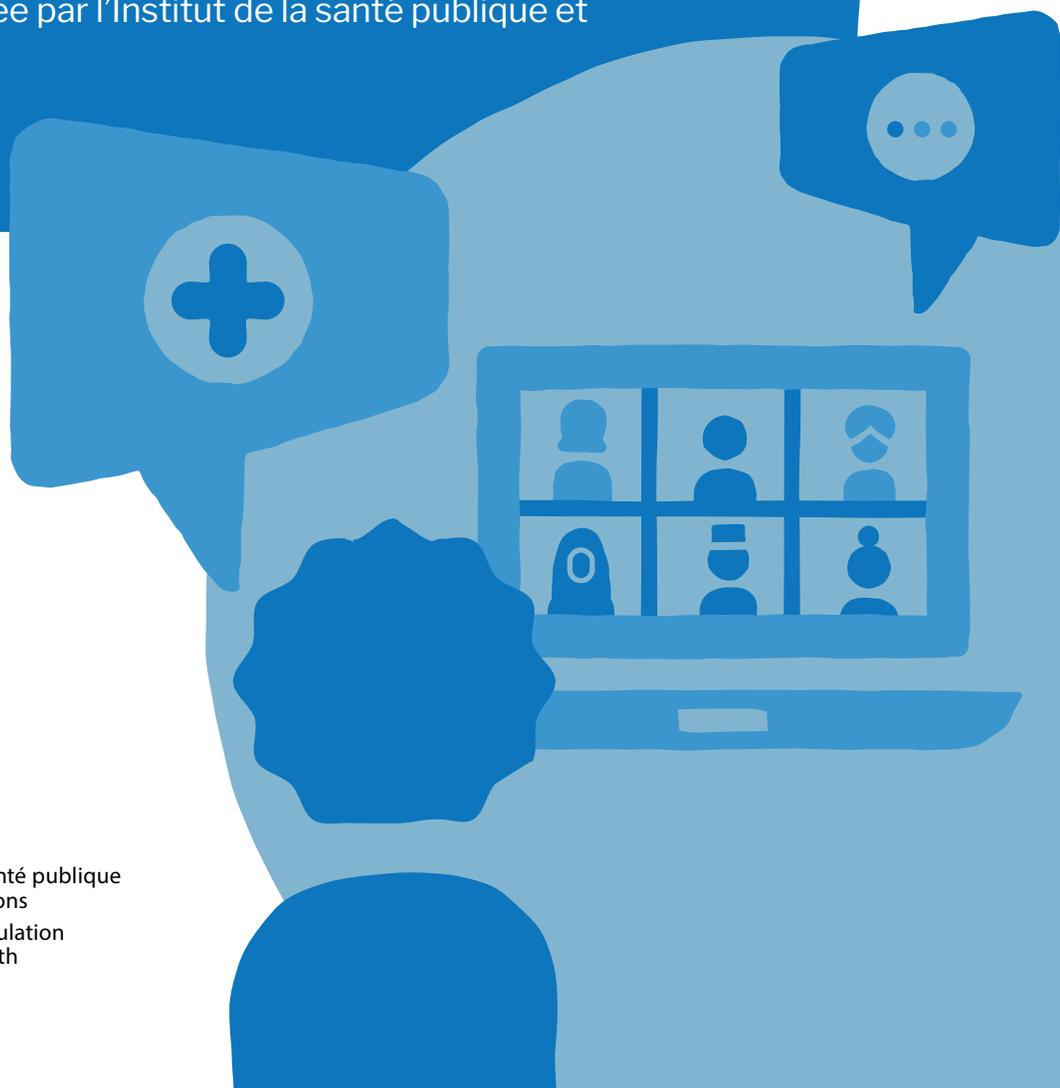


Imaginer l'après-pandémie : **10 possibilités de renforcer les systèmes de santé publique du Canada**

Un résumé des échanges recueillis lors de la série de discussions communautaires organisée par l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC



IRSC
CIHR

Institut de la santé publique
et des populations
Institute of Population
and Public Health



Remerciements

Direction : Steven J. Hoffman and Marisa Creatore

Rédacteur en chef : Adèle Cassola

Assistant de recherche : Sophie Campbell

Chef de projet : Ariane Klassen and Jennifer Morgan

Concepteur du rapport : Office/Bureau

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des participantes et participants à la discussion communautaire de l'Institut de la santé publique et des populations et ne reflètent pas nécessairement le point de vue des Instituts de recherche en santé du Canada ou du gouvernement du Canada.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2022)

No de cat. MR4-104/2022E-PDF

ISBN 978-0-660-42214-5

Mars 2022

Table des matières

4 Résumé

Section 1

8 Qu'avons-nous accompli, et pourquoi?

Section 2

10 Quels sont les principaux défis que doivent relever les systèmes de santé publique du Canada?

Section 3

20 Quelles sont les possibilités?

Section 4

28 Conclusion

Annexe 1

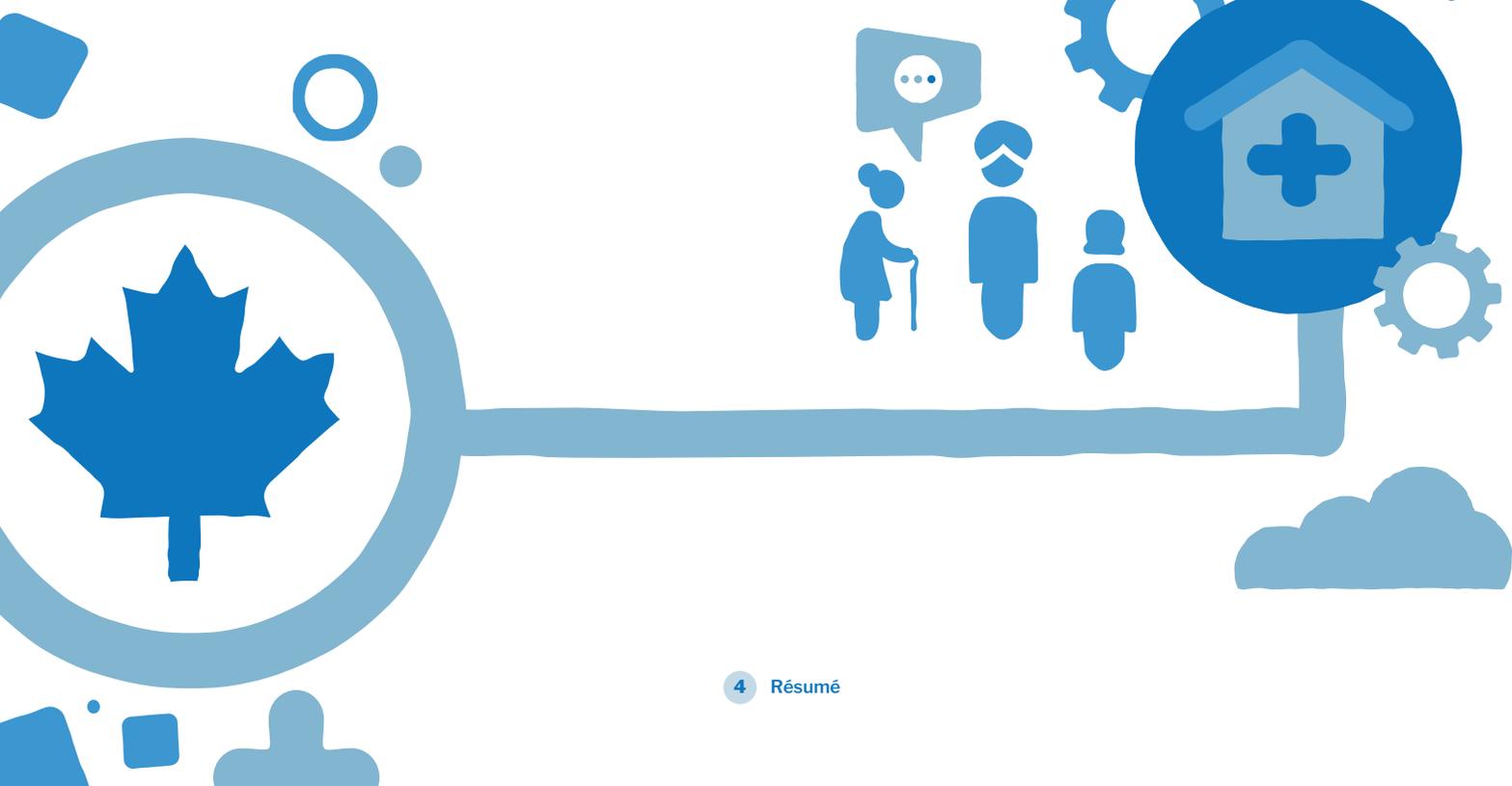
30 Résumé démographique

Annexe 2

34 Comptes rendus des rencontres

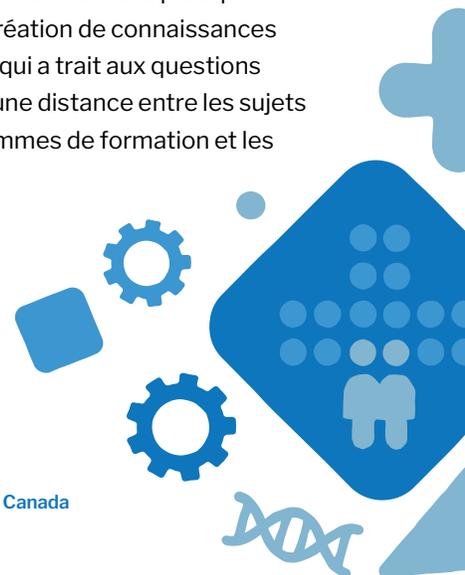
Résumé

En raison des vastes répercussions de la pandémie de COVID-19 et de la visibilité élevée de la réponse de la santé publique, nous avons aujourd'hui une occasion unique de faire le point sur les problèmes persistants et les nouvelles possibilités qui caractérisent les systèmes de santé publique au Canada. Nous avons ici consciemment eu recours à la marque du pluriel puisque le système public de santé au Canada ne relève pas d'un unique système national, mais plutôt d'un amalgame de nombreux organismes et entités de santé publique à l'échelle nationale, provinciale, territoriale, autochtone et locale. Dans la foulée de cette initiative, l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC) a mené au printemps 2021 des échanges à l'échelle nationale avec les acteurs du milieu de la santé publique. Ces échanges ont permis de cerner les principales priorités et actions permettant de bâtir des systèmes publics de santé efficaces pour lutter contre les menaces actuelles et émergentes ainsi que pour servir l'ensemble de la population canadienne. Les séances de discussion ont révélé que nous vivons actuellement un moment charnière, où le besoin de changement systémique coexiste avec un potentiel énorme pour l'évolution de la santé publique au Canada.



Les participants ont souligné plusieurs sources de pression pesant depuis longtemps sur les systèmes de santé publique du Canada qui ont entravé la réponse à la COVID-19 et qui continuent de réduire notre capacité à nous concentrer sur d'autres problèmes de santé publique urgents, comme l'équité en santé et les effets des changements climatiques. Bien que ces enjeux systémiques datent d'avant la crise actuelle, la pandémie a clairement mis en évidence l'impossibilité de maintenir le statu quo et le besoin de reprioriser les changements fondamentaux dans tous les systèmes de santé publique. Voici les principaux problèmes mentionnés par les participants aux conversations :

- L'incapacité du secteur tout entier de mettre l'équité au centre de la santé publique et de construire des systèmes antiracistes et anticoloniaux fait en sorte que les structures de gouvernance, de pratique, de recherche et de formation perpétuent les iniquités structurelles.
- Le sous-financement chronique de la santé publique et de la recherche dans le domaine n'arrive pas à répondre aux vastes besoins de santé publique en matière de déterminants sociaux, structurels et écologiques de la santé.
- Il n'y a pas de consensus national quant à la portée et aux fonctions des différents systèmes de santé publique, et la santé publique n'est pas à l'abri des compressions budgétaires et des restructurations, ce à quoi s'ajoute un manque d'uniformité dans les objectifs de santé publique et de santé en général des divers gouvernements canadiens.
- On manque de clarté concernant les rôles, responsabilités et autorités dans les structures de gouvernance, ce qui affaiblit la responsabilisation et nuit à la coordination; le besoin des autorités en santé publique d'atteindre un équilibre entre le maintien de leur indépendance et leur influence politique vient complexifier davantage la situation.
- La capacité d'appoint insuffisante des systèmes de santé publique nuit à la capacité de répondre à l'accroissement des besoins en ressources humaines en temps de crise et réduit les occasions d'intégrer les connaissances de la communauté dans les interventions d'urgence.
- L'absence de données et de travaux de recherche en lien avec les systèmes, les effectifs et les besoins de santé publique au pays crée de sérieux obstacles à la mesure, à l'évaluation et à la comparaison des systèmes et approches, et freine les progrès en matière d'équité.
- L'absence de reconnaissance par les différents ordres de gouvernement de la dimension communautaire de la santé publique résulte en une mise à l'écart dans les discussions politiques des experts et praticiens locaux, qui sont pourtant ceux qui interagissent avec les communautés aux premières lignes.
- Les structures favorisant la participation communautaire et le partage des pouvoirs dans les processus de recherche et de prise de décisions sont inadéquates, ce qui peut entraîner l'application d'interventions en santé publique et la création de produits de connaissances non pertinents et nuisibles.
- Il y a des faiblesses dans la communication et le ciblage des recommandations de santé publique, ce qui peut mener à la création de messages qui ne tiennent pas compte des particularités de groupes précis, ignorent la méfiance envers le système et ne protègent pas les gens contre la mésinformation.
- Le manque de liens et de coordination entre les milieux de la recherche, de la formation et de la pratique en santé publique nuit à la création de connaissances et à la mobilisation en ce qui a trait aux questions opérationnelles, et crée une distance entre les sujets de recherche, les programmes de formation et les besoins des systèmes.



