

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés – COVID-19

**L'organisation
de la santé publique au Québec,
en Nouvelle-Écosse,
en Ontario, en Alberta
et en Colombie-Britannique**

**Clara Champagne
Jean-Louis Denis
Sara Allin
Robert Smith**

Janvier 2022

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés – COVID-19

**L'organisation
de la santé publique au Québec,
en Nouvelle-Écosse,
en Ontario, en Alberta
et en Colombie-Britannique**

Ce rapport a été rédigé par des experts indépendants pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir la démarche du CSBE dans la réalisation du mandat spécial sur la performance des soins et services aux aînés dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Bien que ces chercheurs indépendants puissent avoir des liens avec le CSBE, la responsabilité relative au contenu leur appartient en totalité. Le CSBE s'est occupé de l'édition du document, mais les vues qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les siennes dans leur totalité.

Publication

Commissaire à la santé et au bien-être
880, Chemin Ste-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel: csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être:
www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
ISBN: 978-2-550-90706-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Recherche et rédaction

Jean-Louis Denis

Professeur au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

Clara Champagne

Professionnelle de recherche et doctorante en communication à l'Université de Montréal

Sara Allin

Professeure agrégée à l'Institut de politiques en santé, de gestion et d'évaluation de l'Université de Toronto

Robert Smith

Professionnel de recherche à l'Institut de politiques en santé, de gestion et d'évaluation à l'Université de Toronto

Révision linguistique

Jonathan Aubin

Édition

Direction des communications

Graphisme

KX3 Communication inc.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **7**

I – DESCRIPTION DES MODÈLES D’ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS CINQ PROVINCES CANADIENNES **9**

Québec 9

Nouvelle-Écosse..... 13

Ontario 15

Alberta 18

Colombie-Britannique 20

Tableau récapitulatif 23

II – RÉFLEXIONS **24**

1. La gouvernance de la santé publique..... 24

2. La position et le rôle du CMOH 25

3. Le rôle direct du Ministère dans la gestion des services
de santé, y compris des services de santé publique..... 26


4. Le niveau de décentralisation de la provision
des services en santé publique..... 27

5. Les priorités en santé publique 28

6. La structuration et le rôle effectif de l’expertise-conseil
en santé publique..... 29

7. La diversité du personnel de santé publique..... 30

8. Le budget de la santé publique	30
9. L'intégration du système de santé publique au système de soins	31
10. L'intégration du système de santé publique à un écosystème plus large de recherche.....	32
CONCLUSION	35
RÉFÉRENCES	36



INTRODUCTION

Au Canada, la santé est une responsabilité que se partagent le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et municipaux. Le rôle du gouvernement fédéral en matière de soins de santé consiste :

à établir et à appliquer des principes nationaux pour le système en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, à fournir un appui financier aux provinces et aux territoires et à s'acquitter de plusieurs autres fonctions, y compris le financement et/ou la prestation de services primaires et supplémentaires à certains groupes de personnes (Gouvernement du Canada, 2018).

De plus :

[I]e gouvernement fédéral est également responsable de la protection et de la réglementation en santé (p. ex. : réglementation des produits pharmaceutiques, des aliments et des matériels médicaux), de la sécurité des consommateurs, ainsi que de la surveillance et de la prévention des maladies. Il appuie également la promotion de la santé et la recherche en santé (Gouvernement du Canada, 2018).

Après la crise du SRAS en 2003 et le rapport Naylor (Naylor, Basrur, Bergeron, Brunham, Butler-Jones, Dafoe, Ferguson-Paré, Lussing, McGeer, Neufeld et Plummer, 2003) qui s'ensuivit, le gouvernement fédéral a, en 2006, mis sur pied l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le préambule de sa loi créatrice, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*, stipule que le gouvernement fédéral, par la création de cette agence :

... entend prendre des mesures en matière de santé publique, notamment en ce qui a trait à la protection et à la promotion de la santé, à l'évaluation et à la surveillance de l'état de santé de la population, à la prévention des maladies et des blessures et à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence sanitaire [...]. [I]l entend encourager la collaboration dans le domaine de la santé publique et coordonner les politiques et les programmes de l'administration publique fédérale en matière de santé publique [...]. [I]l entend favoriser dans le domaine de la santé publique la consultation et la coopération avec les gouvernements provinciaux et territoriaux [...]. [I]l entend aussi encourager la coopération dans ce domaine avec les gouvernements étrangers et les organisations internationales et les autres organismes et personnes intéressées [...]. [Et] il estime que la création d'une agence de la santé publique et la nomination d'un administrateur en chef de la santé publique contribueront à l'action fédérale exercée en vue de dégager et de réduire les facteurs de risque pour la santé publique et d'appuyer la préparation à l'échelle nationale des mesures visant à contrer les menaces pesant sur la santé publique (*Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* (ci-après «LASPC»), préambule).

Ainsi, l'ASPC coordonne la réponse à des incidents de santé publique à l'échelle du pays et assure la communication avec les agences internationales (WhatIsPublicHealth.ca, 2017). Cette agence est dirigée par l'administrateur en chef de la santé publique du Canada («Chief Public Health Officer», ou CPOH), qui communique avec les directeurs de santé publique provinciaux («Chief Medical Officers of Health», ou CMOH) (WhatIsPublicHealth.ca, 2017).

À l'échelle provinciale, l'organisation de la santé publique varie. Ce document vise dans un premier temps à décrire succinctement la gouvernance et les structures de santé publique dans cinq provinces : le Québec, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Nous avons sélectionné ces provinces pour plusieurs raisons :

1. Elles représentent des variations dans l'organisation de la santé publique sur le plan institutionnel;

2. À elles seules, les provinces de l'Ontario, du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta représentent 87,6 % de la population canadienne;
3. La Nouvelle-Écosse a été retenue puisqu'on y observe, d'un côté, une certaine tradition de maintien de structures communautaires en santé (Usher, Denis, Préval, Baker, Chreim, Kreindler, Breton et Côté-Boileau, 2021) ainsi qu'un intérêt manifeste pour le développement de capacités des politiques (*policy capacity*) en santé (Denis, Brown, Forest, Normandin, Camborieu, Cannizzaro et Preval, 2015; Lawrence, 2020) et, de l'autre, un sous-financement chronique de la santé publique, situation que la province partage avec d'autres provinces canadiennes (Caldwell, Scuton, Fierlbeck, Hajizadeh, Dave, Sim et Kirk, 2021; Denis et al., 2020; Fiset-Laniel, Guyon, Perreault et Strumpf, 2020; Lawrence, 2020; Usher et al., 2020).

Pour chaque province, l'information est divisée en quatre sections : fonctions et définitions de la santé publique; structure administrative formelle et principaux acteurs des services de santé publique; vision et priorités pour la santé publique; et ressources consacrées à la santé publique. Un tableau qui récapitule certains éléments de comparaison est inclus à la fin de cette première partie. **Ces résumés ont été créés à partir des données recueillies et généreusement partagées par Sara Allin de l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation, à l'Université de Toronto et ses collègues.**

La deuxième partie du document fait état de quelques réflexions quant aux rôles et au positionnement de la santé publique dans la société, y compris en période de pandémie. Ces réflexions s'appuient sur les variations observées dans les modèles d'organisation de la santé publique dans les provinces étudiées ainsi que sur un certain nombre de travaux publiés sur le rôle et la gouvernance de la santé publique et ses rapports avec l'autorité politique. Enfin, nous pensons que des analyses ultérieures à partir d'exemples internationaux devront être faites pour mettre en contexte les réflexions amorcées dans le présent rapport.

I – DESCRIPTION DES MODÈLES D'ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS CINQ PROVINCES CANADIENNES

Québec

Les informations et les données présentées ci-après concernant l'organisation du système de santé publique au Québec émanent principalement des travaux publiés par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Arpin, Quesnel-Vallée, Smith, Allin, Thomas, Cheun, Luu, Li, Pinto et Rosella, 2021).

Fonctions et définitions de la santé publique

La *Loi sur la santé publique* (ci-après «LSP») fournit un cadre législatif pour les fonctions de santé publique. Cette loi crée notamment l'obligation de se doter d'un **Programme national de santé publique** (PNSP) (LSP, art. 7) «qui doit se décliner en programmes régionaux et locaux de santé publique (articles 11 et 14)» (Institut national de santé publique du Québec (ci-après «INSPQ»), 2018). Le programme décrit en détail l'ensemble des services fournis par la santé publique. L'article 8 de la *Loi sur la santé publique* stipule que :

le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne [...] la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants, [...] la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population, [...] la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population, [et] la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction.

Le PNSP se concentre sur les fonctions essentielles de la santé publique : évaluation de la santé de la population, surveillance de la santé, promotion de la santé, prévention des maladies et des traumatismes, et protection de la santé. Contrairement à d'autres provinces, la santé publique au Québec n'est pas responsable de la protection de la santé liée à la salubrité des aliments et de l'eau. Cette responsabilité incombe plutôt au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et au ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MELCC).

Le Québec adhère à l'approche «health in all policies» de santé publique telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé. Le rapport publié par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) en février 2021 cible une série de programmes, de lois, de plans d'action, de politiques et d'autres outils qui servent de leviers vers cet objectif «health in all» (Bastien, Morel et Parenteau, 2021, p. 8). Ceux-ci incluent la *Loi sur la santé publique* et le Programme national de santé publique décrits précédemment. Par ailleurs, la *Loi sur le développement durable* stipule que les actions de l'administration publique doivent être cohérentes avec une vision de développement durable, une composante centrale de l'approche «health in all» (Bastien et al., 2021, p. 8). La *Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être*, pour sa part, crée le poste de commissaire à la santé au bien-être, dont le rôle est de surveiller la performance du système de santé et d'en faire rapport (Bastien et al., 2021). La Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) (Ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après «MSSS»), 2019a) et son plan d'action interministériel 2017-2021 (MSSS, 2018) proposent une démarche détaillée pour que tous les ministères du Québec contribuent à l'amélioration de la prévention de la santé (Bastien et al., 2021). Finalement, l'évaluation d'impact sur la santé incluse dans la *Loi sur la santé publique*

établit un cadre et des procédures d'évaluation pour estimer l'impact des programmes et des politiques proposées sur les enjeux de santé (Bastien et al., 2021).

Structure administrative formelle et principaux acteurs des services de santé publique

Au Québec, la santé publique relève du **ministère de la Santé et des Services sociaux**, plus précisément de la **Direction générale de la santé publique** (DGSP). Selon Arpin et al. (2021), le MSSS a un ensemble de responsabilités en matière de santé publique, dont l'élaboration de plans pour améliorer la santé de la population, l'allocation des ressources à différents programmes de santé publique et la gestion de ces ressources, la coordination des services et des interventions de santé publique entre les différentes régions du Québec et les différents secteurs, la nomination du directeur national (à l'échelle provinciale) et des directeurs régionaux de la santé publique, ainsi que l'évaluation des impacts des politiques et des programmes sur la santé de la population à l'échelle de la province.

La DGSP, créée en 1992, est la branche du Ministère responsable de la santé publique. Elle veille à la coordination des mesures de santé publique à l'échelle de la province. À la tête de la DGSP se trouve le **directeur national de santé publique**, qui se rapporte au sous-ministre. Ce poste a été créé en 2001, année d'adoption de la *Loi sur la santé publique*. Le directeur national de santé publique porte aussi le chapeau de sous-ministre adjoint du MSSS. Il combine donc les responsabilités consultatives et de gestion d'un fonctionnaire de rang élevé. Son rôle est de :

conseille[r] le ministre lors de situations d'urgence, assure[r] la gestion de la Direction générale de la santé publique à l'intérieur du Ministère, coordonne[r], avec les directeurs de santé publique des régions, le Programme national de santé publique du Québec et fai[re] la promotion de collaborations intersectorielles en santé publique (INSPQ, 2018).

De plus, en vertu de l'article 5.1 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, « [l]e ministre peut déléguer au directeur national de santé publique des fonctions ou des pouvoirs qui lui sont attribués par la *Loi sur la santé publique* » (INSPQ, 2018).

L'**Institut national d'excellence en santé et en services sociaux** (INESSS) et l'**Institut national de santé publique du Québec** (INSPQ) sont deux instituts de recherche ou d'expertise qui se rapportent directement au ministre de la Santé et des Services sociaux. L'INESSS « prom[eut] l'excellence clinique en développant des lignes directrices cliniques et prom[eut] une utilisation efficace des ressources en procédant à des évaluations de performance » (Arpin et al., 2021, p. 6). L'INESSS met aussi sur pied des comités d'excellence clinique.

L'INSPQ, pour sa part, soutient le MSSS « en diffusant des connaissances et des expertises (à travers un éventail de publications), en effectuant des recherches et en surveillant l'état de santé des populations » (Arpin et al., 2021, p. 5). Plus spécifiquement, selon le site Web de l'INSPQ, sa mission consiste à :

développer la connaissance et contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants; développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, prévention et protection de la santé; évaluer l'impact des politiques publiques et des systèmes de soins sur la santé de la population; favoriser le développement de la recherche et l'innovation en santé publique; fournir des avis et des services-conseils; assurer des services de dépistage, de laboratoire [...] et de soutien au maintien de la qualité; rendre accessible l'expertise en santé publique par des activités de formation continue; favoriser l'échange et le transfert de connaissances ainsi que la collaboration internationale; [et] contribuer au développement et à la mise en œuvre des

orientations ministérielles en santé et services sociaux, dont, au premier chef, le Programme national de santé publique (INSPQ, 2021).

À l'échelle régionale, des **directions régionales de santé publique** (DRSP) coordonnent les services et les ressources de santé publique pour 18 régions sanitaires. La DRSP d'une région travaille de concert avec les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour distribuer les services de santé publique.

Les DRSP sont dirigées par un **directeur régional de santé publique** qui, selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), est nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, sous recommandation du directeur national, pour un mandat maximal de quatre ans. Le directeur régional doit pratiquer la médecine et avoir un entraînement en santé communautaire ou posséder cinq ans d'expérience dans le domaine de la santé communautaire. Lorsqu'un incident de santé publique survient dans une région, le directeur régional en informe le directeur national (LSSSS, art. 375).

Le directeur régional de santé publique est un directeur à part entière du CISSS ou CIUSSS où la DRSP est logée. Son statut, cependant, est un peu différent de celui des autres gestionnaires du CISSS ou CIUSSS en ce sens qu'il a une double imputabilité. Ainsi, le directeur régional est responsable auprès du MSSS et du directeur national, mais aussi auprès du PDG de son CISSS ou CIUSSS. Dans chaque CISSS ou CIUSSS, les médecins de santé publique sont intégrés dans un service clinique de santé publique et font partie, comme les autres médecins, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. Les médecins de santé publique rendent compte aux chefs de leur service clinique au sein du CISSS ou CIUSSS, qui à leur tour rendent compte aux directeurs régionaux. Les directeurs régionaux agissent maintenant, selon la loi, en tant que directeurs des services professionnels pour les médecins et dentistes de leur service clinique de santé publique. L'intégration de la santé publique régionale aux établissements du réseau de soins est une particularité du Québec.

À l'échelle locale, l'article 80 de la LSSSS prévoit que les centres locaux de services communautaires (CLSC) fournissent des services de santé publique. Ainsi, des travailleurs de première ligne, intégrés au sein des CLSC qui font maintenant partie des CISSS ou CIUSSS, offrent des services de santé publique directement à la population (par exemple les services de vaccination, de dépistage...).

Vision et priorités pour la santé publique

Au Québec, le Programme national de santé publique 2015-2025 (MSSS, 2019b) comprend cinq axes : développement de la petite enfance et de la jeunesse; modes de vie et environnement sain et sûr; prévention des maladies infectieuses; gestion des risques et préparation aux situations d'urgence; et surveillance continue de la santé de la population.

Ressources consacrées à la santé publique

Pour l'année fiscale 2018-2019, la proportion du budget du MSSS consacrée à la santé publique était de 0,8 % (344 M\$ sur 43,2 G\$). Cela correspond à un budget de 41 \$ per capita. Cette proportion a déjà été plus grande (0,92 % en 2012-2013), mais la santé publique a subi une compression importante de son budget en 2015-2016 (9 %). Si la croissance des dépenses en santé publique depuis 2012-2013 avait été la même que celle du budget total du MSSS, le budget de la santé publique en 2018-2019 aurait été supérieur de 16 % (55 M\$). Il faut aussi noter que la coupe de 9 % en 2015-2016 a surtout touché les services régionaux de santé publique, dont le budget a été coupé de plus de 30 %. Il aurait été intéressant de connaître la distribution du budget de la santé

publique entre les différentes activités, fonctions ou axes de la santé publique; par exemple, quel pourcentage est consacré à la prévention des maladies infectieuses et à la réponse en situation d'urgence? L'étude de Borgès Da Silva, Prud'homme, Deblois, Labadie et Strumpf (2021), du CIRANO, sur le financement de la santé publique au Québec pour la période 2004-2019 confirme dans l'ensemble ces constats sur l'évolution du financement dans ce secteur.

Sur le plan du personnel, il est très difficile de cerner le nombre et la répartition précise des professionnels de la santé publique puisque la définition de ce qu'est un professionnel de la santé publique n'est pas claire ni standardisée. Arpin et al. (2021) constatent, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), une augmentation du nombre de spécialistes en santé publique et en médecine préventive d'environ 6 % au Québec, soit de 189 à 201, en 2018 (p. 26-27). Ce nombre de médecins représentait un taux de 2,4 médecins de santé publique par 100 000 habitants.

Nouvelle-Écosse

Les informations et les données présentées ci-après concernant l'organisation du système de santé publique en Nouvelle-Écosse émanent principalement des travaux publiés par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Smith, Allin, Chueng, Thomas, Li, Pinto et Rosella, 2021a).

Fonctions et définitions de la santé publique

La loi qui régit la santé publique en Nouvelle-Écosse est le *An Act to Provide for the Protection of Health* (*Health Protection Act*, ou HPA).

Le Nova Scotia Department of Health and Wellness définit la santé publique comme « la promotion et la protection de la santé et la prévention des maladies et des accidents de façon à ce que tous les résidents de la Nouvelle-Écosse puissent vivre des vies plus en santé » (Smith et al., 2021a, p. 1). Les facteurs qui influencent la santé et qui sont ciblés sont : le tabac, l'alcool, la mauvaise nutrition, le manque d'activités physiques, la pauvreté, la discrimination, l'exclusion sociale et les changements climatiques. Il y a aussi une préoccupation explicite pour le développement sain des enfants.

Jusqu'en 1994, l'inspection sanitaire et environnementale était une responsabilité de la santé publique. Elle est maintenant une responsabilité du Department of Environment (pour l'inspection de l'eau) et du Department of Agriculture and Fisheries (pour l'inspection agroalimentaire).

Structure administrative formelle et principaux acteurs des services de santé publique

En Nouvelle-Écosse, à l'échelle provinciale, le **Department of Health and Wellness** (DHW) a comme mandat de diriger le système de santé pour « la provision de soins et de traitements, pour la prévention de maladies et d'accidents, et pour la promotion de la santé et d'un mode de vie sain » (Smith et al., 2021a, p. 5). Le ministre est responsable du développement des politiques de santé, de l'établissement des normes de qualité et de l'évaluation de la performance du système.

En 2015, neuf autorités de santé régionales ont été fusionnées en une seule entité, la **Nova Scotia Health Authority** (NSHA), dont le nom a depuis été changé pour Nova Scotia Health (NSH), et l'autorité administrative liée à la production de services de santé a été transférée du DHW à NSH. Donc, maintenant, NSH est responsable sur le plan opérationnel de la gestion et de l'organisation des soins aigus et tertiaires, des soins en santé mentale, des soins de première ligne, des services médicaux ainsi que de la qualité des services. NSH est dirigé par un conseil d'administration, dont les membres sont nommés par le ministre de la Santé, et par un PDG. À l'échelle locale, NSH a établi 37 **Community Health Boards** (CHB), qui agissent comme comités consultatifs pour appuyer NSH dans la planification de politiques publiques et pour susciter la participation du public. Le rôle des CHB est limité à des fonctions consultatives puisqu'ils ne disposent pas de budget ni de ressources pour intervenir directement en vue d'améliorer la santé des communautés (Fierlbeck, 2018).

Le DHW comporte cinq divisions, dont le Office of the **Chief Medical Officer of Health** (CMOH), qui est responsable de définir la direction stratégique et de fournir l'orientation pour les activités de promotion de la santé et de prévention. En Nouvelle-Écosse, le CMOH a les responsabilités administratives d'un fonctionnaire de rang élevé, mais n'a pas l'autorité de communiquer directement avec le public (comparable au rôle du directeur national au Québec, et différent du rôle du CMOH en Ontario). Le CMOH est responsable de :

la conduite d'enquêtes épidémiologiques, de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, de la création d'un plan de communication publique, du contrôle des maladies à transmission vectorielle, et de donner aux individus les moyens de protéger la santé de la population (Smith et al., 2021a, p. 6).

Le CMOH a la responsabilité de déterminer si une situation d'urgence doit être déclarée, quoique la déclaration elle-même doit être faite par le ministre. Le CMOH peut ensuite mettre en œuvre directement les mesures de réponse appropriées, y compris la vaccination, la fermeture d'espaces publics, les évacuations, etc.

À l'échelle régionale, NSH est organisé en quatre zones géographiques. L'équipe de direction de chaque zone est composée d'un **Medical Officer of Health** (MOH), d'un Medical Executive Director, d'un Operations Executive Director, et d'un **Public Health Director**. Les directeurs sont responsables de s'assurer que les services respectent les normes provinciales. Les MOH sont des personnes employées par NSH, mais sont nommées par le DHW, et elles se rapportent au CMOH. Les MOH sont responsables des enquêtes épidémiologiques, du contrôle des risques environnementaux et de la protection de la santé.

À l'échelle locale, 31 unités de santé publique fournissent les services de santé publique à la population sous la supervision du Public Health Director de la zone dont elles font partie. Les CHB sont responsables de concevoir des plans tous les trois ans pour définir les priorités locales de promotion de la santé.