Certes, ces problèmes n'ont rien de nouveau, mais la pandémie de COVID-19 et notre réponse ont une ampleur sans précédent et touchent la société tout entière; nous avons là une occasion d'opérer des changements systémiques à un moment caractérisé par la rapidité des innovations technologiques, une prise de conscience du racisme, du colonialisme et des iniquités institutionnalisés, et d'une participation grandissante de la population aux processus de prise de décisions en santé publique. Les séances de discussion ont permis de mettre en évidence 10 possibilités interreliées et façons de transformer le contexte unique dans lequel nous évoluons en actions systémiques.

1. Faire progresser l'équité

Il faudrait se servir de la sensibilisation croissante de certaines autorités de santé publique et de l'accroissement de leurs efforts pour créer des systèmes équitables, antiracistes et anticoloniaux afin de mettre en place des stratégies comprenant des engagements à long terme en matière de ressources et de responsabilisation qui sont guidées par les connaissances et les priorités des communautés pertinentes.

2. Accroître le financement

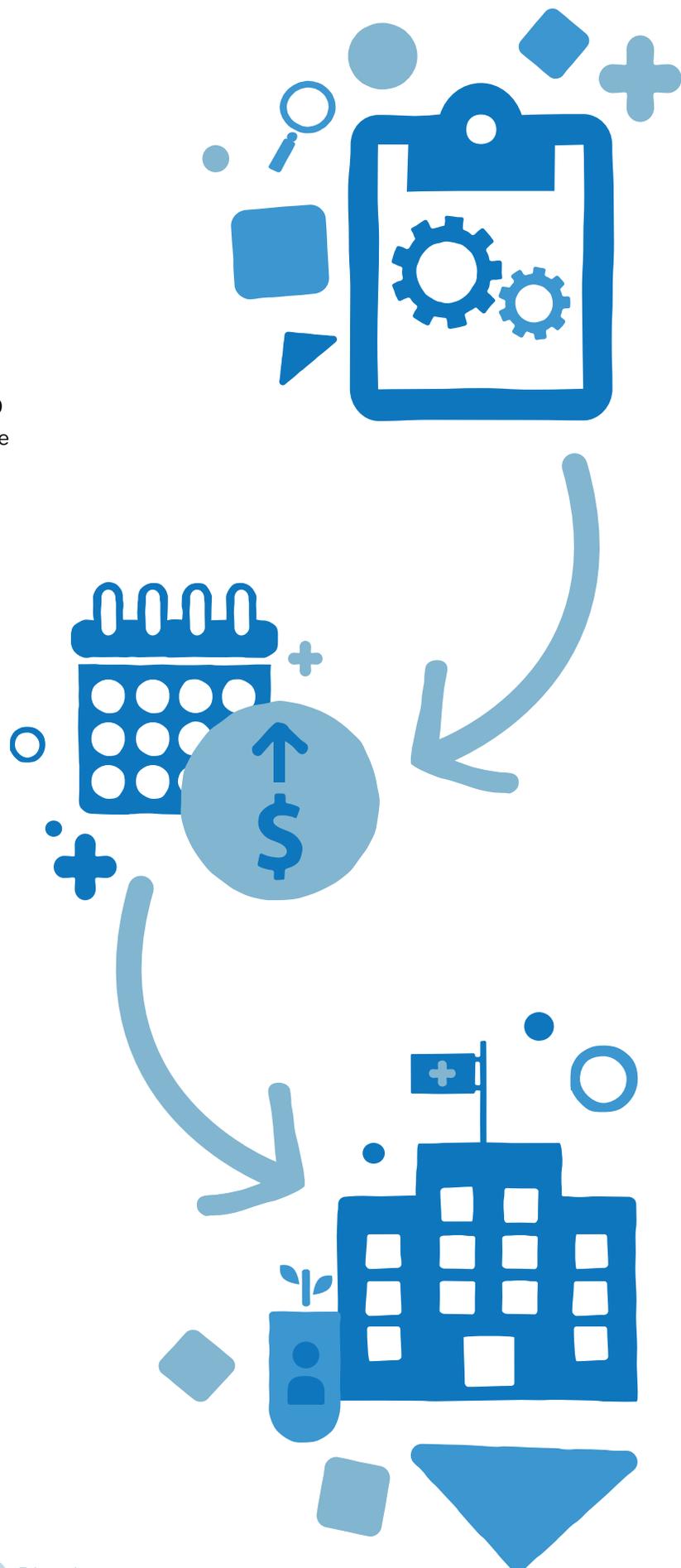
On devrait miser sur la visibilité de la réponse à la pandémie par le système de santé publique pour demander un accroissement des investissements en santé publique et une stabilisation du financement de la recherche en santé publique.

3. Créer des structures de gouvernance

La collaboration intersectorielle qui a caractérisé la réponse à la pandémie a créé des bases prometteuses et constitue une occasion majeure d'officialiser des structures de gouvernance qui intègrent une approche mobilisant l'ensemble du gouvernement pour améliorer les déterminants de la santé et l'équité en santé.

4. Suivre les tendances mondiales

La pandémie a très clairement illustré les liens entre la santé locale et mondiale, ce qui devrait justifier le développement d'un plan cohérent à long terme



harmonisant les stratégies et objectifs locaux du Canada aux politiques et efforts de représentation en santé mondiale.

5. Définir des normes

La visibilité accrue de la santé publique, la reconnaissance des contributions à la santé et à l'équité en santé – intersectorielles et en amont – et les appels à l'action pour des interventions urgentes et coordonnées s'attaquant aux menaces actuelles créent une occasion de définir un ensemble cohérent de fonctions et services essentiels pour les systèmes de santé publique du Canada.

6. Réexaminer les compétences centrales

Les leçons tirées de la pandémie dans des domaines comme la préparation aux crises, les communications publiques et les relations avec la communauté doivent se traduire par le développement ensemble de compétences modernisées et renforcées qui répondent aux défis, besoins et iniquités futurs en santé publique.

7. Générer des données

Pour bâtir les systèmes de santé publique de demain, nous devons mieux comprendre comment planifier, exécuter, structurer et évaluer les services de santé publique, et baser le processus sur des données de recherches propres au contexte et des données fiables.

8. Renforcer les ressources de base

Nous devons utiliser ce que nous avons appris durant la pandémie sur les conséquences du maintien d'une capacité d'appoint inadéquate pour justifier un investissement dans l'amélioration de la capacité d'adaptation et de mobilisation du système durant les périodes de forte demande; cela pourra se faire par le renforcement des systèmes de données, l'établissement de liens entre la formation et la pratique et l'investissement dans les relations avec le personnel de première ligne des communautés, ce qui permettra d'intégrer le savoir local aux interventions d'urgence futures.

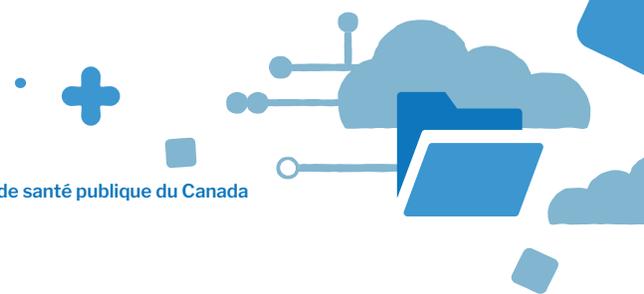
9. Renforcer les partenariats communautaires

Il faudrait s'inspirer de la capacité avérée des initiatives locales, des approches de coplanification et de la participation de la population à guider la mise en place d'interventions équitables en réaction à la pandémie pour élaborer des stratégies à long terme qui amplifieront la participation et l'autorité des personnes qui ont des connaissances locales ou une expérience concrète dans les domaines de la gouvernance, de la planification et de la mise en œuvre des services de santé publique.

10. Établir des liens entre la recherche et la pratique

Nous savons à quel point il a été difficile de mettre en relation la recherche, la formation et la pratique, tant avant la pandémie que pendant celle-ci – et à quel point les interventions rapides ont su efficacement intégrer les nouvelles données et connaissances dans les interventions en santé publique –; nous devrions apprendre de ce constat pour stimuler l'expansion et le renforcement des postes de praticien-chercheur, des programmes de formation intégrée et des réseaux de génération et de mobilisation des connaissances.

Nous avons besoin d'agir maintenant pour nous occuper de la santé de nos communautés, de notre pays et de la planète. Les conclusions énoncées dans le présent document peuvent constituer un guide permettant de réfléchir à des domaines cibles du secteur de la santé publique où il faudrait accroître les investissements et opérer des changements systémiques. Toute décision future devra toutefois être fondée sur des données probantes, et pour beaucoup des possibilités mentionnées ci-dessus, nous devons effectuer davantage de recherches pour comprendre comment relever les défis futurs et améliorer la santé des populations. Nous espérons que ce compte rendu saura inspirer les initiatives nécessaires pour bâtir un avenir où les systèmes de santé publique au Canada sont plus solides et équitables.

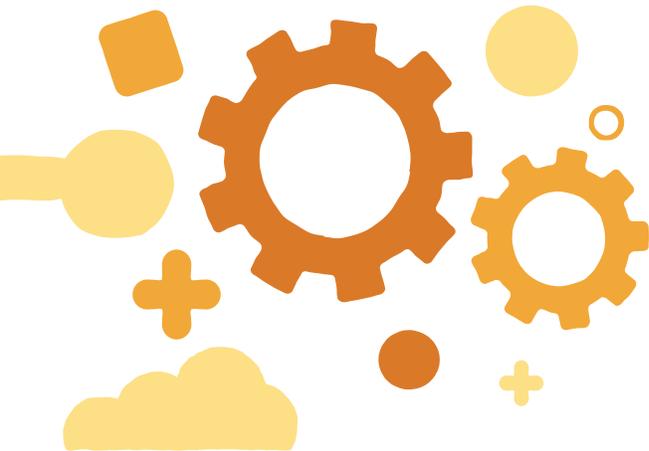




● Section 1

Qu'avons-nous accompli, et pourquoi?

La pandémie de COVID-19 a placé le domaine de la santé publique sous les projecteurs comme jamais auparavant. Elle a exposé des facteurs de stress qui pèsent depuis longtemps sur le système, mais a aussi mis en lumière sa capacité d'action remarquable lorsqu'on lui alloue des ressources. Maintenant que le secteur de la santé publique a l'occasion de faire le point sur la crise de la COVID-19 et de se tourner vers les menaces actuelles et futures, c'est le moment ou jamais d'exprimer à quel point le secteur a besoin d'une augmentation de son financement et d'une reconstruction majeure. En raison de son intérêt marqué pour le domaine et de ses relations avec les universités, le milieu de la recherche, les bailleurs de fonds, les décideurs et les praticiens du domaine de la santé publique, l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC était bien placé pour initier une vaste discussion à l'échelle nationale avec le milieu de la santé publique pour définir des priorités unifiées et des stratégies connexes qui feront en sorte que les systèmes de santé soient prêts à faire face aux défis actuels et futurs.



D'avril à juin 2021, l'ISPP a lancé un processus participatif dans le cadre duquel des chercheurs, des décideurs, des praticiens, des membres d'organismes communautaires et d'autres intervenants clés ont participé à une série de discussions en mode virtuel, soit sept événements ouverts à tous portant sur des sujets précis et animés par des collaborateurs partenaires, deux discussions avec des intervenants clés et trois séances sur invitation seulement. Les événements étaient conçus pour générer des perspectives, des idées et des solutions concrètes pour un éventail d'enjeux de santé publique. Un document

d'information sur le contexte publié avant les rencontres a aidé à guider les échanges, et plusieurs des séances étaient organisées autour de questions centrales. Durant chaque événement, les participants avaient la possibilité de participer à des discussions ouvertes et de partager des commentaires et des ressources par écrit (fonction de clavardage). Des commentaires écrits pouvaient également être soumis par courriel, et les participants pouvaient participer aux discussions en anglais ou en français.