Vision et priorités pour la santé publique

Les *Nova Scotia Public Health Standards 2011-2016* (NSPHS), publiés en 2011 (Nova Scotia Public Health, 2011) par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse, définissent les buts, les normes et les stratégies pour la santé publique à l'échelle provinciale et régionale. Ces NSPHS (Nova Scotia Public Health, 2011) s'inspirent de la *Ottawa Charter of Health Promotion* (Gouvernement du Canada, 2017) et, par conséquent, mettent de l'avant cinq buts pour la promotion de la santé : établir une politique publique saine; créer des milieux favorables; renforcer l'action communautaire; développer les aptitudes personnelles; et réorienter les services de santé.

Les NSPHS (Nova Scotia Public Health, 2011) soulignent le besoin de cibler des populations prioritaires, sans spécifier exactement de quelles populations prioritaires il s'agit. Par contre, on fait mention d'iniquités de santé qui touchent particulièrement certaines populations, comme les membres des Premières Nations.

Les NSPHS (Nova Scotia Public Health, 2011) n'ont pas été mis à jour depuis l'édition 2011-2016; ils sont cependant encore accessibles sur le site Web du gouvernement. Il n'est pas clair s'ils sont encore utilisés pour guider les actions en santé publique.

Ressources consacrées à la santé publique

La proportion du budget du DHW consacrée à la santé publique est relativement stable depuis 2017 et représente actuellement 1,23 % (59 M\$ sur 4,8 G\$). Cela correspond à un budget de 61 \$ per capita.

En 2018, selon l'ICIS, il y avait 6 médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive en Nouvelle-Écosse. Cela correspondait à un taux de 0,6 médecin de santé publique pour 100 000 habitants.

Ontario

Les informations et les données présentées ci-après concernant l'organisation du système de santé publique en Ontario émanent principalement des travaux publiés par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Smith, Allin, Rosella, Luu, Thomas, Li et Pinto, 2021b).

Fonctions et définitions de la santé publique

La santé publique en Ontario est régie principalement par le *Health Protection and Promotion Act* (HPPA). La section 5 du HPPA spécifie que les programmes et services de santé publique incluent : la salubrité publique ainsi que la prévention et l'élimination des risques à la santé; l'approvisionnement en eau potable; le contrôle des maladies infectieuses, y compris la vaccination; la promotion de la santé, la protection de la santé et la prévention des maladies et des accidents; la santé familiale; de même que la collecte et l'analyse des données épidémiologiques.

Structure administrative formelle et principaux acteurs des services de santé publique

En Ontario, la santé publique est principalement la responsabilité des Boards of Health (BOH) (34 entités géographiques). Dans chacune de ces 34 entités, des unités de santé publique (**Public Health Units**) se répartissent géographiquement la tâche de fournir les services directs à la population.

À l'échelle provinciale, le ministère de la Santé (**Ministry of Health**, ou MoH) a pour fonction d'élaborer et de mettre en œuvre le cadre législatif, réglementaire et normatif auquel les BOH doivent se soumettre. Le MoH établit des cibles, conformément aux Ontario Public Health Standards (OPHS) (Minister of Health and Long-Term Care, 2021), et fait des audits des BOH pour s'assurer qu'ils observent les normes des OPHS et qu'ils prennent en charge les besoins de santé publique locaux. En 2020, l'Ontario a délégué la responsabilité de la coordination et de la supervision de la distribution des services de santé à une nouvelle agence, **Ontario Health**. Cependant, les services de santé publique ne sont pas inclus dans le mandat de cette nouvelle agence (Ontario Health, 2020).

Au MoH, la plus haute autorité de santé publique est le **Chief Medical Officer of Health** (CMOH), l'équivalent du directeur national de santé publique du Québec. Il se rapporte au Deputy Minister of Health. Le bureau du CMOH détermine les besoins en santé publique, propose des initiatives et des stratégies de santé publique, et évalue les programmes publics mis en œuvre par les BOH. Le rôle et les pouvoirs du CMOH sont définis dans le *Health Protection and Promotion Act* (HPPA) de 1990. On y spécifie que le CMOH a l'autorité de communiquer publiquement de façon indépendante du MoH et que son rôle est principalement de conseiller le ministre. De plus, contrairement au Québec, le CMOH n'a pas les responsabilités de gestion usuelles d'un fonctionnaire de rang élevé, sauf en cas d'urgence où il a l'autorité d'ordonner aux BOH de mettre en œuvre des mesures de santé publique particulières. En situation d'urgence, le CMOH est responsable de s'assurer de la mise en place des mesures appropriées. Le CMOH a l'autorité législative de communiquer publiquement sur tous les enjeux de santé publique qu'il juge appropriés, indépendamment du ministre.

Dans cette province, **Public Health Ontario** a le mandat « de fournir des avis scientifiques et techniques et d'appuyer des clients travaillant au gouvernement, en santé publique, dans les organisations de santé, et dans des secteurs reliés » (Smith et al., 2021b, p. 4). Public Health Ontario est comparable à l'INSPQ puisque cette agence appuie le ministère de la Santé dans toutes les fonctions de santé publique : gestion des épidémies, promotion de la santé, prévention des

maladies chroniques, préparation aux situations d'urgence, santé environnementale et santé au travail, prévention des accidents, maladies infectieuses ainsi que microbiologie. Public Health Ontario est notamment responsable d'effectuer les tests de laboratoire pour les unités sanitaires, les hôpitaux et les médecins. Public Health Ontario est gouverné par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par le lieutenant-gouverneur. L'agence doit rendre des comptes au MoH au moyen d'un protocole d'entente (*Memorandum of Understanding*, ou MOU) et d'un accord de financement.

Les **Boards of Health** sont responsables de superviser et de gérer l'exécution des programmes et des services de santé publique. Chaque BOH est constitué d'une entité de gouvernance (conseil), qui supervise les opérations, ainsi que d'une unité de santé publique (Public Health Unit, ou PHU), qui gère et fournit les programmes et services. Les BOH sont dirigés par des Medical Officers of Health (MOH), qui sont parfois assistés par des PDG. Il y a 34 BOH, dont 24 sont des corporations autonomes, les 10 autres étant intégrés aux administrations municipales ou régionales. Cette différence n'est pas anodine, puisqu'elle influence la composition du conseil ainsi que le financement et la mise en œuvre des mesures de santé publique. Par exemple, lors de la pandémie de la COVID-19, certains MOH ont obligé le port du masque par leur propre autorité, alors que d'autres ont évoqué des lois municipales ou provinciales pour le faire.

Le **Medical Officer of Health** est responsable de la direction des programmes et des services de santé publique du PHU. Il se rapporte au conseil du BOH.

Chaque BOH est composé d'une **Public Health Unit**, mais les PHU peuvent avoir plusieurs points de service. Le personnel des PHU inclut des travailleurs de première ligne comme des infirmières et des spécialistes de santé publique (inspection, épidémiologie...). Ces travailleurs fournissent des services en promotion de la santé, en prévention et contrôle des maladies infectieuses (dont le dépistage et la vaccination) ainsi qu'en éducation à la santé dans les écoles. Contrairement au Québec, l'inspection des restaurants est la responsabilité des PHU.

Vision et priorités pour la santé publique

Les exigences en matière de services minimaux qui doivent être offerts par les BOH sont décrites dans les *Ontario Public Health Standards* (OPHS) (Minister of Health and Long-Term Care, 2021). Ceux-ci ont été révisés en 2018 et spécifient les objectifs suivants pour la santé publique :

- Augmenter l'utilisation des connaissances et de l'expertise en santé publique dans la planification et la distribution de programmes et de services dans un système intégré de santé;
- Réduire les iniquités de santé;
- Augmenter l'utilisation des données probantes dans les pratiques de santé publique;
- Améliorer les comportements, les communautés et les politiques qui contribuent à la santé et au bien-être;
- Améliorer la croissance et le développement des nourrissons, des enfants et des adolescents;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies infectieuses et aux maladies chroniques prévalentes;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par vaccination;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux risques associés à la nourriture, à l'eau et à l'environnement;
- Réduire l'impact de situations d'urgence sur la santé.

Ressources consacrées à la santé publique

La proportion du budget du MoH consacrée à la santé publique est relativement stable depuis plusieurs années à environ 2,4 % (1,3 G\$ sur 54 G\$). Dans la dernière année, à cause de la COVID-19, ce budget a été augmenté à 5,8 % du budget du MoH (3,3 G\$ sur 57,5 G\$). En 2019-2020, le budget de santé publique de l'Ontario correspondait à 88 \$ per capita. Il faut toutefois prendre en considération que ce budget inclut l'inspection des restaurants, alors qu'au Québec cette responsabilité n'incombe pas à la santé publique.

Ce budget finance l'ensemble des programmes obligatoires de santé publique. Cependant, un budget additionnel est fourni par les municipalités, qui cofinancent avec le Ministère une proportion substantielle des coûts des programmes et des services non essentiels.

En 2018, selon l'ICIS, il y avait 131 médecins spécialistes en santé publique et en médecine préventive en Ontario. Cela correspondait à un taux de 0,9 médecin de santé publique pour 100 000 habitants.

Alberta

Les informations et les données présentées ci-après concernant l'organisation du système de santé publique en Alberta émanent principalement des travaux publiés par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Smith, Allin, Jarvis, Li, Thomas, Pinto, 2021c).

Fonctions et définitions de la santé publique

En Alberta, la santé publique est régie par le *Public Health Act* (PHA), qui entre autres définit les pouvoirs et responsabilités du ministre, du Chief Medical Officer et de l'autorité régionale de santé. La loi spécifie aussi les protocoles à utiliser en cas d'épidémies, y compris l'isolement et la quarantaine.

De plus, le *Regional Health Authorities Act* confère à Alberta Health Services (AHS) et aux autorités régionales la responsabilité de la production des services de santé, y compris la santé publique.

Les programmes et services de santé publique en Alberta incluent : le dépistage du cancer, la préparation aux situations d'urgence, la santé environnementale (y compris la salubrité de l'eau et l'inspection agroalimentaire), la santé des enfants et des familles, la promotion des habitudes de vie saines, la vaccination, la santé des autochtones, la prévention et le contrôle des infections, la prévention des accidents, la santé mentale et les services destinés aux gens avec des dépendances, la santé buccale, les services postnataux, la santé reproductive et sexuelle, la réduction du tabagisme ainsi que la santé des personnes qui voyagent.

Structure administrative formelle et principaux acteurs des services de santé publique

À l'échelle provinciale, le ministère de la Santé (**Alberta Health**) est responsable de la planification stratégique, de l'élaboration des politiques et des cadres législatif, réglementaire et normatif. Alberta Health gère le régime public d'assurance (Alberta Health Care Insurance Plan). De plus, le Ministère alloue les ressources et surveille la performance du système de santé.

Au sein de Alberta Health, le Office of the **Chief Medical Officer of Health** (CMOH) est responsable de la protection de la santé publique et de la promotion du bien-être. Le CMOH fournit son expertise à AHS sur la santé des populations, la surveillance de la santé et le contrôle des maladies infectieuses. Le CMOH se rapporte au sous-ministre. Le CMOH a les responsabilités de gestion d'un fonctionnaire de rang élevé, sans l'autorité de communiquer directement avec le public (comme en Nouvelle-Écosse et au Québec, mais contrairement à l'Ontario). Selon le *Public Health Act* albertain, le CMOH en Alberta a le pouvoir de diriger et de surveiller les médecins-hygiénistes (medical officers) locaux et régionaux (Fafard, McNena, Susek et Hoffman, 2018).

Les services de santé, y compris les services de santé publique, sont gérés par **Alberta Health Services** (AHS). AHS emploie un **Senior Medical Officer of Health** (Senior MOH), qui est le gestionnaire provincial de la santé publique. AHS est divisé en cinq zones administratives. Chaque zone a son **Zone Lead Medical Officer of Health** (Zone Lead MOH), qui se rapporte au Senior MOH. De plus, les Zone Lead MOH emploient aussi des **Program-Specific MOH** (de deux à six Program-Specific MOH par zone).

À l'échelle locale, les services sont offerts principalement par des infirmières, des nutritionnistes et des inspecteurs sanitaires qui travaillent dans des centres de santé publique (**public health centres**) et des centres de santé communautaire (**community health centres**), qui sont des points de service de AHS.

Vision et priorités pour la santé publique

En Alberta, la provision de services de santé publique est intégrée à la provision de services de santé (dans AHS) et il ne semble pas exister de planification propre à la santé publique.

Le *Health Plan & Business Plan* (2017-2020) publié par AHS met de l'avant quatre buts organisationnels : améliorer l'expérience des patients et des familles; améliorer les résultats de santé des patients et de la population; améliorer l'expérience et la sécurité du personnel du système de santé; et améliorer la santé financière et l'efficacité des services (Alberta Health Services, 2019). Les objectifs propres à la santé publique sont inclus dans ces objectifs, notamment réduire la mortalité périnatale dans les communautés autochtones et améliorer les taux d'immunisation chez les enfants. De plus, des indicateurs de performance liés à la santé mentale, à la vaccination, à l'espérance de vie et au taux de dépistage du cancer sont utilisés par le Ministère pour surveiller la performance du système.

Ressources consacrées à la santé publique

La proportion du budget de Alberta Health consacrée à la santé publique est relativement stable depuis plusieurs années à environ 3 % (676 M\$ sur 22,4 G\$). Dans la dernière année, à cause de la COVID-19, ce budget a presque doublé à 5,2 % du budget de Alberta Health (1,18 G\$ sur 22,7 G\$). En 2019-2020, le budget de santé publique en Alberta correspondait à 152 \$ per capita. Il faut toutefois prendre en considération que ce budget inclut l'inspection des restaurants, alors qu'au Québec cette responsabilité n'incombe pas à la santé publique.

En 2018, selon l'ICIS, il y avait 39 médecins spécialistes en santé publique et en médecine préventive en Alberta. Cela correspondait à un taux de 0,9 médecin de santé publique pour 100 000 habitants.

Colombie-Britannique

Les informations et les données présentées ci-après concernant l'organisation du système de santé publique en Colombie-Britannique émanent principalement des travaux publiés par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Smith, Allin, Jarvis, Thomas, Rodrigues, Luu, Li, Rosella et Pinto, 2021d).

Fonctions et définitions de la santé publique

En Colombie-Britannique, la santé publique est régie par le *Public Health Act* (PHA). Cette loi ne fournit pas de définition particulière de la santé publique, mais dans un rapport de 2019 du Provincial Health Officer, la santé publique est définie comme :

une activité organisée de la société pour promouvoir, protéger, améliorer et, lorsque nécessaire, rétablir, la santé des individus de groupes spécifiques ou de la population générale. La santé publique est constituée d'un ensemble de science, d'habiletés, de compétences et de valeurs qui agissent à travers des activités sociales comportant des programmes, des services et des institutions dont le but est de protéger et d'améliorer la santé de tous (Smith et al., 2021d, p. 11).

En Colombie-Britannique, la santé publique est responsable de la santé environnementale, y compris la salubrité de l'eau et l'inspection agroalimentaire.

Structure administrative formelle et principaux acteurs des services de santé publique

À l'échelle provinciale, le **Ministry of Health** « a la responsabilité générale de s'assurer que tous les habitants de la province reçoivent des soins et des services de qualité, pertinents, au moment opportun, et coûts-efficace » (Smith et al., 2021d, p. 3). Son rôle en est un de gérance (stewardship), c'est-à-dire qu'il est responsable de « définir les grandes politiques, élaborer le cadre législatif et réglementaire qui guide la fourniture de services, et planifier la main-d'œuvre et les infrastructures » (Smith et al., 2021d, p. 3). De plus, le Ministère gère le régime public d'assurance. Selon le PHA, le ministre est ultimement responsable de la santé de la population et a l'autorité d'établir les directives de santé publique et les normes applicables.

Au sein du Ministère, deux divisions s'occupent de la santé publique : le Office of the **Provincial Health Officer** (PHO) et la **Population and Public Health Division** (PPH Division). Le PHO se rapporte directement au sous-ministre. Comme en Ontario, son rôle est principalement consultatif et il a l'autorité de communiquer avec la population de façon indépendante du ministre. Toujours comme en Ontario, le PHO n'a pas les responsabilités administratives usuelles d'un fonctionnaire de rang élevé. Ses responsabilités sont de :

surveiller la santé de la population, faire des recommandations sur des actions pour améliorer la santé et le bien-être, faire des recommandations indépendantes au ministre de la Santé et à d'autres autorités gouvernementales sur des enjeux de santé publique, et établir des normes de pratique pour les Medical Health Officers (Smith et al., 2021d, p. 3).

En Colombie-Britannique, la **Provincial Health Services Authority** (PHSA) a l'autorité d'appuyer et de coordonner le développement des services de santé selon une structure par programmes. La PHSA comporte dix agences spécialisées : BC Cancer Agency; BC Center for Disease Control;

BC Children's Hospital and Sunny Hill Health Centre for Children; BC Emergency Health Services; BC Mental Health and Addiction Services; BC Renal Agency; BC Transplant; BC Women's Hospital & Health Centre; Cardiac Services BC; and Perinatal Services BC. Il s'agit donc d'une structure par programmes. Chaque agence spécialisée est responsable de la planification, de la coordination et de la distribution de soins ou de services spécialisés (Provincial Health Services Authority, 2021).

Le **BC Center for Disease Control** (BCCDC) est responsable de la surveillance, de la détection, de la prévention, du diagnostic et du traitement des individus affligés de maladies significatives du point de vue de la santé publique. Le BCCDC est l'organisation principale responsable « de la surveillance et de l'évaluation des déterminants de la santé et de la prévalence, de l'incidence et de la distribution des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, des accidents évitables » et, en général, du suivi de la santé et du bien-être de la population (Smith et al., 2021d).

À l'échelle régionale, cinq autorités (**Regional Health Authorities**, ou RHA) sont responsables de la livraison de tous les services de santé dans leur région, y compris les services de santé publique. La structure régionale de santé publique à l'intérieur des RHA varie d'une région à l'autre. Cependant, chaque RHA a son **Chief Medical Officer of Health** (CMOH), qui supervise plusieurs **Program-Specific Medical Officers of Health** (MOH), comme en Alberta. Le CMOH se rapporte au Provincial Health Officer.

À l'échelle locale, puisque la structure régionale de santé publique varie d'une région à l'autre, l'organisation des services varie aussi. Il y a plusieurs centres de services.

Vision et priorités pour la santé publique

Un rapport publié en 2013 et mis à jour en 2017 intitulé *Promote, Protect, Prevent : Our Health Begins Here. BC's Guiding Framework for Public Health* (British Columbia Ministry of Health, 2013) clarifie la vision provinciale de la santé publique et met de l'avant sept objectifs.

Leur vision de la santé publique est la suivante : La promotion de communautés vibrantes dans lesquelles tous peuvent atteindre leur meilleur état de santé et de bien-être possible où ils vivent, travaillent, apprennent et jouent (British Columbia Ministry of Health, 2013).

Les objectifs poursuivis sont :

- **Healthy Living and Health Communities** : santé des enfants; création d'environnements promoteurs de santé; et mise en place de politiques et de programmes pour protéger la santé au travail.
- **Maternal, Child and Family Health** : amélioration des soins destinés aux mères; développement physique, social et émotionnel des nourrissons, des enfants et des adolescents; et amélioration de l'accessibilité aux services de santé publique pour les femmes en milieux ruraux et éloignés, y compris les communautés autochtones.
- **Positive Mental Health and Prevention of Substance Harm** : promotion de la santé mentale dans tous les milieux; action sur les facteurs de risque de santé mentale, sociaux, environnementaux et individuels; et promotion d'une culture de modération en ce qui a trait à la consommation d'alcool.
- **Communicable Disease Prevention** : réduction de la transmission de maladies; et amélioration du dépistage, de la détection et de la réponse rapide aux épidémies.
- **Injury Prevention** : sensibilisation aux risques d'accident; réduction des chutes chez les personnes âgées; et prévention des accidents chez les enfants.
- **Environmental Health** : amélioration de la sécurité en matière d'eau potable; réduction des intoxications alimentaires; et promotion de la santé environnementale.

- Public Health Emergency Management : surveillance et analyse des risques à la santé et à la vulnérabilité; minimisation des urgences grâce à la réduction des risques et aux mesures préventives comme l'immunisation; préparation pour les situations d'urgence et de crise en mettant en place des plans de coordination à des situations de crise qui incorporent des rôles pour la santé publique; et planification de la récupération à la suite d'une crise.

Ressources consacrées à la santé publique

La proportion des dépenses du Ministry of Health consacrée à la santé publique diminue progressivement depuis plusieurs années, passant de 4,2 % en 2011-2012 à 3,4 % en 2018-2019 (586 M\$ sur 17 G\$). En 2018-2019, le budget de santé publique en Colombie-Britannique correspondait à 116 \$ per capita. Il faut toutefois prendre en considération que ce budget inclut la salubrité de l'eau et l'inspection agroalimentaire, alors qu'au Québec cette responsabilité n'incombe pas à la santé publique. Ces dépenses n'incluent pas les dépenses liées au fonctionnement du Ministère lui-même (par exemple, le bureau du PHO) ni les dépenses que d'autres ministères pourraient faire relativement à la santé publique.

En 2018, il y avait 67 médecins spécialistes en santé publique et en médecine préventive. Cela correspondait à un taux de 1,3 médecin de santé publique pour 100 000 habitants.

Tableau récapitulatif

	Québec	Nouvelle-Écosse	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique
Plus haute autorité provinciale en santé publique	Directeur national de santé publique	Chief Medical Officer of Health	Chief Medical Officer of Health	Chief Medical Officer of Health	Provincial Health Officer
Indépendance par rapport au ministre ¹	Fonctionnaire de rang élevé sous l'autorité du ministre	Fonctionnaire de rang élevé sous l'autorité du ministre	Conseiller indépendant	Fonctionnaire de rang élevé sous l'autorité du ministre	Conseiller indépendant
Autorité administrative sur les services de santé publique	MSSS + 18 DRSP Système déconcentré	NSH + 4 zones Système délégué	34 BOH Système décentralisé	AHS + 5 zones Système délégué	5 zones Système décentralisé
Gamme de services	Pas d'inspection eau + agroalimentaire	Pas d'inspection eau + agroalimentaire	Inspection eau + restaurants	Inspection eau + agroalimentaire	Inspection eau + agroalimentaire
Proportion du budget de la santé allouée à la santé publique (en %)	0,8 ²	1,2	2,4	3	3,4
Budget per capita (en \$)	41 ³	61	88	152	116
Médecins par 100 000 habitants	2,4	0,6	0,9	0,9	1,3

1. Fafard et al., 2018.

2. Les médecins québécois sont payés directement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après «RAMQ»). Il n'est pas clair si cette dépense est incluse dans les coûts de la santé publique. Si l'on assume que non et qu'on ajoute leurs revenus de 25,2 M\$ en 2019 (RAMQ, 2019), ce pourcentage passe de 0,8 % à 0,9 %. En incluant le budget que consacrent les ministères de l'Agriculture et de l'Environnement à la protection de la santé liée à la salubrité des aliments et de l'eau, 93 M\$ en 2019 (Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, 2020; Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, 2020), ce pourcentage passe à 1 %.