Au total, 214 participants ont assisté aux séances de discussion (il y a eu au total 484 participations, si on compte séparément la présence d'une même personne à plusieurs séances). Étaient présents des employés du gouvernement (32 %), des chercheurs (28 %), des étudiants (15 %), des représentants du secteur des ONG (6 %) et des représentants d'autres secteurs (19 %). On trouvera à **l'annexe 1** des renseignements démographiques additionnels sur les participants. **L'annexe 2** permet d'accéder à des comptes rendus des événements ouverts à tous et à un résumé des autres sujets dont il a été question durant les séances regroupant des intervenants clés et les séances sur invitation seulement.

Conscient que beaucoup d'autres acteurs et organismes de la santé publique font face une situation similaire – problèmes de longue date dans le domaine et attention inhabituelle –, l'ISPP s'est associé à d'autres organismes de santé publique, dont l'Association canadienne de santé publique, les Centres de collaboration nationale en santé publique, le réseau des écoles et programmes de santé publique et des populations [Network of Schools and Programs of Population and Public Health], l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le Réseau pour la santé publique urbain. L'objectif de cette approche coordonnée était de faire en sorte que les échanges puissent alimenter divers processus de planification et de prise de décisions par ces organismes et d'autres acteurs du domaine de la santé publique sans dupliquer les efforts. L'ISPP a aussi eu accès aux travaux de ses partenaires, particulièrement ceux effectués en parallèle par l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP), qui lui a fourni de l'information contextuelle tirée du rapport 2021 de l'ACSP, et a collaboré à un échange Meilleurs cerveaux qui a orienté les deux projets. D'ailleurs, bon nombre de nos partenaires collaborateurs ont déjà utilisé les dialogues. L'ISPP utilisera ces conversations

214

participants



pour établir la liste des priorités dans la construction collective de systèmes de santé publique durables et pour orienter la refonte de son plan stratégique en 2022.

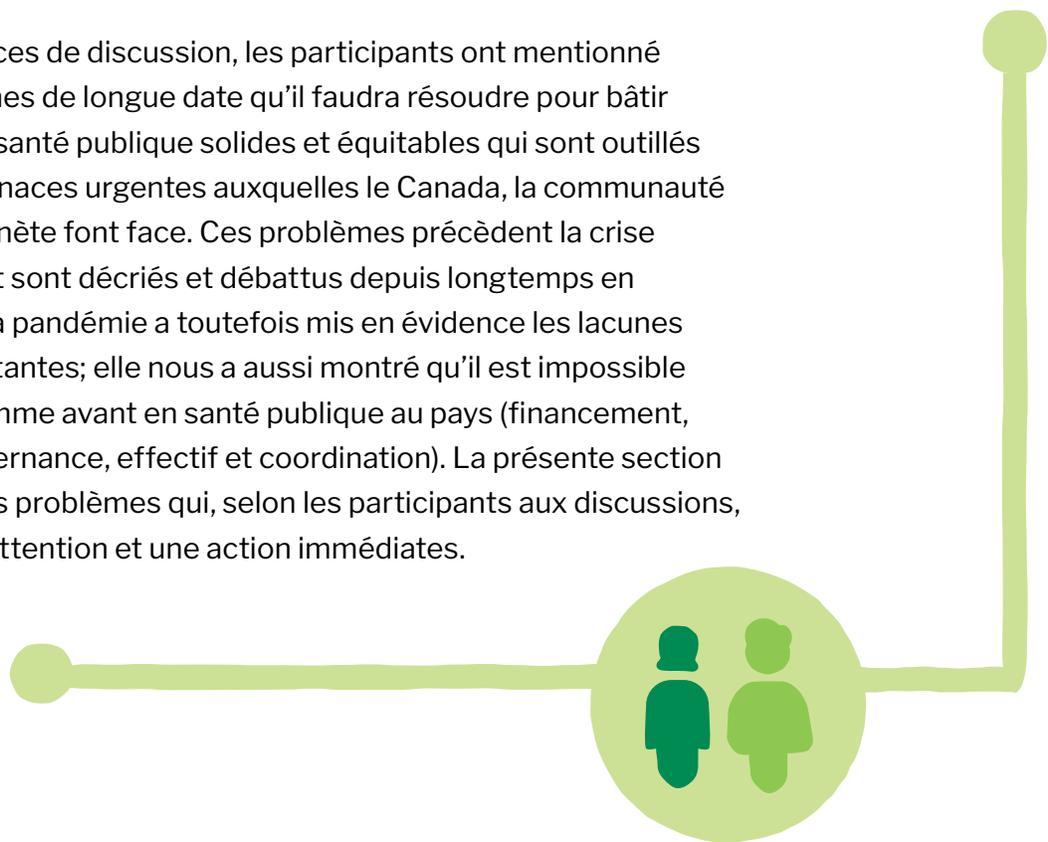
Ce rapport décrit les principaux enjeux, les domaines d'action prioritaires et les 10 possibilités clés pour les systèmes de santé publique du Canada, comme l'ont indiqué les participants aux discussions. Leurs commentaires envoient un signal clair que nous vivons actuellement un moment charnière pour la santé publique au Canada, qui pourrait en même temps s'avérer une occasion unique à saisir. Nous espérons qu'en diffusant l'information que nous avons recueillie, nous contribuerons à initier les changements systémiques cruciaux qui sont rendus possibles par la conjoncture actuelle.

● Section 2

Quels sont les principaux défis que doivent relever les systèmes de santé publique du Canada?



Pendant les séances de discussion, les participants ont mentionné plusieurs problèmes de longue date qu'il faudra résoudre pour bâtir des systèmes de santé publique solides et équitables qui sont outillés pour gérer les menaces urgentes auxquelles le Canada, la communauté mondiale et la planète font face. Ces problèmes précèdent la crise de la COVID-19, et sont décriés et débattus depuis longtemps en santé publique. La pandémie a toutefois mis en évidence les lacunes et faiblesses existantes; elle nous a aussi montré qu'il est impossible de poursuivre comme avant en santé publique au pays (financement, conception, gouvernance, effectif et coordination). La présente section résume les grands problèmes qui, selon les participants aux discussions, nécessitent une attention et une action immédiates.





Les participants ont tous nommé comme problème persistant les iniquités structurelles et la discrimination incrustées dans les systèmes canadiens de santé publique et perpétuées par ces derniers. Il y a un besoin urgent de mettre l'équité au centre de la gouvernance, de la pratique, de la recherche, de la formation et des données en santé publique, et ce, à l'échelle locale et mondiale. Il faudra beaucoup de travail pour construire des systèmes antiracistes et anticoloniaux. Ce problème a été mis en exergue par la pandémie sous différentes formes : risque d'infection accru dans les communautés marginalisées; incapacité des gouvernements à prendre en compte les questions d'équité et les conditions de groupes précis dans leurs recommandations et interventions en santé publique; et absence de systèmes de collecte de données sur la race, ce qui mène à utilisation de processus ponctuels qui n'ont pas toujours produit de l'information de qualité. Selon les participants, il faut apporter des changements individuels et institutionnels. D'abord, les personnes privilégiées qui ont joué un rôle dans le maintien du statu quo devront continuer de faire une introspection majeure; elles doivent accepter de ressentir un malaise pendant cette réflexion pour ensuite mettre leurs apprentissages en pratique et veiller à ne pas laisser leurs collègues autochtones, noirs et de couleur assumer le gros du travail dans la mise en œuvre des changements. À l'échelle institutionnelle, il faut d'abord reconnaître que les systèmes de santé publique actuels tirent leur origine d'une société coloniale et raciste, et nommer comment ils ont perpétué le colonialisme, le racisme et d'autres formes de violence structurelle. Cette prise de conscience générale doit s'accompagner d'un engagement à long terme transparent et bien financé dans la mise en œuvre de mesures législatives, stratégiques et organisationnelles en partenariat avec les communautés visées – ce qui exige des différents ordres de gouvernement qu'ils repensent leur vision des droits et de l'autodétermination des peuples autochtones dans la gouvernance en santé publique et ailleurs.

THÈMES RÉCURRENTS DANS LES SÉANCES DE DISCUSSION

Les encadrés résument les grandes priorités et les questions auxquelles il faut répondre pour s'y attaquer; ces questions ont été soulevées par les participants pendant les séances de discussion.

Placer l'équité, l'anticolonialisme et l'antiracisme au cœur de la santé publique

« Le remède doit être à la hauteur de la maladie »

- Les systèmes existants de gouvernance, de pratique, de recherche et de formation en santé publique perpétuent des approches coloniales et racistes.
- Il faut des examens critiques, de l'écoute et des apprentissages pour renforcer les systèmes activement antiracistes et anticoloniaux.
- Il faut des interventions à tous les ordres de gouvernement, de la haute direction aux travailleurs en première ligne des organisations de santé publique, et dans les capacités, les compétences, les programmes et les bailleurs de fonds.
- Les changements doivent s'inspirer des commentaires des communautés visées et être accompagnés de mécanismes de responsabilisation et d'engagements à long terme en matière de ressources.
- Comment le milieu de la santé publique s'assure-t-il que les mesures antiracistes et anticoloniales vont au-delà de la surface pour s'attaquer aux problèmes structurels et ne se fondent pas seulement sur des corrections techniques ou individuelles?

Il a aussi été souligné pendant les séances de discussion que la santé publique est un domaine large comprenant de nombreux objectifs, définitions, fonctions et spécialisations. Ainsi, l'importance du secteur de la santé publique, ses fonctions de prévention, sa nature intersectorielle et son rôle dans les systèmes de santé ne sont pas toujours bien compris et bien financés. Il n'y a pas toujours de consensus sur ce qu'est la santé publique et ce qu'elle fait, même dans le secteur. Les participants s'inquiétaient entre autres du fait qu'en raison du rôle de premier plan qu'ont joué les autorités et praticiens de santé publique durant la pandémie de COVID-19 et de leur grande visibilité, il y ait un danger que malgré la portée réelle du domaine d'action, la perception du public du rôle de la santé publique se limite au seul contrôle des maladies infectieuses. Malgré l'attention accrue sur les mesures de protection en santé publique découlant de la COVID-19, les participants ont mentionné pendant les discussions de nombreux enjeux qui resteront au cœur du mandat de la santé publique dans les prochaines années, dont le travail en partenariat sur les déterminants sociaux, structurels et écologiques de la santé et les défis continus dans la promotion de la santé mentale et la lutte aux maladies non transmissibles. Pour remplir ce mandat, les gouvernements doivent faire des investissements soutenus dans l'ensemble du continuum de la santé publique, et il faut créer des structures de gouvernance qui favorisent une approche intersectorielle et stratégique impliquant l'ensemble du gouvernement. Il s'agit d'un moment charnière pour le renforcement de la santé publique; les participants ont d'ailleurs fait remarquer que la santé publique est perpétuellement sous-financée par les différents ordres de gouvernement et que les activités de prévention sont particulièrement vulnérables aux coupures, ce qui nuit fortement aux résultats sur la santé en temps de crise comme en temps normal.



il n'existe aucun ensemble de programmes et de services ou normes minimales de services de santé publique reconnus à l'échelle nationale

Les participants ont noté que la vulnérabilité du secteur de la santé publique aux compressions budgétaires est en partie liée à l'absence de normes nationales quant à ce qu'on attend des systèmes provinciaux et territoriaux. **Même si les problèmes de santé publique ont des répercussions sur l'ensemble du pays et malgré l'importance de mesures coordonnées dans ce domaine** – ce qui inclut les maladies infectieuses comme la COVID-19 ainsi que des enjeux comme les changements climatiques et les iniquités en santé – **il n'existe aucun ensemble de programmes et de services ou normes minimales de services de santé publique reconnus à l'échelle nationale.** Il y a donc un décalage entre la portée et les fonctions des différents systèmes de santé publique au pays, et la santé publique n'est pas à l'abri des compressions budgétaires et des restructurations systémiques. Il faut éclaircir le rôle du gouvernement fédéral dans la santé publique, tant pendant les urgences qu'en temps normal. L'approche fracturée de prestation des services de santé publique au pays s'étend aussi à la stratégie canadienne à l'étranger. En effet, les participants ont dénoncé l'absence d'un lien cohérent entre les approches de santé publique nationales et mondiales et d'une voix forte pour le secteur de la santé publique dans les politiques de santé mondiale du Canada.

Investir dans l'ensemble de la santé publique

« Les maladies infectieuses ne sont qu'une partie de la santé publique »

- La pandémie a mis en évidence les liens entre les déterminants de la santé, les iniquités et les résultats dans la population.
- Les fonctions préventives de la santé publique qui ciblent les déterminants de la santé sont souvent mal comprises et négligées à l'extérieur du secteur.
- Le travail sur les déterminants sociaux, structurels et écologiques de la santé est vulnérable au sous-financement et à la réaffectation des fonds.
- Les investissements soutenus dans la prévention peuvent sauver des vies, réduire les coûts des services de santé et renforcer les réponses aux menaces pour la santé publique actuelles et futures.
- Avec la pression d'équilibrer les budgets après la fin de la pandémie, comment le financement de la prévention peut-il être augmenté et protégé?

Définir les grandes fonctions et les normes de santé publique

« Nous devons nous entendre sur ce qu'est la santé publique »

- Les systèmes provinciaux et territoriaux ont besoin de normes uniformes pour l'exécution d'activités de santé publique.
- L'absence d'entente sur un ensemble de programmes et de services essentiels laisse le secteur vulnérable aux compressions budgétaires.
- Une loi canadienne sur la santé publique pourrait améliorer la cohérence en nommant les fonctions essentielles et les normes des systèmes de santé publique et en obligeant le financement de ces services.
- Une entente bien établie sur ce qu'on attend des systèmes de santé publique ferait aussi correspondre les compétences de santé publique aux besoins du système et augmenter la responsabilisation envers le public.
- Comment le processus peut-il être conçu pour mener à des ententes entre les différents ordres de gouvernement, laisser place à la flexibilité selon les besoins locaux et apprendre de la mise en œuvre de la Loi canadienne sur la santé?



Faire correspondre les stratégies de santé publique à l'échelle locale et mondiale

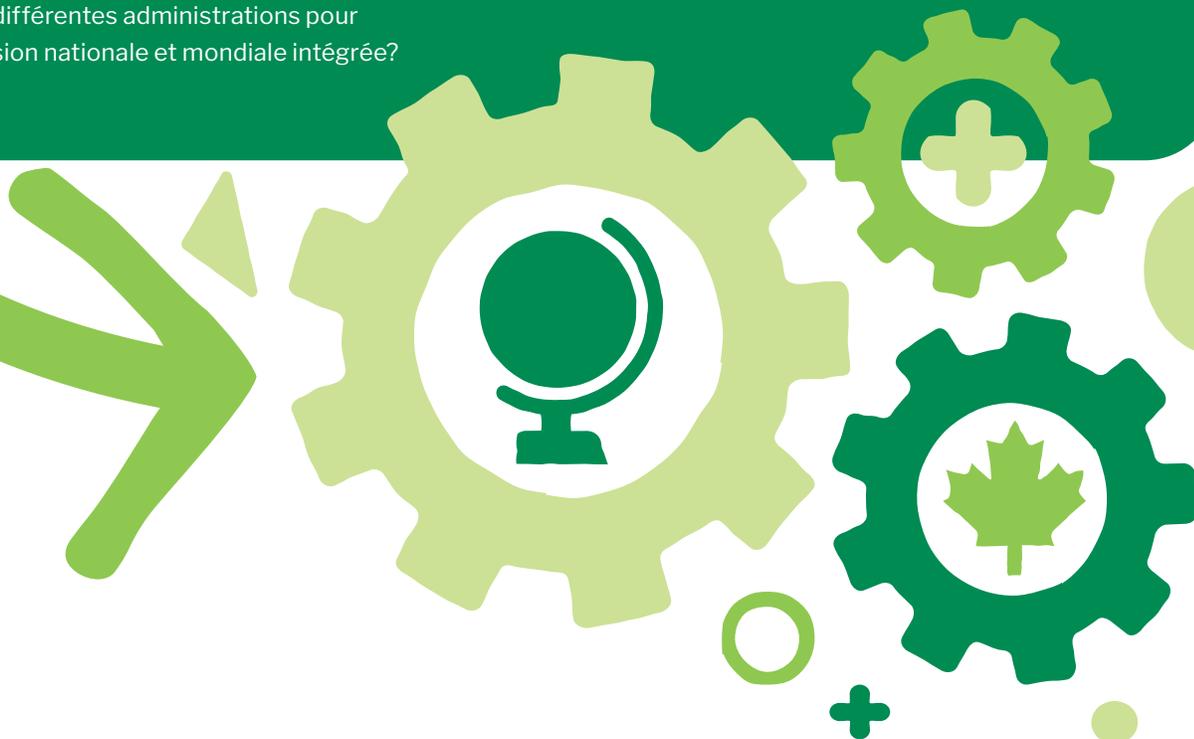
« Où que vous pratiquiez la santé publique, la santé mondiale est importante »

- Au Canada, les gouvernements n'ont pas d'objectifs ni de stratégies partagés en santé publique et ne fonctionnent pas comme un seul système cohérent.
- Cette coupure empêche une réponse coordonnée aux questions relatives à la santé publique, au pays comme dans le monde.
- Une approche impliquant l'ensemble des gouvernements est nécessaire pour s'attaquer aux problèmes locaux et mondiaux interreliés.
- Une plus grande cohérence pourrait être atteinte par un plan d'action national et mondial cocréé par les autorités de santé publique et des acteurs du domaine des affaires mondiales.
- Comment coordonner les différents domaines d'intérêt et les différentes administrations pour articuler une vision nationale et mondiale intégrée?

Repenser le rôle des autorités de santé publique

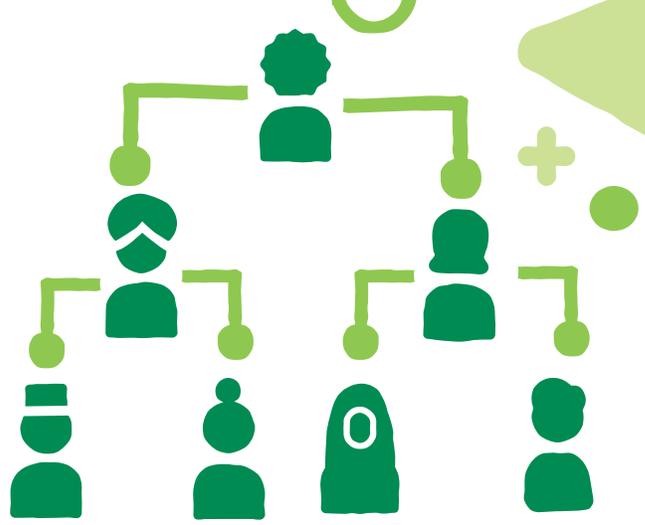
« Le défi, c'est de trouver l'équilibre »

- Les décisions de santé publique se prennent dans un contexte politique, mais les autorités de santé publique doivent rester non partisans.
- En donnant aux autorités de santé publique un rôle dans l'exécutif gouvernemental, on pourrait réduire leur autonomie à émettre des recommandations indépendantes.
- Les autorités de santé publique pourraient toutefois tirer profit de l'accès direct aux élus qui influencent les politiques.
- Il faut davantage de recherche interdisciplinaire pour déterminer un rôle institutionnel efficace lié aux objectifs de santé publique.
- Comment les autorités de santé publique maintiennent-elles un équilibre entre les possibilités d'influence stratégique et le maintien de leur crédibilité et de leur voix à titre d'experts indépendants, deux fonctions importantes?



Malgré des différences importantes entre les provinces et territoires dans la gouvernance et l'exécution des systèmes de santé publique, certains défis institutionnels communs ont été mis en lumière lors des discussions. **La pandémie de COVID-19 a accentué le besoin de clarifier les rôles, responsabilités et autorités dans les structures de gouvernance et soulevé des questions sur l'équilibre entre autonomie et influence stratégique des autorités de santé publique.** Les rôles flous des différents ordres de gouvernement compliquent la responsabilisation et l'établissement d'une réponse de santé publique coordonnée et efficace. De plus, la pandémie a mis en exergue la tension constante entre l'objectif d'avoir des responsables de la santé publique qui, d'un côté, sont en mesure d'accéder aux processus de prise de décision, de travailler avec les élus et de les conseiller, et de l'autre, ont l'autonomie de s'exprimer en-dehors du gouvernement, de se présenter comme des experts indépendants et de maintenir leur crédibilité. Par exemple, bien que des participants aient suggéré que les médecins hygiénistes en chef provinciaux gagneraient en autonomie si leur rôle relevait d'une loi plutôt que d'agents du ministère, d'autres ont plutôt indiqué que leur place au sein du gouvernement amplifie leur influence politique interne.

Il existe aussi des défis communs dans les effectifs de santé publique. En effet, les participants ont souligné **qu'il y a depuis longtemps des lacunes dans la capacité d'appoint des systèmes de santé publique au pays**, qui nuit à la capacité de répondre à l'accroissement des besoins en ressources humaines en temps de crise, réduit les occasions d'intégrer les connaissances des personnes en première ligne dans les interventions d'urgence, et force les organismes communautaires à monter au front lorsque les services de prévention en santé publique sont perturbés par le passage à la phase de réponse à une crise. Pendant la pandémie de COVID-19, à la capacité d'appoint inadéquate s'ajoutait l'absence de processus efficaces pour rapidement mettre en relation les stagiaires en santé publique et les besoins du système. La réponse a aussi été compliquée par l'absence de données suffisantes et comparables quant à la distribution et aux compétences des professionnels de la santé publique dans différentes parties du système, y compris le personnel qui aurait pu accomplir des tâches comme le dépistage et la recherche de contacts.



Ce problème de données s'étend au-delà de la capacité d'appoint. Pendant les séances de discussion, il a été noté maintes fois que **de vastes inégalités dans la collecte de données essentielles nuisaient à la capacité de mesurer, d'évaluer et de comparer les systèmes, les effectifs et les besoins en santé publique au pays.** Les participants ont nommé l'absence de données de base quant au nombre, à la structure, aux compétences et aux identités raciales et autochtones des effectifs en santé publique; les lacunes majeures dans l'information sur les organisations, les ressources, les programmes, le niveau de financement, les intrants et les extrants du secteur de la santé publique; l'inadéquation des données sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé; et l'insuffisance de la recherche sur les systèmes de santé publique pour orienter la conception institutionnelle et la restructuration. L'absence de ces données et de ces travaux de recherche pose de sérieux défis à l'évaluation et à la coordination du travail dans les systèmes de santé publique provinciaux, territoriaux et municipaux, et à l'anticipation des besoins futurs. Elle empêche aussi le suivi adéquat des engagements par rapport à l'équité en emploi et à la Commission de vérité et réconciliation. Pendant les séances de discussion, les participants ont soulevé des défis dans la cohérence interprovinciale de la gouvernance et de l'échange de données, notamment des obstacles dans l'accès à différentes sources de données de santé publique et dans les liens entre ces sources en raison de l'absence de normes ou de processus communs quant à la propriété et à la collecte des données et quant à l'accès aux données et à leur utilisation. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les participants ont noté le manque de données interopérables sur la vaccination dans les différentes provinces qui auraient permis la création d'un registre national de vaccination.



Le besoin de cohérence nationale dans les normes des systèmes de santé publique et l'information à leur sujet est revenu souvent dans les différentes séances de discussions, mais les participants ont aussi souligné à quel point la santé publique est ancrée dans son milieu local. **Les activités de santé publique sont fondamentalement orientées vers la communauté, mais les décisions prises par d'autres ordres de gouvernement ne tiennent pas toujours bien compte des besoins, connaissances et processus locaux**, notamment de l'expertise des médecins hygiénistes en chef et d'autres praticiens de la santé publique qui sont présents sur le terrain dans les communautés. L'expertise locale est particulièrement importante pour répondre à des besoins variables selon les lieux, que ce soit en milieu urbain, en milieu rural, en région éloignée ou en région nordique. Cette idée de proximité doit aussi se traduire dans la collecte de données. On a relevé des lacunes dans l'accès à des données granulaires pour évaluer les besoins et les résultats de différentes communautés et s'attaquer aux iniquités parmi elles, notamment le manque de données sur la race et sur les peuples autochtones. Les participants ont averti que, bien que les données à l'échelle communautaire sur les besoins et les résultats sont nécessaires pour remédier aux iniquités, il est aussi important d'éliminer la stigmatisation et la discrimination dans la collecte, l'interprétation et l'utilisation des données. Un exemple soulevé était le risque que la diffusion de données sur la race entourant

les infections à la COVID-19 et les taux de vaccination marginalise encore davantage certaines communautés qui n'ont pas reçu l'aide ou les communications nécessaires du système de santé publique.