À noter qu'il ne s'agit pas ici d'une analyse comptable fine, mais plutôt d'estimations sommaires pour des réflexions préliminaires. Les structures comptables de chaque province sont très hétérogènes, ce qui diminue la comparabilité des chiffres présentés pour la proportion du budget de la santé allouée à la santé publique et pour le budget per capita.

3. *Idem* : le budget per capita passerait à 44 \$ en incluant la rémunération des médecins. En ajoutant la salubrité des aliments et l'eau, le budget per capita passerait à 55 \$.

II – RÉFLEXIONS

1. La gouvernance de la santé publique

Plusieurs travaux actuels dans le domaine de la gouvernance favorisent une approche collaborative ou participative pour mieux répondre à de grands défis de société (Ansell, Doberstein, Henderson, Siddiki et Hart, 2020). Ces grands défis de société, dont celui de protéger et d'assurer la santé et le bien-être de la population, nécessitent la mobilisation d'un ensemble d'individus et d'organisations. En fait, les acteurs de la gouvernance en santé publique sont nombreux, d'où l'importance accordée aux interventions dites intersectorielles pour favoriser la santé d'une population. Il y a le gouvernement, la bureaucratie, les organisations du réseau de la santé et des services sociaux, les organisations de la santé publique, les acteurs et les organisations de la société civile et de l'économie sociale, les gouvernements nationaux et municipaux, les organisations à vocation économique et les entreprises. La gouvernance pour améliorer la santé et le bien-être de la population mobilise donc un vaste réseau d'acteurs et d'organisations qui ne sont pas regroupés sous une seule autorité. Il y a une préoccupation croissante en matière de gouvernance pour établir un équilibre entre un modèle participatif et une responsabilisation d'acteurs et d'organisations favorable à une atteinte des objectifs poursuivis (Emerson et Nabatchi, 2015). Le rôle d'un gouvernement et de ses différentes agences est donc de formuler des politiques ambitieuses et novatrices pour favoriser la santé et le bien-être de la population tout en assurant une participation forte d'un ensemble de parties prenantes et de groupes concernés qui ne seront pas nécessairement alignés sur les priorités ou les préférences du gouvernement en place. Ces considérations doivent être prises en compte lorsqu'il s'agit d'apprécier les modèles d'organisation et de gouvernance de la santé publique entre autres en matière de centralisation et de décentralisation de la prise de décision.

Carlson, Chilton, Corso et Beitsch (2015) proposent qu'une gouvernance de la santé publique performante doit permettre la réalisation de six fonctions :

- Une première fonction se trouve dans le design et la formulation des politiques favorables à la santé et au bien-être de la population. Une gouvernance de santé publique performante assure une offre suffisante de politiques avant-gardistes qui correspondent aux connaissances actuelles sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et du bien-être d'une population et sur l'efficacité des politiques et des interventions.
- Une deuxième fonction de la gouvernance de la santé publique renvoie aux mesures législatives et réglementaires qui sont prises par un gouvernement (national, régional et municipal, selon le cas) pour appuyer l'atteinte d'objectifs favorables à la santé et au bien-être. L'imposition de politiques par des instruments coercitifs ou incitatifs comme les politiques sur le tabagisme ou en matière de protection de l'environnement fait partie d'une responsabilité fondamentale de la gouvernance en santé publique.
- En troisième lieu, la gouvernance de la santé publique doit pouvoir compter sur une valorisation indépendante de l'expertise et des connaissances, entre autres pour soutenir la conception et l'évaluation des politiques publiques. Très concrètement, cela suppose que des comités ou des agences de santé publique sont en mesure de fournir une information indépendante, continue et transparente de manière à maximiser le développement et l'efficacité des décisions et des politiques en matière de santé publique. Un gouvernement doit être réceptif à une telle indépendance et à la mobilisation de telles informations ou données pour sa prise de décisions.

- Quatrièmement, cela suppose que le pilotage des politiques bénéficie aussi de canaux efficaces de mobilisation de différentes parties prenantes et de groupes concernés pour que les politiques favorables à la santé et au bien-être soient bien adaptées à différents contextes sociaux et culturels. La notion d'anticipation ou de rétroaction dans le design des politiques reconnaît l'importance d'une telle mobilisation (Blanchet, N.J. et Fox, 2013).
- En cinquième lieu, la gouvernance de la santé publique doit permettre de protéger et de développer les ressources en santé publique, y compris les ressources d'adaptation à des contextes extrêmes comme une pandémie. Cela suppose une anticipation des situations et une planification des ressources en conséquence.
- Enfin, en sixième lieu, la gouvernance de la santé publique doit permettre la réalisation d'une prospective sur l'innovation dans les politiques et les interventions favorables à la santé et au bien-être. Elle assure ainsi une fonction de veille et de création d'options novatrices pour maximiser l'efficacité et la faisabilité des politiques favorables à la santé et au bien-être.

Ces différentes fonctions de la gouvernance en santé publique nous mènent à l'identification de certains enjeux entourant le développement et le positionnement de la santé publique au Québec. Nous soulevons aussi certaines hypothèses à prendre en considération liées à la structuration et aux activités de la santé publique pour expliquer la réponse des différentes provinces à la COVID-19.

2. La position et le rôle du CMOH

Comme discuté dans les textes de Fafard et al. (2018) et Chen (2020), les rôles et l'indépendance des CMOH (ou de leur équivalent, par exemple directeur national de santé publique au Québec et Provincial Health Officer en Colombie-Britannique) varient d'une province à l'autre. En matière de rôle, Fafard et al. (2018) observent cinq modèles possibles du CMOH. Le premier est « *Loyal Executive* », où le CMOH joue le rôle typique d'un fonctionnaire de rang élevé qui consiste, selon Fafard et al. (2018), à « supporting and advising the Minister of Health and the government more broadly, and designing and delivering the government's public health functions » (p. 588). Dans ce modèle, le CMOH n'a pas l'indépendance de communiquer directement avec le public; il fait partie de la fonction publique et, comme tous les autres technocrates, il est sous la gouverne du ministre. Le deuxième modèle est « *Everyone's Expert* », où le CMOH a le même rôle-conseil que dans le modèle précédent, mais sans ses responsabilités de gestion (Fafard et al., 2018, p. 588). De plus, dans ce modèle, le CMOH a l'indépendance de communiquer directement avec la population. Le troisième modèle est celui du « *Technical Officer* », où le CMOH n'est pas un conseiller principal et n'a pas l'autorité de communiquer de façon indépendante avec la population (Fafard et al., 2018, p. 588). Son rôle est de donner des avis techniques. Le quatrième modèle est « *Private Advisor* », où le rôle du CMOH est de donner un avis confidentiel au ministre de la Santé ou au gouvernement dans une perspective plus globale. Son rôle est donc de conseiller de façon privée, et ses avis ne sont pas rendus publics (Fafard et al., 2018, p. 588). Le cinquième rôle est en fait à l'extrême opposé de celui-là. En effet, le « *Public Advocate* » est complètement indépendant du Ministère et son rôle est comparable à celui du vérificateur général, c'est-à-dire de faire des rapports indépendants au Parlement (Fafard et al., 2018, p. 588).

Les deux derniers modèles existent dans d'autres pays, mais pas au Canada (Fafard et al., 2018). Selon Fafard et al. (2018), les CMOH en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse sont du type « *Loyal Executive* » (p. 588). La création en 2008 en Alberta d'une structure de gouverne distincte du ministère de la Santé (Alberta Health Services) pour gérer le système de santé dans cette province ne semble pas avoir eu d'effet sur l'autonomie ou l'indépendance du CMOH. Les CMOH

sont du type «*Everyone's Expert*» en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario et au fédéral (Fafard et al., 2018, p. 588). Finalement, ils sont du type «*Technical Officer*» en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador (Fafard et al., 2018, p. 588).

On peut certainement s'attendre à ce que le type de rôle du CMOH, ses fonctions et son niveau d'autonomie aient eu une incidence dans la réponse à la COVID-19. Entre autres, selon le rôle du CMOH, l'interférence du politique dans le processus de communication et le choix de stratégies pourraient être différents. Cependant, il n'y a pas beaucoup de données probantes sur le lien entre le rôle du CMOH et la réponse à la COVID. L'étude descriptive réalisée par Chen en août 2020 (Chen, 2020) suggère certaines pistes. Selon lui, les CMOH ont répondu de façon plus rapide et décisive⁴ lorsqu'ils avaient un rôle de conseil (modèles «*Loyal Executive*» et «*Everyone's Expert*», par opposition au modèle «*Technical Officer*») (Chen, 2020). De même, lorsqu'ils avaient plus d'autonomie, comme en Colombie-Britannique, «the high level of autonomy granted to the BC CMOH may be the source of its strong advisory capacity» (Chen, 2020, p. 21). Finalement, selon Chen (2020), lorsque le CMOH a un rôle direct dans la gestion de la réponse en santé publique, il semble avoir agi plus rapidement. De plus, des caractéristiques individuelles des CMOH ont probablement aussi joué sur la réponse. Entre autres, une des variables soulevées par Chen (2020) est le nombre d'années en poste du CMOH; apparemment que plus le CMOH a de l'expérience en poste, plus il a agi rapidement.

On peut se poser la question suivante : au Québec, la réponse à la COVID-19 aurait-elle été différente si la position structurelle du directeur national de santé publique avait été différente, c'est-à-dire s'il n'avait pas été dans le rôle d'un fonctionnaire de rang élevé ou sous-ministre? Il importe de mieux comprendre les liens entre la position structurelle du CMOH et la légitimité et la crédibilité que l'on confère à la personne qui occupe ce poste ou à cette fonction. De plus, les critères et les processus de recrutement en vigueur pour occuper un tel poste peuvent intervenir dans la capacité à sélectionner des scientifiques ayant une forte réputation dans le domaine.

Un enjeu lié à la question du rôle du CMOH est celui de sa crédibilité scientifique et de sa réputation. Comme le souligne le rapport Naylor de 2003, qui a examiné la réponse des structures de santé publique canadiennes à l'épidémie de SRAS, l'expérience internationale montre l'importance que les agences de santé publique soient dirigées par une personne experte reconnue du domaine (Naylor et al., 2003). En effet, la crédibilité et la réputation de cette personne responsable contribueraient à l'efficacité de la réponse de la santé publique dans des situations de crise. Le rapport de l'expert adressé au politique est une question en soi et mérite des analyses plus poussées afin de concilier des exigences d'efficacité et de valorisation de l'expertise avec les contraintes de la décision politique.