Il a été mentionné pendant les séances de discussion que **pour remplir le mandat local de la santé publique, il faut aussi un plus grand engagement communautaire et une plus grande participation du public dans les processus de prise de décision**. Sans l'apport des communautés visées et des personnes ayant une expérience concrète, les interventions de santé publique peuvent être inefficaces, voire même nuisibles – c'est le cas entre autres des recommandations sur l'hygiène des mains qui font complètement fi de l'échec du gouvernement fédéral à assurer un bon accès à l'eau dans les communautés autochtones. Des problèmes semblables ont été relevés quant aux processus de recherche en santé publique. Les participants ont noté que les questions de recherche proviennent souvent de l'extérieur des communautés visées, que les échéances de financement ne laissent pas suffisamment de temps pour établir la confiance et bâtir des relations avec les partenaires communautaires, et que les avantages du financement et de la recherche n'atteignent habituellement pas les membres de la communauté. En outre, la recherche sur les communautés autochtones n'arrive souvent pas à tenir compte des questions de gérance équitable des données, à assurer une participation de principe se fondant sur des relations authentiques, et reflétant les valeurs, les concepts et l'éthique autochtones. Des préoccupations similaires quant aux valeurs, à l'éthique et au contrôle et à la propriété communautaire ont été soulevées dans le cadre des travaux de recherche visant les communautés noires. Il reste beaucoup de travail à faire pour examiner les manières dont les systèmes de financement de la recherche et les hiérarchies de connaissance en santé publique perpétuent des visions colonialistes et des iniquités structurelles.

Établir des partenariats entre secteurs pour la santé publique

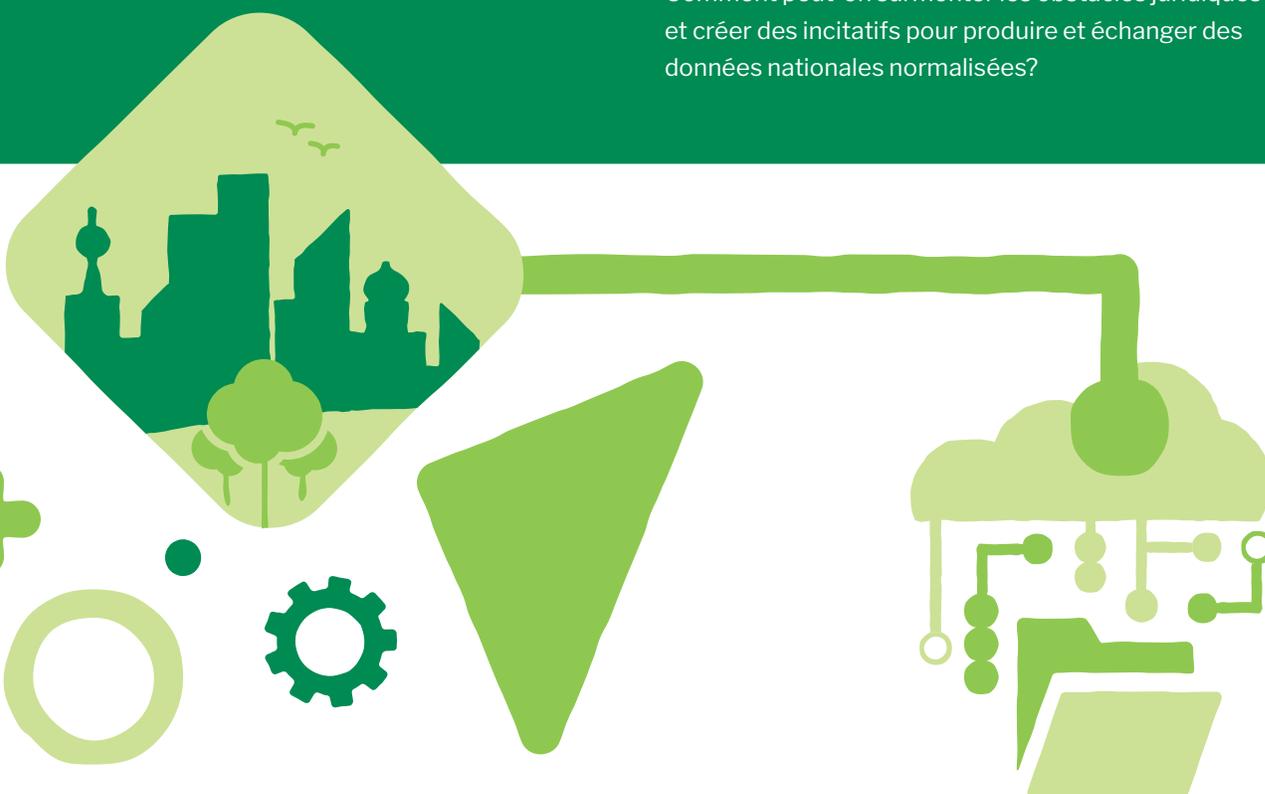
« Il nous faut une approche impliquant toute la société »

- Le secteur de la santé publique a un rôle central à jouer dans les solutions aux problèmes sociaux complexes.
- Les défis auxquels nous faisons face présentement nécessitent une réponse intersectorielle, mais les systèmes de gouvernance actuels ne favorisent pas la collaboration.
- La coordination entre les secteurs pendant la pandémie donne des bases solides aux structures intersectorielles à venir.
- Le secteur de la santé publique est bien placé pour créer des partenariats sur les enjeux intersectoriels.
- Comment éliminer les silos institutionnels pour éviter la fragmentation et la duplication du travail et plutôt créer des stratégies intégrées qui s'attaquent aux enjeux sociétaux en responsabilisant les différents partenaires?

Mesurer et évaluer la santé publique

« Ce qu'on mesure s'accomplit »

- Il existe des lacunes importantes dans les données sur les systèmes, les effectifs, les besoins et les résultats de santé publique au Canada.
- L'absence de données nuit à la coordination et à l'évaluation dans le secteur et empêche l'application de mesures en matière d'équité en santé.
- Il faut une aide du fédéral pour mettre sur pied des systèmes de données accessibles et interopérables équipés de mesures appropriées de protection de la vie privée.
- L'engagement communautaire est essentiel pour mettre sur pied des systèmes de données éthiques, équitables et antiracistes qui répondent aux besoins locaux.
- Il faut aussi des investissements dans la recherche interdisciplinaire sur les systèmes et services de santé publique et sur la gouvernance en la matière.
- Comment peut-on surmonter les obstacles juridiques et créer des incitatifs pour produire et échanger des données nationales normalisées?





Pour accroître l'efficacité des messages de santé publique, il est essentiel de faire participer les communautés et d'obtenir leur confiance. La pandémie de COVID-19 nous a montré qu'il y a un besoin de clarifier les communications en santé publique et de mieux les cibler ainsi que d'augmenter la transparence des processus de prise de décision. C'est particulièrement vrai dans les contextes où il y a peu de données, où les données évoluent rapidement, où les recommandations changent vite et varient d'un territoire à l'autre, où la mésinformation est amplifiée sur les médias sociaux et où les membres de la communauté n'ont peut-être pas confiance dans les professionnels de la santé publique. Par exemple, les recommandations changeantes sur le port du masque et la vaccination pendant la pandémie ont mis en évidence les défis liés à la communication efficace et crédible au public de données et de recommandations en évolution rapide. Les communications pandémiques nous ont aussi montré que lorsque les messages et les recommandations visent l'ensemble de la population, des certains groupes – comme les peuples autochtones et les personnes atteintes d'un handicap – peuvent être laissés de côté ou trouver que les recommandations ne sont pas applicables à leur situation. Les stratégies de communication en santé publique doivent aussi surmonter le défi lié à l'accès au numérique et à la littératie et doivent adopter d'autres modes de communication pour s'assurer de rejoindre tout le monde.

Nombre des défis mentionnés ici, notamment les lacunes dans l'engagement communautaire, la capacité d'appoint, la réponse équitable et les messages efficaces, indiquent qu'il y a un besoin de faire correspondre les compétences et la formation en santé publique aux réalités et besoins actuels du système et de créer des liens plus forts dans les communautés de la recherche, de la formation et de la pratique en santé publique. Les participants ont mentionné l'importance de renforcer les compétences dans des domaines comme l'analytique en soins de santé, la littératie en matière de politiques et de gouvernance, les déterminants structurels et écologiques de la santé, les relations avec les communautés, la gestion et le leadership, et la communication des risques. Ils ont toutefois surtout parlé du grand manque de formation sur l'antiracisme, l'anticolonialisme et la santé des Autochtones dans les écoles de santé publique et des lacunes dans la capacité

des départements de santé publique à traiter de ces enjeux. Pendant les séances de discussions, le besoin de partenariats plus efficaces entre le monde de la recherche et le monde de la pratique a aussi été soulevé. Certains des défis mentionnés précisément sont l'exposition limitée entre ces communautés lors

Ancrer la santé publique dans les communautés locales

« La santé publique est fondamentalement locale »

- L'expertise, les capacités et les opinions locales ne sont pas bien prises en compte dans la planification et la mise en œuvre des activités de santé publique.
- Les décisions prises sans consulter les communautés et les praticiens locaux risquent de ne pas être efficaces, voire même d'être nuisibles.
- Tous les ordres de gouvernement devraient reconnaître les connaissances des médecins hygiénistes en chef et des travailleurs de première ligne sur leur communauté.
- Les organismes de santé publique doivent aussi investir dans de meilleures structures d'engagement communautaire, dans les partenariats et dans la responsabilisation, notamment en augmentant la prise de décision participative et le partage des pouvoirs.
- Un effectif de santé publique ayant des liens forts avec sa communauté peut apporter des connaissances locales et des partenariats à la réponse à la crise.
- Quelles sont les structures de gouvernance et de financement qui peuvent le mieux appuyer une capacité locale stable et des mécanismes durables d'engagement communautaire?

de la formation, le manque de recherche sur les sujets de pertinence opérationnelle, l'accent insuffisant sur l'application de la recherche universitaire dans les pratiques de santé publique, et le manque de bonnes occasions pour les praticiens d'entreprendre des travaux de recherche de manière intégrée et avec un financement.



Communiquer et renforcer la confiance dans la santé publique

« Les professionnels de la santé publique ne sont pas nécessairement des sources de confiance pour tout le monde »

- Il est ardu de communiquer des informations crédibles, considérant la mésinformation qui règne.
- Les messages qui varient d'une administration à l'autre et dans le temps réduisent la confiance du public.
- Les professionnels de la santé doivent suivre des formations en communication, et il faut augmenter la littératie du public en santé.
- Il est essentiel de mobiliser des partenaires de confiance dans la communauté pour s'attaquer à l'origine du manque de confiance et créer des campagnes d'information ciblées.
- Une plus grande transparence dans la prise de décisions pourrait aussi augmenter l'efficacité des communications.
- Comment les gouvernements peuvent-ils communiquer efficacement et réduire la vulnérabilité à la mésinformation lorsque les données sont limitées ou qu'elles évoluent rapidement?

Intégrer la recherche, la formation et la pratique en santé publique

« Les contextes universitaires et les contextes de pratique ne sont pas sur la même longueur d'onde »

- Les liens entre les communautés de la recherche, de la formation et de la pratique en santé publique ne conviennent pas.
- Cela provoque une pénurie de recherche appliquée à valeur opérationnelle et crée des défis dans la mise en relation des stagiaires et des organisations lorsque la demande en personnel explose.
- Les compétences de base du domaine devraient être repensées selon les lacunes et les besoins actuels du système.
- D'autres priorités sont la création de postes conjoints en recherche et en pratique et de processus de mise en relation des stagiaires et des organisations de santé publique, et l'établissement de réseaux d'autorités de santé publique ayant pour mandat la recherche et l'éducation.
- On doit créer des systèmes avant que des crises ne surviennent pour optimiser les réponses et s'attaquer aux menaces pour la santé publique qui surviennent continuellement.
- Comment les bailleurs de fonds et les établissements de recherche peuvent-ils favoriser la collaboration entre recherche et pratique d'une manière externe à l'écosystème universitaire?





● Section 3

Quelles sont les possibilités?

Les problèmes de santé publique décrits plus tôt sont connus depuis longtemps, et la crise de la COVID 19 n'est que le dernier facteur de stress à s'ajouter au système. En parallèle, la pandémie a souligné les vulnérabilités du secteur de la santé publique de manière très visible, à l'échelle mondiale et sociétale, ce qui ouvre la porte à des changements systémiques. Cette occasion se présente à une époque de percées incroyables dans les données et la technologie, de prise de conscience du racisme, du colonialisme et des iniquités institutionnalisés, et d'une participation et d'un accès grandissants aux processus de communication et de prise de décisions en santé publique par la population. Même si on reconnaît depuis longtemps le besoin d'un système de santé publique plus robuste et plus équitable, les participants ont mentionné que le contexte d'aujourd'hui crée des possibilités uniques et un élan renouvelé pour atteindre cet objectif. La présente section résume 10 possibilités interreliées et idées exploitables qui sont ressorties des séances de discussion.