3. Le rôle direct du Ministère dans la gestion des services de santé, y compris des services de santé publique

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a un rôle direct dans la gestion des services de santé, y compris des services de santé publique. Dans d'autres provinces, au contraire, on a créé des entités semi-autonomes (par exemple, Alberta Health Service, Nova Scotia Health et récemment Ontario Health Agency) à qui le Ministère délègue les responsabilités de gérer et de fournir les soins de santé. Dans ces provinces, le rôle du ministère de la Santé est d'établir des normes et de jouer un rôle de surveillance, mais pas de gérer. Un tel rôle de gouvernance serait

4. Comme mesuré par quatre variables dépendantes : vitesse à laquelle le CMOH a recommandé la fermeture des commerces non essentiels; vitesse à laquelle il a recommandé de restreindre les voyages non essentiels; vitesse à laquelle il a recommandé l'imposition d'une quarantaine au retour de voyages; et vitesse à laquelle il a recommandé des limites à la taille des regroupements permis.

une façon de chercher à dépolitiser la gestion du système de santé en l'éloignant de l'appareil technocratique et politique. Bien évidemment, cela va toutefois dépendre concrètement de la propension ou non d'un gouvernement élu à intervenir directement dans les sphères de responsabilité des entités dites semi-autonomes.

Ce point a été souligné dans le rapport Naylor :

Embedding public health functions inside the usual bureaucracy may enhance the crosswalk to other health activities, but tends to blur the professional career path for those with special training in the relevant disciplines, impede the agility of responses to public health emergencies, and augment the politicization of inter-jurisdictional activity. A distinct agency can still be held to account through a variety of mechanisms, and its credibility, for better or worse, is enhanced by its distance from the usual machinery of government (Naylor et al., 2003, p. 65).

On peut se demander si, dans les provinces où de telles entités sont un peu plus à distance du politique, tout au moins structurellement, la réponse à la COVID-19 a été davantage fondée sur la science et les données probantes et moins sur des considérations politiques. La difficulté à valoriser une réponse adaptée à la pandémie en Alberta suggère que l'autonomie structurelle partielle n'est pas une condition suffisante pour assurer l'influence de l'expertise en santé publique dans les décisions prises par un gouvernement pour répondre à la pandémie. La relation entre structure ou modèle de gouvernance et la réponse apportée à la pandémie dans un territoire donné mérite une analyse plus approfondie. Au Québec, la réponse à la COVID-19 aurait-elle été différente si la gestion du système de santé avait été sous la gouverne d'une entité semi-autonome et moins sujette à l'influence politique directe? Cette question doit aussi être mise en relation avec la situation qui prévaut dans un territoire en entrée de crise (Capano, Howlett, Jarvis, Ramesh et Goyal, 2020), ce qui renvoie donc à l'importance accordée au développement des capacités des politiques comme déterminant de la réponse apportée par un gouvernement ou des autorités sanitaires à la pandémie (Wu, Ramesh et Howlett, 2015; Capano et al., 2020).

4. Le niveau de décentralisation de la provision des services en santé publique

Au Québec, la plupart des décisions sur les mesures à prendre en santé publique en réponse à la COVID sont prises de façon centralisée. Il existe des directions régionales de santé publique, mais celles-ci sont sur le plan structurel comme des «succursales» du Ministère plutôt que des entités autonomes. On parle donc d'un système déconcentré plutôt que d'un système décentralisé.

On peut se demander si la réponse à la COVID aurait été différente dans des systèmes où les décisions sont prises de manière plus décentralisée. Par exemple, en Ontario, il existe 34 Boards of Health locaux; en Nouvelle-Écosse, il existe 37 Community Health Boards qui appuient le Nova Scotia Health Authority en formulant des recommandations qui reflètent les réalités de leurs populations locales. La portée de ces structures décentralisées et leur influence sur la prise de décisions et sur les politiques sont une question empirique, mais retenons pour le moment l'importance d'assurer une influence réciproque entre les différents niveaux d'intervention en santé publique. Un groupe de réflexion sur l'avenir de la santé publique au Québec mis sur pied dans le contexte de la pandémie souligne ceci :

La pandémie a montré la lourdeur d'une gouvernance centralisée et l'affaiblissement de la santé publique qui, suite aux réformes de 2015 au Québec, a fait l'objet d'importantes coupes budgétaires [...] et s'est retrouvée noyée dans des structures inadaptées à prioriser l'action auprès des grands déterminants de la santé. [...] La dotation de ressources suffisantes à la santé publique et leur réintégration sur une base régionale s'impose, car la gouverne

de la santé publique est une affaire d'équilibre entre l'action du gouvernement central et l'action régionale, au plus près des citoyens (Denis, Potvin, Rochon, Fournier et Gauvin, 2020, p. 912-920).

Au Québec, la réponse à la COVID-19 aurait-elle été différente si elle avait été formulée par des instances régionales bénéficiant d'une plus grande autonomie? Le peu d'informations publiques sur les processus décisionnels menant aux décisions prises dans le contexte de la pandémie au Québec limite la capacité à se prononcer sur ce point. Il importe aussi de souligner que les situations de crise posent des défis particuliers lorsqu'il s'agit de réconcilier le besoin de prendre des décisions nombreuses et rapides sous pression avec l'importance d'une approche plus inclusive de gouvernance (Parker, Nohrstedt, Baird, Hermansson, Rubin et Baekkeskov, 2020).

5. Les priorités en santé publique

La santé publique a, au fil des années, évolué d'un regard étroit sur les maladies infectieuses à une vision plus large vers les maladies chroniques et vers d'autres déterminants de la santé depuis les années 1970. Plusieurs rapports, y compris le rapport Naylor de 2003 (Naylor et al., 2003) et le rapport *La santé publique du XXI^e siècle* de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (Bastien et al., 2021), soulignent l'importance d'une vision large de la santé publique et d'une approche intersectorielle dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Même s'il y a consensus sur le besoin d'une telle vision large de la santé publique, il est aussi clair depuis plusieurs années qu'une grande partie des enjeux sanitaires futurs seront aussi des enjeux liés aux maladies infectieuses. Les systèmes de santé publique doivent renforcer leur expertise et leur capacité d'action sur les maladies infectieuses.

Dans cette optique, la question qui se pose est la suivante : jusqu'à quel point les systèmes de santé publique se sont-ils préparés à cette nouvelle émergence des maladies infectieuses et ont remis la prévention et le contrôle des maladies infectieuses dans leurs priorités?

Cette préparation inclut une préparation sur le plan systémique. On peut penser entre autres à la disponibilité d'équipements de protection individuelle et à la capacité de production de vaccins – une préoccupation de longue date au Canada (Beaulnes, 1981). Une analyse récente de la Banque mondiale dans le contexte de COVID-19 montre à quel point le Canada est maintenant absent de ce secteur, tant en matière de production des ingrédients entrant dans la fabrication des vaccins que dans la production des vaccins eux-mêmes. Cette préparation inclut aussi la disponibilité d'expertise dans ce domaine, y compris au sein des universités, ainsi que la formation technique du personnel, par exemple aux pratiques de prévention et de contrôle des infections.

Au Québec, le PNSP 2015-2025 désignait la prévention des maladies infectieuses comme une des cinq priorités de la santé publique. On ne sait pas si la mise de l'avant de cette priorité a entraîné des actions concrètes, de là l'importance de bien établir sur le plan de la gouvernance des mécanismes efficaces et appropriés de suivi et de contrôle des politiques, tant en matière de mise en œuvre que des résultats. Par ailleurs, la santé publique est un domaine large qui va au-delà du contrôle des maladies infectieuses et de la surveillance et qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de la santé d'une population (Denis et al., 2020). Les analyses de Blair, Warsame, Naik, Byrne, Parnia et Siddiqi (2021) montrent que les données rapportées au Canada pour appuyer la gestion de la pandémie tiennent peu ou insuffisamment compte de marqueurs sociaux traduisant l'impact différentiel de la pandémie sur différents groupes. Ainsi, même en se centrant sur les fonctions classiques de la santé publique en matière de contrôle des maladies infectieuses et de surveillance, il est important de bien comprendre comment des déterminants sociaux de la santé influencent la vulnérabilité en situation de pandémie et d'adopter une approche intersectorielle globale et intégrée.

6. La structuration et le rôle effectif de l'expertise-conseil en santé publique

Les systèmes de santé publique incluent généralement des organismes dont le rôle est de centraliser l'expertise-conseil qui soutient l'action en santé publique. Le rapport Naylor note ceci :

Australia, the UK, and the USA all have embedded a strong research and science component in their public health activities. [...] Canada needs more applied public health research and evaluation, more systematic reviews and public health practice guidelines, better training in the generation and interpretation of public health evidence, and better means of storing, maintaining and accessing the relevant knowledge for public health practice. [...] Any new agency must have a combination of in-house capacity alongside funding to contract out R&D functions to partners... (Naylor et al., 2003, p. 67).

Dans le même esprit que celui lié à l'importance de prioriser la préparation aux épidémies mentionnée au point précédent, le rapport Naylor souligne que ces agences d'expertise-conseil devraient à la fois avoir une grande expertise dans le domaine des maladies infectieuses et une vision plus large de la santé publique (Naylor et al., 2003).

L'exemple le plus connu est certainement le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américain. Au Canada, le BCCDC est aussi une organisation renommée et, comme mentionné précédemment, ses responsabilités sont vastes.

Au Québec, deux organisations jouent un rôle d'expertise : l'INSPQ et l'INESSS. La consultation des différents rapports et avis produits par ces deux agences dans le contexte de la pandémie souligne à quel point elles ont été mobilisées lors de la crise. Certaines DRSP, dont celle de Montréal, ont aussi produit des données différenciées sur la pandémie au sein de différents quartiers. L'expérience de la pandémie souligne l'importance d'apprécier les expertises et les capacités disponibles dans ces agences et dans l'ensemble du réseau de santé publique.

Le rapport entre les agences d'expertise (INSPQ et INESSS) et le politique est un véritable enjeu. La capacité de ces agences à fournir une information indépendante ou à promouvoir un débat sur les orientations à prendre est importante. Quelle est l'expertise et quelles sont les capacités dont disposent vraiment l'INSPQ et l'INESSS? Quel est le niveau d'autonomie dont disposent les agences d'expertise au Québec dans le choix de leurs objets d'études et dans la formulation de leurs recommandations? Jusqu'à quel point leurs activités, résultats de recherche et recommandations sont-ils dévoilés publiquement et font-ils l'objet d'un examen critique? Quelle a été leur influence réelle sur les décisions qui ont été prises dans la réponse à la COVID-19?

Ces questions sont actuellement posées dans de nombreux territoires de manière à déterminer les caractéristiques de structures ou de comités d'avis performants pour soutenir la prise de décision publique en contexte de pandémie (Greer, King, da Fonseca et Peralta-Santos, 2020; Hassenteufel, 2020; Rajan, Koch, Rohner, Bajnoczki, Socha, Voss, Nicod, Ridde et Koonin, 2020). Il s'agit là d'un enjeu d'autant plus important que la pandémie a favorisé dans plusieurs territoires une très grande confiance de la population envers les élus, leurs politiques et les institutions politiques (Merkley, Bridgman, Loewen, Owen, Ruths et Zhilin, 2020). Il importe de bien suivre ces changements afin de s'en inspirer pour promouvoir le meilleur usage de l'expertise et des données probantes dans la formulation des politiques.

7. La diversité du personnel de santé publique

La santé publique est un champ vaste et diversifié. En théorie, un éventail très large d'expertises (et donc de personnel) pourraient être mobilisées dans l'action. À cet égard, Askenazy, Aubry, Bergeron, et al. (2021) soulignent dans le cas de la France la contribution des sciences sociales et humaines à une compréhension des différents aspects de la crise sanitaire. En pratique, toutefois, il y a des différences importantes entre les provinces, au point où les différentes études comparatives des structures de santé publique ont souvent renoncé à faire l'inventaire du personnel en santé publique. Les types d'emplois et les qualifications varient énormément. On a donc peu d'information sur cet éventail de personnel au Québec.

Par contre, on peut noter que le Québec a presque deux fois plus de médecins spécialisés en santé publique que les autres provinces, proportionnellement à leurs populations. Cela est probablement lié à des questions budgétaires. En effet, au Québec, les médecins sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec; il est donc avantageux pour les organisations de santé publique d'embaucher des médecins plutôt que d'embaucher d'autres types de personnels qui devraient être payés par leur propre budget. L'analyse de Fiset-Laniel et al. (2020) souligne que les compressions budgétaires récentes en santé publique auraient surtout touché le personnel non médical. On peut donc craindre qu'il y ait une moins grande diversité de personnel en santé publique au Québec que dans les autres provinces. Si cela est le cas, on peut se poser la question suivante : la réponse à la COVID-19 aurait-elle été différente si un personnel plus diversifié avait été disponible et mobilisé par la santé publique?

8. Le budget de la santé publique

Le tableau récapitulatif présenté précédemment mène à une constatation assez frappante. Des provinces étudiées, le Québec consacre la plus petite proportion du budget général de la santé à la santé publique. Le Québec consacre aussi le plus faible budget per capita à la santé publique, et de loin : deux fois moins que l'Ontario, trois fois moins que la Colombie-Britannique, et près de quatre fois moins que l'Alberta. Même en ajoutant la rémunération des médecins en santé publique (qui n'est pas incluse dans le budget de la santé publique au Québec, mais qui l'est probablement dans les autres provinces), le constat reste le même (pour plus de détails sur ce point, voir les notes de bas de page du tableau récapitulatif présenté précédemment). Un autre facteur qui pourrait expliquer cette différence de budget est le fait qu'au Québec la santé publique n'est pas responsable de la protection de la santé liée à la salubrité des aliments et de l'eau. Cependant, le constat reste le même en ajoutant l'inspection de l'eau et de l'agroalimentaire dans le budget de la santé publique (voir les notes de bas de page du tableau récapitulatif).

L'analyse de Borgès Da Silva et al. (2021) sur le financement de la santé publique au Québec pour la période 2004-2019 souligne que :

1. Les dépenses de 2015-2016 à 2017-2018 ne représentaient aucun investissement relativement aux dépenses de 2004, quand on tient compte de l'inflation (p. 18);
2. La région de Montréal, région la plus peuplée du Québec, se situe en dessous de la moyenne du Québec, avec une augmentation des dépenses de 22,3 % au cours de la période. Il est important de noter que ces chiffres ne tiennent pas compte des changements dans la population qui pourraient moduler les besoins et les services de santé publique (p. 18).

Le budget consacré à la santé publique au Québec a déjà été supérieur. Comme discuté précédemment, la santé publique a subi des compressions budgétaires importantes dans le cadre de la réforme Barrette en 2015-2016. Dans une étude publiée en juin 2020, Fiset-Laniel et al. (2020) analysent l'évolution des fonds consacrés à la santé publique au Québec. Cette

étude confirme que la coupe en santé publique subie en 2015–2016 était la compression la plus importante de tous les programmes de santé (Fiset-Laniel et al., 2020). De plus, leur analyse historique sur une période de 14 ans montre que l'accroissement du budget de la santé publique n'a été que la moitié de celui des services de santé courants (Fiset-Laniel et al., 2020). Ils concluent que la santé publique a subi une érosion graduelle et très sévère de sa capacité de 2004 à 2018.

Par ailleurs, un rapport publié en février 2021 par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (Bastien et al., 2021) révèle que le ministère de la Santé et des Services sociaux était très conscient de cette détérioration de la santé publique avant la pandémie de la COVID-19. La ministre Danielle McCann avait déclaré en mai 2019 : « [I]l faut quand même que je rappelle qu'en 2015–2016, malheureusement, la santé publique a été marquée par des coupes importantes, qui ont généré une diminution de 30 % de ses budgets régionaux. Ça a fait beaucoup mal. Et la santé publique a peiné et peine encore à se relever de cet exercice et a de la difficulté à mettre en œuvre les services qui sont inscrits au Programme national de santé publique » (Bastien et al., 2021, p. 10). Une des trois recommandations contenues dans ce rapport de l'ASPQ pour la revitalisation de la santé publique au Québec est de faire un réinvestissement massif en santé publique, notamment dans des programmes de prévention liés au tabagisme, à l'alcool, à l'activité physique, à la nutrition, et autres programmes de prévention des maladies liées à l'obésité, du cancer, des maladies cardiovasculaires et du diabète.

On peut présumer que le niveau de ressources consacrées à la santé publique influence la capacité de répondre à des situations de crise. Au Québec, la réponse à la COVID-19 aurait-elle été différente si la santé publique avait dès le départ disposé d'un budget plus important? Et comment des ressources additionnelles auraient-elles pu aider dans la réponse à la COVID?

Premièrement, s'il y avait eu plus de ressources, on aurait pu en consacrer davantage à la surveillance épidémiologique et à la préparation aux urgences (« *emergency preparedness* »). Un système de santé publique devrait constamment être à l'affût, avec un système d'« intelligence épidémiologique », de l'émergence de menaces à la santé globale. Une capacité de surveillance accrue aurait probablement permis de mieux se préparer à l'arrivée du virus, quoique, bien sûr, l'ajout de ressources ne suffit pas en lui-même; les ressources allouées à la santé publique doivent être utilisées pour faire les bonnes choses au bon moment et à temps.

Deuxièmement, dès que les premiers cas ont été détectés au Québec, si nous avions eu plus de ressources ou les ressources adéquates disponibles, nous aurions pu mettre en place un meilleur système de dépistage rapide des cas et de traçage intensif et robuste de ces cas. L'expérience internationale montre en effet qu'il s'agit là des deux éléments les plus importants dans une réponse efficace contre la COVID-19. Selon un article publié dans *Nature* en décembre 2020, une des raisons pour lesquelles des pays industrialisés ont, comme le Québec, échoué dans la mise en place rapide d'activités de dépistage et de traçage est le sous-financement de leurs systèmes de santé publique et les technologies antiques et arriérées de ces systèmes (Lewis, 2020).

9. L'intégration du système de santé publique au système de soins

Un autre facteur à prendre en considération est le niveau d'intégration de la santé publique aux autres éléments du système de santé, y compris aux soins courants. Dans certains systèmes, la santé publique fonctionne de façon parallèle au système de soins, alors que dans d'autres systèmes, les activités de santé publique sont intégrées aux mêmes organisations qui fournissent des soins de santé (Naylor et al., 2003). De plus, même si la santé publique est intégrée structurellement au système de soins, son intégration opérationnelle peut varier. Autrement dit,

la santé publique peut être structurellement intégrée au système de soins sans pour autant travailler de concert avec le système de soins ou être mobilisée de façon pertinente.

En Ontario, la santé publique n'est pas intégrée structurellement au système de soins. Au Québec, elle l'est structurellement, puisque les DRSP sont intégrées aux CISSS et aux CIUSSS. On peut se demander dans quelle mesure cette intégration structurelle se traduit par une intégration sur le plan des opérations (MSSS, 2020). Par exemple, jusqu'à quel point le directeur régional de santé publique et son personnel ont-ils une influence sur les opérations des CISSS et des CIUSSS en général et, vice versa, jusqu'à quel point les actions de la santé publique sont-elles soutenues par la réalité clinique? La question du contrôle des infections dans les milieux de soins et l'apport potentiel de la santé publique semble aussi importante. Nous avons aussi évoqué précédemment l'importance d'une santé publique autonome et en mesure de s'adapter aux réalités locales et régionales.

Dans la réponse à la COVID-19, il est possible que l'intégration des systèmes de santé publique aux systèmes de soins ait eu un impact, par exemple, sur le niveau auquel les recommandations de la santé publique étaient soutenues par la réalité du terrain et sur le niveau d'influence que la santé publique a pu avoir sur les pratiques cliniques ou politiques en matière d'organisation des soins. Au Québec, la réponse à la COVID-19 aurait-elle été différente si la santé publique était plus ou moins intégrée au système de soins, à la fois structurellement et opérationnellement?

10. L'intégration du système de santé publique à un écosystème plus large de recherche

Un ensemble de travaux sur la gestion en contexte extrême et sur le leadership à l'échelle de systèmes complexes, comme celui de la santé, suggèrent l'importance que les individus en situation de responsabilité et les institutions politiques soient en mesure de mobiliser un ensemble diversifié de compétences, d'expertises et de capacités (Hannah, Uhl-Bien, Avolio et Cavaretta, 2009; Fairhurst, Jackson, Foldy et Ospina, 2020; Hällgren, Rouleau et Rond, 2018). Cela est dû entre autres au besoin d'adaptation et de modifications continues en fonction de l'évolution d'une crise comme celle de la pandémie de COVID-19. Les réseaux qu'entretiennent le gouvernement et ses différentes agences avec les capacités de recherche hors gouvernement peuvent soutenir une réponse adaptée à une crise ou à des situations d'urgence (Volberda, Foss et Lyles, 2010; Barley, Treem et Kuhn, 2018). En situation de crise, les autorités gouvernementales peuvent avoir tendance à mobiliser l'expertise disponible dans leur environnement immédiat et à recourir moins à des réseaux plus vastes malgré la pertinence de telles expertises (Parker et al., 2020). La question de la capacité du gouvernement en situation de crise à recourir à un vaste registre d'expertise et à rendre disponibles des informations ou des données pour la conduite d'analyses indépendantes est un enjeu important en situation de crise. Une telle ouverture n'est pas simple à réaliser en situation de crise où les personnes qui prennent les décisions politiques sont sous forte pression.

Plus précisément, la question ici est de savoir si l'intensité des relations que le système de santé publique entretient avec les milieux universitaires de recherche permet une mobilisation suffisamment diversifiée de l'expertise et des connaissances disponibles ou actuelles. Ces liens peuvent se faire par l'intermédiaire des agences d'expertise, comme l'INSPQ et l'INESSS, ou directement entre les milieux universitaires et les personnes qui prennent les décisions à l'échelle technocratique et politique.

Il y a certainement des discussions entre de nombreux chercheurs universitaires et les chercheurs d'organismes gouvernementaux; l'INSPQ et l'INESSS ont des relations formelles (ex. : conseils scientifiques) et informelles (ex. : discussions quotidiennes entre chercheurs) avec le monde universitaire. Cependant, il est difficile de statuer si ces relations ont une influence sur le travail et les recommandations officielles de ces organisations. Par exemple, dans le monde universitaire,

les perspectives sur la COVID-19 varient. Sur plusieurs aspects, y compris sur quelles sont les meilleures façons de répondre à la COVID-19, il n'y a pas consensus. On ne trouve probablement pas cette diversité d'opinions au sein d'agences gouvernementales d'expertise, ou la possibilité de mener publiquement de telles controverses. Il importe aussi de souligner que la prise en compte de points de vue diversifiés dans la formulation de politiques commande des expertises, des capacités et des orientations qui doivent être développées avant l'avènement de situations de crise.