Les participants ont mentionné que malgré l'énorme volume de travail qui reste à faire pour laisser derrière nous les systèmes de santé publique qui perpétuent le colonialisme, le racisme et d'autres formes de violence structurelle, **nous devons absolument nous appuyer sur la sensibilisation accrue et les efforts existants dans certains établissements pour créer des systèmes de gouvernance, de pratique, de recherche et de formation équitables, antiracistes et anticoloniaux.** Nous devons aussi nous inspirer de documents phares comme la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones au Canada et le rapport final sur la Commission de vérité et réconciliation, qui proposent des orientations pour la création de systèmes plus équitables et anticoloniaux. Les

participants ont donné comme exemple des initiatives existantes, comme le renforcement des capacités et des compétences dans les approches antiracistes parmi le personnel de santé publique, l'augmentation de la représentativité des équipes de santé publique à tous les échelons, l'application d'une vision d'équité en santé aux programmes, la mobilisation d'intervenants pour s'assurer que les services répondent aux besoins de la communauté, la collecte de données sur la race et leur utilisation dans les interventions, la collaboration avec les communautés autochtones sur des priorités qu'elles ont elles-mêmes choisies, comme les soins du cancer, et la création de lignes directrices de publication sur la recherche équitable et éthique en collaboration avec les communautés autochtones. La création par la Colombie-Britannique de l'Autorité sanitaire des Premières Nations et du Conseil de santé des Premières Nations est aussi une approche prometteuse pour la gouvernance, la prestation et la surveillance des services de santé. Les participants ont mentionné que les organismes de financement ont un rôle à jouer dans les iniquités inhérentes au système de recherche et qu'ils devraient saisir l'occasion d'étudier comment leurs structures et politiques internes perpétuent le statu quo – notamment quant à la manière dont les évaluations par les pairs sont réalisées, aux types de connaissances valorisés et aux critères utilisés dans la remise de subventions. Comme les séances de discussion l'ont montré, ces défis sont difficiles à surmonter, mais différents outils sont disponibles. Il est plus que temps que la communauté de la santé publique et ses partenaires utilisent toutes les voies d'action qui leur sont accessibles.

Les participants ont aussi ajouté que **la pandémie de COVID-19 a généré un sentiment d'urgence renouvelé et une occasion unique de promouvoir des investissements plus que nécessaires dans l'augmentation de la capacité du système de santé publique à miser sur la collaboration intersectorielle pour contribuer à la prise en compte en amont des déterminants de la santé, ce qui est essentiel pour répondre aux menaces actuelles et futures et qui se traduirait par des économies en santé et dans d'autres secteurs.** Les effets généralisés de la pandémie ont mis plus que jamais la santé publique sous les projecteurs : ils ont montré le potentiel de mesures d'investissement

Idée exploitable 1

Prendre des mesures concrètes pour construire des systèmes de gouvernance, de pratique, de recherche et de formation en santé publique qui sont équitables, antiracistes et anticoloniaux par des stratégies qui visent les connaissances et les priorités des communautés pertinentes et qui comprennent des engagements à long terme en matière de ressources et de responsabilisation.



publiques dans le secteur et révélé la capacité du système à agir et à s'adapter lorsque de l'énergie et des ressources lui sont acheminées. La crise a aussi montré comment les déterminants sociaux et structurels de la santé influencent les taux d'infection et de décès – ainsi que ce qui peut être accompli lorsque le système priorise les besoins de groupes qui vivent dans des conditions les rendant susceptibles de contracter la maladie. L'utilisation de ce contexte pour demander des investissements stables et à long terme permettant de s'intéresser aux conditions sociales, structurelles et écologiques qui augmentent la vulnérabilité à une menace pour la santé publique et une augmentation de la recherche interdisciplinaire sur les façons de s'attaquer à ces déterminants est non seulement judicieuse, mais aussi essentielle pour prévenir une autre tragédie de l'ampleur de la pandémie de COVID-19 (ou plus imposante encore). Pour tirer tout ce que l'on peut de cette occasion, il faudra aussi travailler à sensibiliser la population aux mandats de la santé publique au-delà des maladies infectieuses.

Les investissements dans les interventions de prévention en santé publique devraient s'accompagner de partenariats intersectoriels. Les participants ont mentionné l'importance de poursuivre et d'approfondir la coordination intersectorielle à grande échelle qui s'est produite pendant la pandémie de COVID-19, la visibilité accrue de la santé publique dans les ministères et la contribution de la santé publique à des initiatives pandémiques importantes, comme les programmes de supplément d'urgence au revenu. Combinées à une base de connaissances mondiale grandissante sur les stratégies impliquant l'ensemble du gouvernement et visant l'intégration de la question de la santé dans toutes les politiques, **la visibilité des secteurs et la collaboration entre eux découlant de la crise de la COVID-19 ont créé une occasion unique d'intégrer les approches intersectorielles aux structures de gouvernance.** En raison de sa nature fondamentalement intersectorielle, la santé publique est particulièrement bien placée pour rassembler différents secteurs qui traitent des déterminants de la santé et de l'équité en santé, dans l'objectif de s'attaquer plus efficacement à des problèmes sociétaux complexes.



Idée exploitable 2

Miser sur la visibilité de la réponse à la pandémie par le système de santé publique pour accroître les investissements globaux dans le secteur, y compris en recherche, en mettant l'accent sur l'établissement d'une population résiliente et en santé par des investissements soutenus et des partenariats intersectoriels.

Idée exploitable 3

Créer des structures de gouvernances fédérales, provinciales, territoriales et locales qui intègrent une approche d'élaboration de politiques mobilisant l'ensemble du gouvernement et intégrant la santé dans toutes les politiques par la création de partenariats intersectoriels pour améliorer les déterminants de la santé.

Idée exploitable 4

Développer un plan d'action national intégré correspondant aux approches nationales et mondiales du Canada à la santé publique qui serait cocréée par les intervenants des affaires mondiales, les autorités de santé publique et d'autres parties prenantes.

L'approche du gouvernement fédéral en santé mondiale doit aussi intégrer une meilleure voix intersectorielle pour la santé publique, surtout maintenant que la pandémie a fait reconnaître la nature planétaire de la santé publique dans les différents ordres de gouvernement. **Les leçons tirées de la pandémie sur les liens entre les mesures et les résultats de santé locaux et mondiaux devraient servir d'élan pour associer l'approche canadienne à la santé publique à sa présence mondiale et à sa participation à des institutions comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).** Pour y arriver, on pourrait se tourner vers la cocréation d'un plan national intégré visant la santé nationale et mondiale et mobilisant les affaires mondiales, les autorités de santé publique et les intervenants concernés. Les participants ont noté que ce processus améliorerait les communications intersectorielles tout en uniformisant l'approche canadienne aux défis d'importance nationale et mondiale, notamment les changements climatiques. En adoptant cet objectif, les gouvernements canadiens pourraient aussi tirer avantage des stratégies adoptées dans les programmes mondiaux d'action intersectorielle, comme les objectifs de développement durable de l'ONU.

Les participants ont aussi fait valoir que la réponse à la pandémie, et surtout les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), montre le potentiel de coordination nationale dans la promotion de la cohérence dans les approches de santé publique. **En tenant compte de l'attention portée actuellement à la santé publique, de l'occasion d'intégrer les fonctions de prévention et intersectorielles du secteur et du besoin de mesures nationales coordonnées pour trouver une solution à des problèmes urgents, c'est le bon moment pour définir un ensemble de programmes et de services attendus des systèmes de santé publique du Canada.** Les travaux en ce sens devraient clarifier les mandats des autorités fédérales, provinciales, territoriales et locales afin d'accroître la coordination et la responsabilisation. Ils devraient aussi définir les zones de compatibilité et d'intégration – ainsi que les zones de spécialisation et de distinction – d'autres parties des secteurs de la santé, notamment les soins primaires et les soins de courte durée. Certains participants ont exprimé l'idée

Idée exploitable 5

Définir les fonctions essentielles des systèmes de santé publique provinciaux et territoriaux et les normes minimales sur les programmes et services qu'ils doivent offrir, entre autres en explorant le rôle possible d'une loi canadienne sur la santé publique.

Idée exploitable 6

Lancer un processus pour actualiser les principales compétences en santé publique et veiller à ce qu'elles répondent à la visée communautaire, à l'orientation équitable et aux besoins anticipés du système de santé publique.



Idée exploitable 7

Mobiliser des capacités et des ressources fédérales pour développer des sources de données nationales cohérentes et interopérables sur les systèmes et les effectifs de santé publique en partenariat avec les travailleurs en première ligne, le public et les autres ordres de gouvernement – et jumeler cette mesure à un investissement dans la recherche interdisciplinaire sur les systèmes, les services et la gouvernance en santé publique.

Idée exploitable 8

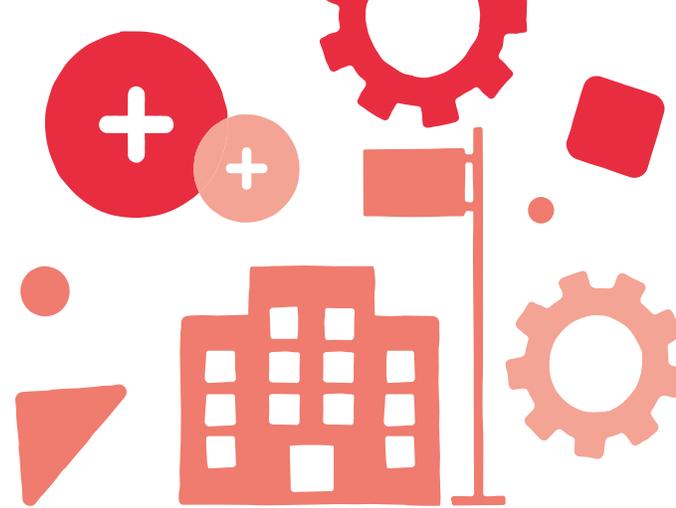
Renforcer la capacité d'appoint pour améliorer la réactivité et la souplesse du système en consacrant des capacités de réserve au développement de relations communautaires et de connaissances locales et en solidifiant les processus pour mettre rapidement en relation les stagiaires et les organisations de santé publique et les y intégrer.

qu'une loi canadienne sur la santé publique améliorerait la cohérence entre les provinces et les territoires et protègerait les investissements en santé publique en ajoutant un ensemble clair d'activités attendues (dans des domaines comme le partage de données, les programmes ou la surveillance) et en accordant des fonds pour leur exécution. D'autres se sont interrogés à savoir si des lois nationales permettraient d'atteindre la cohérence désirée vu la difficulté de conclure des ententes entre les ordres de gouvernement, et ont averti que tout effort réglementaire devra tenir compte de l'expérience de la mise en œuvre de la Loi canadienne sur la santé, pour laquelle les conditions de financement sont faibles et qui n'a pas été appliquée uniformément. Outre la réglementation, les participants ont suggéré d'améliorer la cohérence entre les administrations provinciales et territoriales par une instance nationale d'orientation en santé publique semblable au CCNI et en facilitant l'apprentissage entre les localités par des réseaux pancanadiens de médecins hygiénistes en chef et d'équipes de programme.

La définition des fonctions essentielles des systèmes de santé publique au Canada donnerait aussi l'occasion d'établir une meilleure correspondance entre les compétences de base et les exigences du système. Pendant les séances de discussions, les participants étaient d'avis que c'est le bon moment pour actualiser les compétences du pays en santé publique, qui n'ont pas changé depuis 2008, et que ce processus devrait être lié à un inventaire des besoins anticipés. **Il est impératif que les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 dans des domaines comme la préparation aux crises, les communications publiques et les relations avec la communauté se traduisent par un ensemble de compétences renforcées qui répondent aux défis, besoins et iniquité actuels et futurs en santé publique.** Comme indiqué à **la section 2**, les participants ont mentionné un ensemble de compétences précises, de domaines de littératie et de domaines de connaissances qui devraient être pris en compte dans ce processus. Les discussions ont mis en lumière qu'en contexte de pandémie, il faut impérativement se concentrer sur l'amélioration des compétences dans la communication des risques, les messages publics et la lutte à la mésinformation, ce qui passe par le recours à de nouvelles possibilités numériques et technologiques et à de nouveaux partenariats

avec les communautés. Une autre zone prioritaire est le renforcement des compétences antiracistes et anticoloniales, notamment par l'acquisition d'un ensemble exhaustif de compétences sur la santé des Autochtones s'harmonisant avec les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, et intégrant la théorie critique de la race.

Les défis actuels de santé publique se produisent dans le contexte de la prolifération des sources de données (comme les dossiers médicaux électroniques et les médias sociaux), des nouveaux outils d'analyse (comme l'apprentissage machine et l'intelligence artificielle), de nouvelles plateformes d'intégration et d'échange de données (comme le Réseau de recherche sur les données de santé du Canada et le système Connect Care de l'Alberta), et d'un accès accru aux données dans la population et d'une meilleure littératie en la matière. La capacité de ce contexte d'influencer les mesures a été évidente pendant la pandémie, alors que la collecte et l'analyse de données granulaires ont permis à certaines instances de santé publique de cibler leurs stratégies de dépistage et de vaccination vers des communautés qui étaient plus susceptibles de contracter la COVID-19. Les percées sans précédent dans les données et la technologie dont nous sommes témoins aujourd'hui devront être mises à profit pour créer un secteur de santé publique plus solide, équitable et cohérent. **Le gouvernement fédéral devra investir dans la création de sources de données interopérables qui peuvent être utilisées pour mesurer, évaluer, coordonner, mobiliser et appuyer les systèmes et les effectifs de santé publique plus efficacement, ainsi que dans la recherche sur la création de meilleurs systèmes de santé publique.** Les participants ont noté que ces travaux devraient commencer par tenir compte des fins auxquelles les données seront recueillies et mettre l'accent sur l'interopérabilité avec d'autres secteurs et d'autres administrations. Il est aussi essentiel que l'infrastructure de données pour atteindre ces objectifs soit conçue en collaboration avec des professionnels en première ligne et des membres de la communauté pour faire en sorte que les nouveaux systèmes répondent aux besoins, tiennent compte des problèmes de protection de la vie privée, évitent la charge opérationnelle de plus en plus importante, protègent les relations avec la communauté et produisent des systèmes de connaissances fiables, transparents



Idée exploitable 9

Restructurer les organes de gouvernance et de prise de décision pour amplifier la voix et l'autorité des personnes qui ont des connaissances locales ou une expérience concrète, notamment des membres des communautés marginalisées.

Idée exploitable 10

Créer des postes officiels et des processus qui lient la recherche et la pratique en santé publique, notamment en positionnant des chercheurs dans les organisations de santé publique et des praticiens dans les établissements de recherche, en créant des réseaux d'autorités sanitaires ayant des mandats de recherche et d'éducation, et en appuyant le rôle rassembleur des Centres de collaboration nationale en santé publique.



et imputables. Ce processus devrait aussi impliquer un travail avec les communautés pour créer des systèmes de données éthiques, équitables et antiracistes. En plus de l'infrastructure de données, il faut des investissements dans la recherche interdisciplinaire sur les systèmes, les services et la gouvernance en santé publique afin d'accroître les connaissances sur le paysage de la santé publique au Canada et d'évaluer comment les structures de gouvernance et les systèmes d'application pourraient être améliorés.

En assurant une collecte de données précises et à jour sur les effectifs et systèmes de santé publique du Canada, le secteur aurait une meilleure capacité à répondre aux crises. Bien que le besoin de flexibilité et de capacité d'appoint soit beaucoup plus évident pendant les urgences sanitaires, il est essentiel de développer ces ressources bien avant que le besoin ne se fasse sentir – comme le montrent les obstacles à la réponse contre la COVID-19 mentionnés plus tôt. **La période post-pandémique sera un moment clé pour construire un système plus flexible et résilient qui peut mobiliser rapidement des ressources humaines ayant une formation appropriée, des compétences pertinentes et des connaissances locales en période de besoins accrus.** Pour créer cette capacité, il faut avoir du personnel en réserve et multiplier les possibilités de formation en santé publique; il serait aussi avantageux de se doter d'une meilleure capacité

de travailler avec les communautés et d'établir des partenariats avec les organismes communautaires pour que les connaissances locales des professionnels de la santé publique et la confiance qu'a le public en eux se répercutent sur des activités comme la recherche de cas, la recherche de contacts et l'immunisation de masse pendant les crises. De plus, la difficulté de mettre en relation les stagiaires avec les organisations de santé publique pendant les pandémies – et l'expérience des organisations qui ont créé des systèmes pour le faire – peut être une leçon importante qui mènera à des processus d'intégration plus efficaces, en temps de crise comme en temps normal.

Il est particulièrement opportun d'approfondir les objectifs de la communauté de santé publique, puisque **la réponse à la COVID-19 a révélé toute la puissance des initiatives locales, les avantages des approches de coplanification entre la santé publique et les organismes communautaires et le potentiel de participation de la population dans la prise de décisions pour orienter des mesures équitables.** Les participants ont mentionné deux exemples en ce sens : l'initiative Vaccine Hunters Canada, un réseau de bénévoles qui diffusait de l'information sur la disponibilité des vaccins sur les médias sociaux, et la coordination des plans d'action contre la COVID-19 par des organismes communautaires grâce à un financement philanthropique dans plusieurs des quartiers montréalais les plus durement touchés par la crise. L'expérience du conseil de santé de Toronto pendant la pandémie a aussi montré que la présence de membres du public dans les organes de gouvernance peut porter l'attention sur les priorités de la communauté, comme la collecte de données sur la race, les investissements dans les organismes communautaires et le soutien du leadership dans la communauté. Les participants ont signalé que l'ancrage de la santé publique dans les connaissances et les relations communautaires exige que les organismes communautaires soient bien appuyés par le système de santé publique et aient la possibilité de s'attaquer à des problèmes communautaires lorsqu'approprié. La santé publique doit aussi se doter de stratégies structurées et de ressources suffisantes pour mobiliser les communautés tout en leur restant imputable. En outre, les participants ont noté que les structures décisionnelles

qui modifient véritablement le pouvoir doivent tenir compte des personnes qui ont une voix et une autorité et doivent respecter les principes d'autodétermination. Pour exécuter les engagements de la santé publique envers les communautés, il faut aussi intégrer de multiples sources de connaissances et de données, notamment les systèmes de connaissances autochtones et l'expertise des personnes ayant une expérience concrète, afin de remédier aux limites et aux méfaits d'un système qui tire ses racines du colonialisme et qui n'a pas été conçu pour tenir compte des besoins distincts des peuples autochtones et d'autres groupes marginalisés. La santé publique doit donc intégrer au cœur de sa planification et de sa mise en œuvre les voix des personnes victimes de racisme, de colonialisme et d'autres formes de violence structurelle. Il est aussi essentiel de gagner la confiance des communautés et de s'associer aux organismes et aux leaders communautaires pour créer des communications ciblées en santé publique et faire augmenter la réceptivité de la population à ces communications.

Les participants ont aussi mentionné **qu'il existe plusieurs manières d'améliorer les liens entre la recherche, la formation et la pratique en santé publique, notamment en s'inspirant d'initiatives qui ont contribué à la réponse contre la pandémie (comme les revues rapides des données qui ont appuyé les processus décisionnels) et de stratégies qui précèdent la crise** (comme les postes de stagiaires intégrés dans la pratique en santé publique). Durant les discussions, les participants ont souligné les avantages importants qui pourraient être tirés du renforcement de la collaboration entre le milieu de la recherche et le milieu de la pratique, notamment la génération de travaux de recherche plus appliqués et opérationnels, l'amélioration de l'accès des praticiens à des capacités universitaires en temps de crise et l'amélioration des efforts de mobilisation des connaissances. Le système de santé publique actuel a aussi une ressource unique qui peut être utilisée pour atteindre ces objectifs : les Centres de collaboration nationale en santé publique, qui ont été

créés après la crise du SRAS, ont établi des relations solides avec les praticiens et les organisations en santé publique du pays. Les participants ont indiqué que les Centres de collaboration nationale sont particulièrement bien placés pour gérer des réseaux de pratique et de recherche et améliorer la mobilisation des connaissances – mais ont averti qu'il faudra un financement supplémentaire pour saisir ces occasions. Ils ont aussi proposé de renforcer les liens entre le milieu de la recherche et le milieu de la pratique en intégrant la recherche et l'éducation au mandat des autorités sanitaires et en finançant des postes qui intègrent des chercheurs dans les organisations de santé publique, et des praticiens dans les établissements de recherche.



● Section 4

Conclusion



Lorsque les systèmes de santé publique canadiens émergeront de la crise de la COVID-19, ils seront confrontés à une tâche herculéenne : analyser les forces et les faiblesses de la réponse à la pandémie et appliquer les leçons apprises pour opérer les changements institutionnels nécessaires afin de s'attaquer aux enjeux de santé publique qui perdurent. La série de discussions résumées dans les sections précédentes a révélé une diversité de perspectives sur le sujet au sein du milieu de la santé publique, de même que des convergences d'opinions majeures. Les discussions ont aussi permis de constater qu'il existe une grande détermination et un désir de changer les systèmes de gouvernance, de pratique, de recherche et de formation dans la foulée d'une crise mondiale sans précédent et en prévision des menaces futures à la santé de nos communautés, du pays et de la planète tout entière.



Bien que la pandémie de COVID-19 ait servi de point de départ aux discussions, les échanges se sont maintes fois concentrés sur les problèmes de longue date qui se sont aggravés durant la crise et ont compliqué la réponse – iniquités sous-jacentes et discrimination systémique, manque de données adéquates, capacité d'appoint insuffisante et sous-financement chronique de la santé publique. Les participants ont aussi dit clairement que la pandémie n'était qu'un des multiples facteurs de stress qui pèsent sur un système confronté à l'énorme défi de gérer en continu une myriade de dossiers, dont la santé mentale, les maladies non transmissibles, la crise des opioïdes et les changements climatiques planétaires ne sont que des exemples.



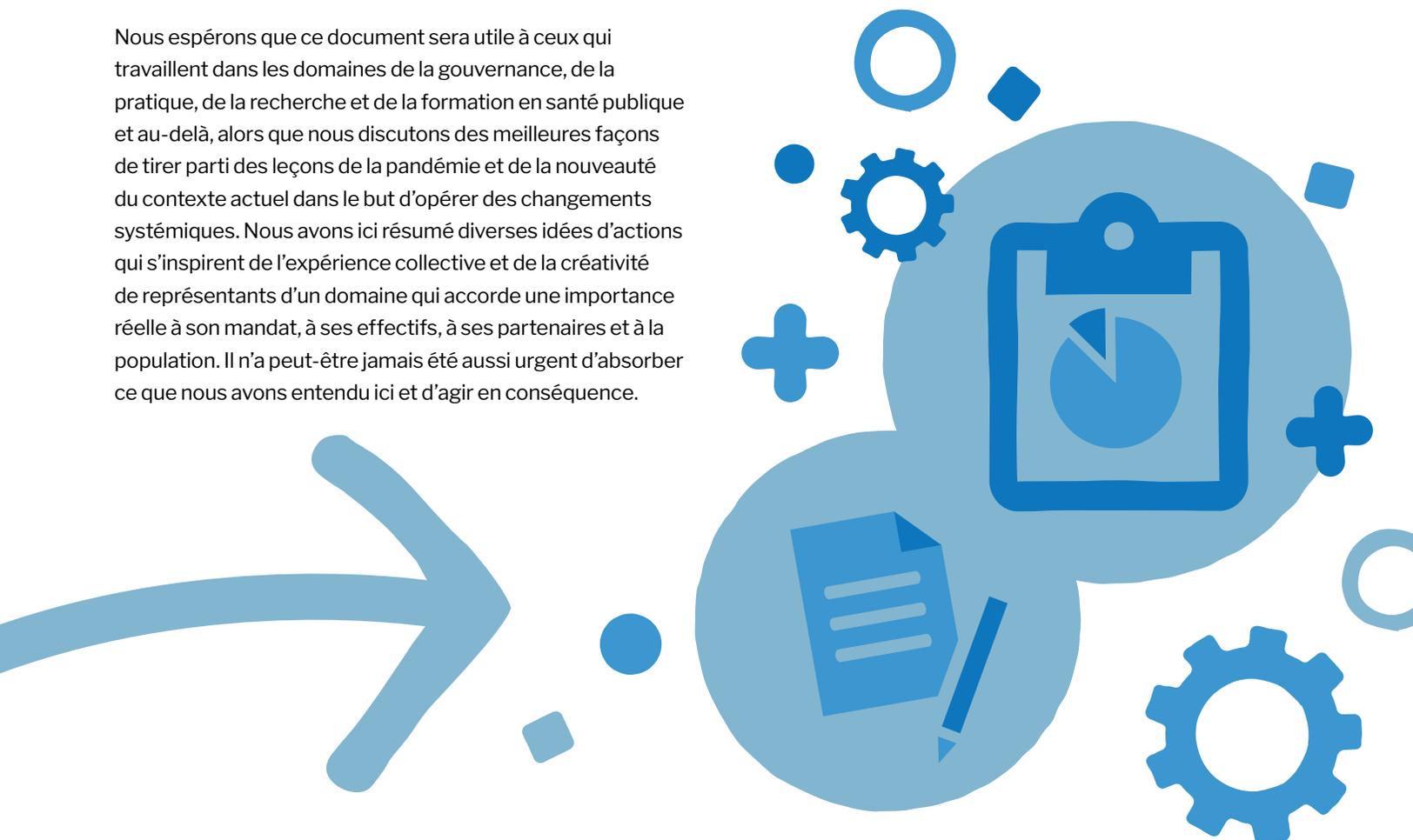
Cela dit, le ton général des discussions évoquait un optimisme prudent. Les participants ont reconnu qu'il y avait des possibilités à exploiter dans le climat actuel, caractérisé par une attention sans précédent portée à la santé publique, la rapidité des innovations technologiques, une prise de conscience accrue du racisme, du colonialisme et des iniquités institutionnalisés, et une participation croissante de la population dans ce secteur. Les idées exploitables qu'ils ont proposées pourront servir de point de départ à une réflexion sur les cibles à prioriser pour le financement et les efforts de reconstruction qui seront nécessaires pour créer un système robuste et résilient et atteindre une distribution équitable de la santé.

Malheureusement, on manque de données pour orienter la construction, la structure et l'attribution des ressources des systèmes de santé publique du Canada. L'application concrète des 10 idées exploitables décrites à [la section 3](#) devrait être guidée par des recherches visant à comprendre et à améliorer les systèmes de santé publique du pays pour que nous soyons mieux préparés pour les défis à venir.

Nous espérons que ce document sera utile à ceux qui travaillent dans les domaines de la gouvernance, de la pratique, de la recherche et de la formation en santé publique et au-delà, alors que nous discutons des meilleures façons de tirer parti des leçons de la pandémie et de la nouveauté du contexte actuel dans le but d'opérer des changements systémiques. Nous avons ici résumé diverses idées d'actions qui s'inspirent de l'expérience collective et de la créativité de représentants d'un domaine qui accorde une importance réelle à son mandat, à ses effectifs, à ses partenaires et à la population. Il n'a peut-être jamais été aussi urgent d'absorber ce que nous avons entendu ici et d'agir en conséquence.



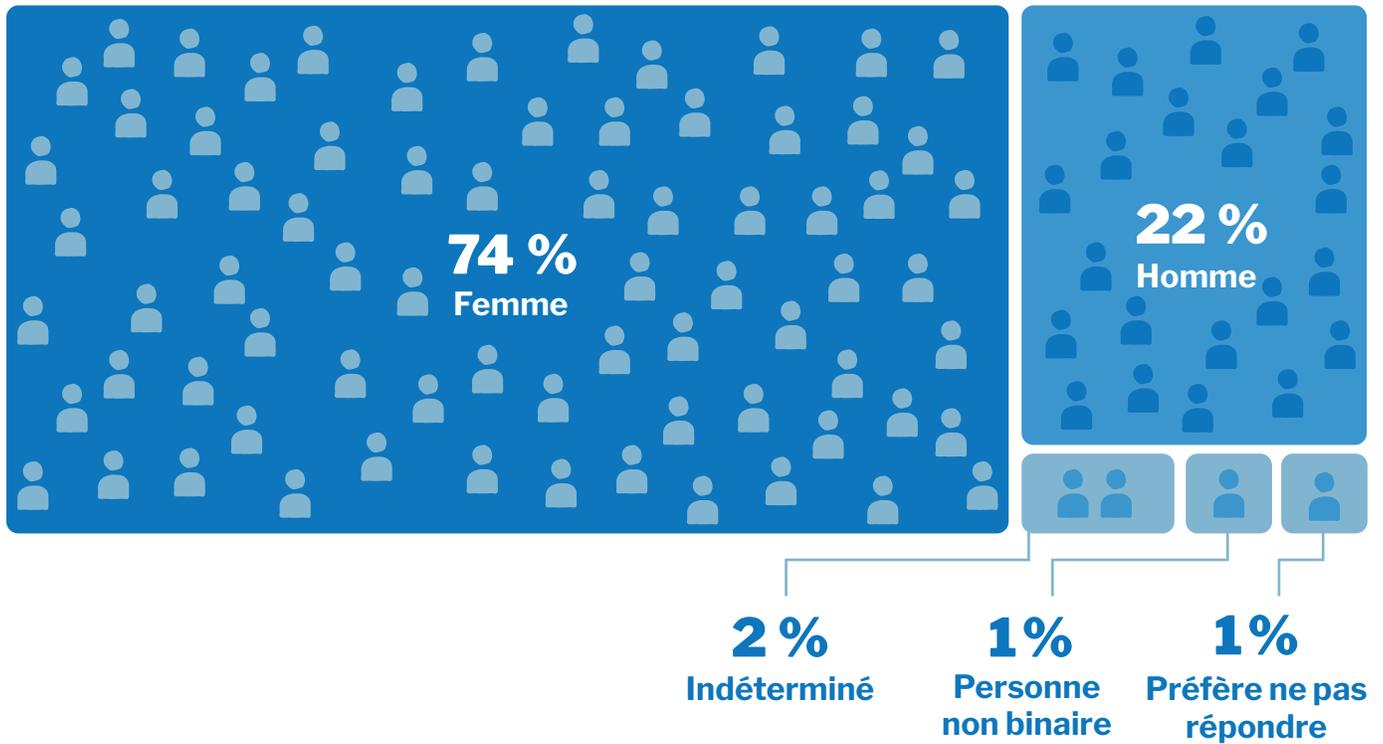
Les idées exploitables qu'ils ont proposées pourront servir de point de départ à une réflexion sur les cibles à prioriser pour le financement et les efforts de reconstruction qui seront nécessaires pour créer un système robuste et résilient et atteindre une distribution équitable de la santé.



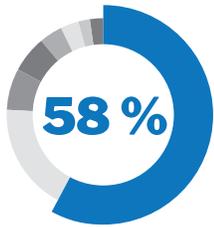
Résumé démographique

Au total, 214 participants ont assisté aux séances de discussion (il y a eu au total 484 participations, si on compte séparément la présence d'une même personne à plusieurs séances). Cette annexe présente des renseignements démographiques pour ces 214 personnes.

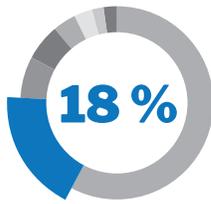
Genre



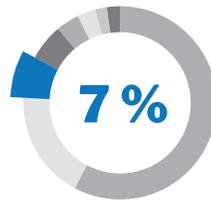
Diversité



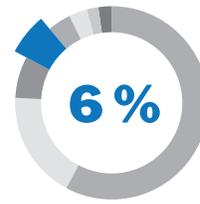
Blanc



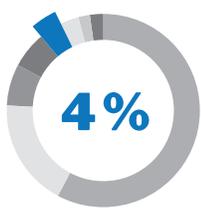
Asiatique



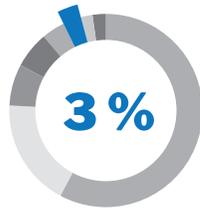
Noir



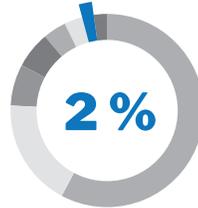
Autre



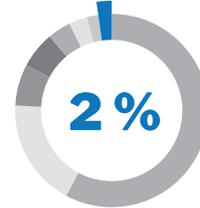
Latino



Autochtone

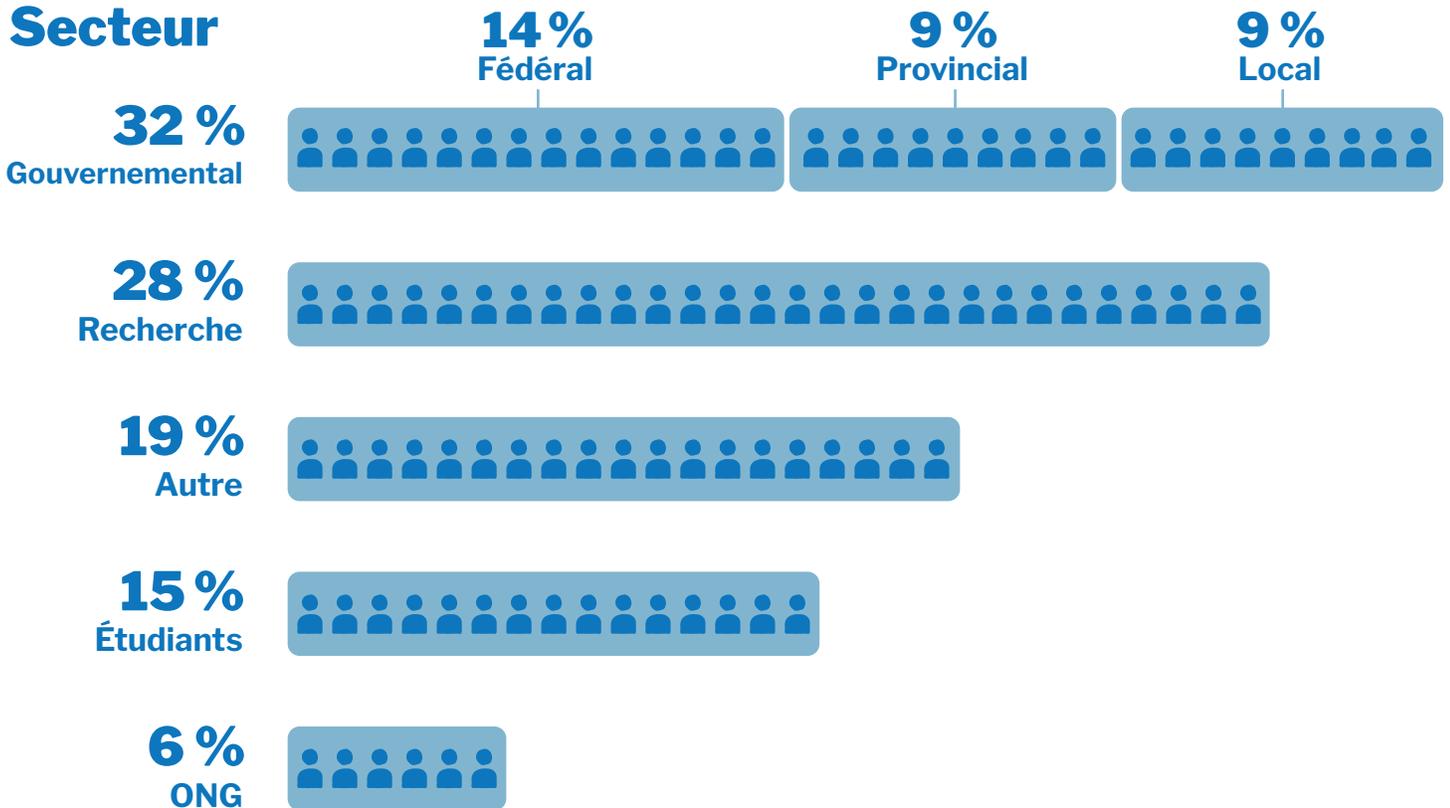


Indéterminé



Préfère ne pas
répondre

Secteur



Annexe 2

Comptes rendus des rencontres

Des comptes rendus de chaque rencontre sont disponibles sur demande.

Veillez écrire à ipph-ispp@cihr-irsc.gc.ca pour des rapports sur les rencontres suivantes

: Dialogue

Thème	Animateurs
Les systèmes de données de santé publique 12 mai 2021	David Buckeridge Professeur, Université McGill
La planification des effectifs en santé publique 27 mai 2021	Gail Tomblin Murphy Vice-présidente de la Recherche et de l'Innovation, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Infodémiologie – confiance du public et communication 28 mai 2021	Nicole Damestoy Présidente-directrice générale, Institut national de santé publique du Québec Lise Gauvin Professeure, Université de Montréal
Mobilisation des communautés et partenariats 28 mai 2021	Elaine Hyshka Professeure adjointe, Université de l'Alberta
Gouvernance des systèmes de santé publique 14 juin 2021	Jane Philpott Doyenne de la Faculté des sciences de la santé et directrice de l'École de médecine, Université Queen's Ian Culbert Directeur général, Association canadienne de santé publique
Les systèmes de santé publique à l'ère de la mondialisation 4 juin 2021	Kelley Lee Professeure, Université Simon Fraser
Renforcer l'interface entre l'université et la pratique en santé publique 10 juin 2021	Malcolm Steinberg et Greg Penney Network of Schools and Programs of Population Public Health [Réseau d'écoles et de programmes en santé publique et des populations]
Bâtir des systèmes de santé publique antiracistes 18 juin 2021	Sume Ndumbe-Eyoh Spécialiste principale de l'application des connaissances, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé Nancy Laliberté Consultante en santé autochtone (Nêhiyaw/Métis)

10110100
011101

Coordonnées

Instituts de recherche en santé du Canada
Institut de la santé publique et des populations

160, rue Elgin, 10e étage
Ottawa (Ontario) K1A 0W9

Téléphone : 613-941-2672
www.cihr-irsc.gc.ca/e/13777.html
ipph-isp@cihr-irsc.gc.ca