Deuxièmement, on peut se demander jusqu'à quel point les milieux de prise de décisions sont sensibles et attentifs à la science, et jusqu'à quel point il y a une tradition forte de valorisation des expertises en dehors des murs du gouvernement. Notre analyse ne permet évidemment pas de répondre à cette question. Le refus d'accepter la collaboration offerte par la D^{re} Liu, experte mondiale en gestion de crise sanitaire majeure, semble cependant confirmer ce manque de valorisation des expertises.

Nous avons souligné précédemment que plusieurs analyses portent sur la manière dont devrait être mobilisée et organisée l'expertise pour soutenir la décision politique et publique. En santé publique, il semble que les données probantes auxquelles les personnes qui prennent les décisions ont principalement porté attention sont celles qui ont été synthétisées par leurs organismes d'expertise-conseil comme l'INSPQ et l'INESSS. Le groupe de réflexion sur l'avenir de la santé publique au Québec souligne :

[qu'u]n véritable leadership de système fait une place importante à la diversité de connaissances et d'expertises dont les sciences humaines et sociales et les sciences des données pour assumer les fonctions de prévention des maladies et de promotion de la santé (Denis et al., 2020, p. 918).

Les auteurs ajoutent que :

Dans plusieurs pays, les écoles de santé publique et les liens qu'elles entretiennent avec la pratique sont des éléments fondamentaux de leur mission. [...] La santé publique est très présente dans les universités québécoises. Or, bien que plusieurs collègues de la santé publique jouissent d'un statut universitaire, les projets collaboratifs au sujet de la COVID-19 impliquant la santé publique et les universités étaient rares. [Il faudrait un] renouvellement de la santé publique [pour] qu'elle soit agile et fondée sur les données probantes tout en construisant des passerelles entre la formation, la pratique et la production des savoirs, et partageant l'expertise et l'expérience en tant que sous-produits d'une collaboration continue (Denis et al., 2020, p. 918).

Des partenariats plus poussés et développés des milieux de prise de décisions et des milieux universitaires de recherche auraient pu exposer les personnes qui prennent les décisions à une plus grande variété de perspectives sans le filtre, parfois nécessaire mais souvent homogénéisateur et restrictif, des recommandations émanant des organismes d'expertise-conseil officiels. Ils auraient aussi permis aux milieux scientifiques, tout en maintenant l'indépendance de leurs analyses et recommandations, de mieux comprendre et tenir compte des besoins évolutifs et des contraintes des milieux de décisions et de pratique. L'initiative COVID-END vise justement à promouvoir une réponse scientifiquement robuste aux besoins des personnes qui prennent les décisions et des milieux de pratique (McMaster Health Forum, 2021).

Par ailleurs, l'accès difficile aux données nécessaires à la recherche est un enjeu persistant et préoccupant au Québec. L'ASPQ écrit que « [b]ien que des données liées à la santé existent et sont réputées parmi les plus complètes au monde, leur cloisonnement dans les différents silos d'organismes gouvernementaux complique leur utilisation, leur analyse et leur croisement » (Bastien et al., 2021, p. 19). Dans la même veine, le groupe de réflexion susmentionné (Denis et al., 2020) déplore le manque d'accès aux données :

Depuis quelques décennies, le Québec a adopté une posture d'extrême prudence par rapport à la gestion des données concernant sa population, ce qui lui a fait prendre des retards considérables dans le développement et le déploiement d'outils pour appuyer la décision et l'action en santé publique. Ces retards sont contre-productifs lorsqu'il s'agit d'imager des scénarios en période de crise ou non, en plus de faire paraître l'État comme opaque. De nombreux chercheurs ont déploré l'impossibilité d'avoir accès à des données de qualité pour développer des modèles de progression de l'épidémie ou de solutions autres que celles préconisées par les pouvoirs publics (p. 918).

L'accès à des données ouvertes pour accroître l'apport de la recherche à la prise de décisions est l'une des recommandations formulées dans le rapport de l'ASPQ et par le groupe de réflexion sur l'avenir de la santé publique (Denis et al., 2020). Ce constat est connu depuis longtemps au Québec et fait l'objet de différentes initiatives sur le plan politique actuellement. La situation actuelle en matière d'accès aux données limite tout vraisemblablement le développement des capacités des politiques requises en vue d'apporter les meilleures réponses aux grands enjeux de santé de la population. Au Québec, la réponse à la COVID-19 aurait-elle été différente si plus de ponts existaient entre le système de santé publique et le milieu universitaire, et si les données nécessaires pour la recherche en santé étaient plus accessibles et partagées?

CONCLUSION

La gouvernance de la santé publique est exigeante et impose de se questionner sur les modèles d'organisation, les ressources allouées à la santé publique et l'autonomie relative des structures de santé publique, y compris leurs capacités à participer à des réseaux externes d'expertise. Les fonctions de la gouvernance en santé publique décrites précédemment ont fait l'objet d'une attention tout au long de la seconde partie de ce rapport. Nous avons par exemple souligné l'importance de mettre au premier plan les connaissances pour formuler des politiques avant-gardistes, adaptées et efficaces pour protéger et améliorer la santé de la population. La question de l'indépendance et de la transparence des avis est aussi cruciale pour maintenir un rôle fort et une légitimité forte pour la santé publique. Ces considérations ne cherchent pas à minimiser l'importance pour un gouvernement de devoir adopter et implanter des politiques favorables à la santé qui peuvent être contraignantes. Nous avons aussi souligné l'importance de protéger les ressources allouées à la santé publique afin qu'elle puisse pleinement jouer son rôle. L'équilibre entre une prise de décision centralisée et l'autonomie conférée à des autorités locales ou régionales en santé publique est important et doit faire l'objet d'une réflexion soutenue. Enfin, l'allocation de ressources en soi ne suffit pas à assurer un positionnement favorable de la santé publique. Ces ressources doivent permettre le développement et la rétention des expertises diversifiées et adaptées aux défis d'une santé publique contemporaine, ainsi que leur accès. Enfin, nous avons à plusieurs reprises souligné l'importance de communiquer de façon transparente les fondements des politiques et des décisions prises en matière de santé publique, et plus spécifiquement en contexte de pandémie. Une telle posture incluant la tolérance aux controverses ne peut s'inventer instantanément et suppose la mise en place de capacités et de processus particuliers de manière à soutenir l'innovation dans le contenu des politiques et les étapes de formulation des politiques.

RÉFÉRENCES

- Alberta Health Services. (2019). *Health Plan & Business Plan – Year 3* : < <https://www.thebsf.ca/media/files/upload/3g.%20Alberta%20Health%20Services%20-%202017-2020%20Health%20Plan%20and%20Business%20Plan.pdf> >
- Ansell, C., Doberstein, C., Henderson, H., Siddiki, S. et Hart, P. 't. (2020). Understanding inclusion in collaborative governance: a mixed methods approach. *Policy and Society*, 39(4), 570–591. DOI: 10.1080/14494035.2020.1785726
- Arpin, E., Quesnel-Vallée, A., Smith, R., Allin, S., Thomas, M., Cheun, A., Luu, K., Li, J., Pinto, A. et Rosella, L. (2021). *Canadian Public Health System: Quebec*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Forthcoming
- Askenaxy, P., Aubry, R., Bergeron, H., Becerra, S., Blanchon, D., Bonnefoy, L., Borraz, O., Borst, G., Bourdelais, P., Brugere, F., Cambois, E., Castel, P., Charmes, E., Clous, F., Cochoy, F., Coutellec, L., Cretin, E., Chavalarias, D., Deboulet, A.,..., Zouache, A. (2021). *Pandémie de Covid-19: ce qu'en disent les SHS*.
- Barley, W. C., Treem, J. W. et Kuhn, T. (2018). Valuing Multiple Trajectories of Knowledge: A Critical Review and Agenda for Knowledge Management Research. *Academy of Management Annals*, 12(1), 278–317. DOI : 10.5465/annals.2016.0041
- Bastien, T., Morel, A.-M. et Parenteau, M.-A. (2021). *La santé publique du XXIe siècle : Propositions pour le plein déploiement de la santé publique au Québec*. Association pour la santé publique du Québec
- Beaulnes, A. (1981). Vaccine development and production in Canada: a challenge in search of a policy. *Canadian Medical Association Journal*, 124(2), 118–120
- Blair, A., Warsame, K., Naik, H., Byrne, W., Parnia, A. et Siddiqi, A. (2021). Identifying gaps in COVID-19 health equity data reporting in Canada using a scorecard approach. *Canadian Journal of Public Health*, 112(3), 352–362
- Blanchet, N. J. et Fox, A. M. (2013). Prospective political analysis for policy design: Enhancing the political viability of single-payer health reform in Vermont. *Health policy*, 111(1), 78–85. DOI : 10.1016/j.healthpol.2013.02.012
- Borgès Da Silva, R., Prud'homme, A., Deblois, P.-J., Labadie, J.-F. et Strumpf, E. (2021). *Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services Sociaux entre 2004 et 2019. Rapport de projet*. Cirano.
- British Columbia Ministry of Health. (2013). *BC's Guiding Framework for Public Health: Promote, Protect, Prevent: Our Health Begins Here*. Colombie-Britannique. <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2013/BC-guiding-framework-for-public-health.pdf>
- Caldwell, H. A., Scruton, S., Fierlbeck, K., Hajizadeh, M., Dave, S., Sim, S. M. et Kirk, S. F. (2021). Fare well to Nova Scotia? Public health investments remain chronically underfunded. *Canadian Journal of Public Health*, 112(2), 186–190.
- Capano, G., Howlett, M., Jarvis, D. S. L., Ramesh, M. et Goyal, N. (2020). Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses. *Policy and Society*, 39(3), 285–308. DOI: 10.1080/14494035.2020.1787628
- Carlson, V., Chilton, M. J., Corso, L. C. et Beitsch, L. M. (2015). Defining the functions of public health governance. *American Journal of Public Health*, 105(S2), S159–S166. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302198

Chen, O. (2020). *Influence of public health infrastructure and leadership on provincial COVID-19 preparedness: a comparative study*. [Mémoire d'études universitaires de premier cycle inédit]. Université de Calgary.

Denis, J.-L., Brown, L., Forest, P.-G., Normandin, J.-M., Camborieu, C., Cannizzaro, V. et Preval, J. (2015). *Policy Capacity for Health System Reform*.

Denis, J.-L., Potvin, L., Rochon, J., Fournier P. et Gauvin, L. (2020). Tirer les leçons de la pandémie pour repenser la santé publique au Québec. *Canadian Journal of Public Health*, 111(6), 912-920

Emerson, K. et Nabatchi, T. (2015). Evaluating the productivity of collaborative governance regimes: A performance matrix. *Public Performance & Management Review*, 38(4), 717-747. DOI: 10.1080/15309576.2015.1031016

Evenett, S. J., Hoekman, B., Rocha, N. et Ruta, M. (2021). *The covid-19 vaccine production club. Will Value Chains Temper Nationalism?*, Policy Research Working Paper 9565, World Bank Group

Fafard, P., McNena, B., Susek, A. et Hoffman, S. J. (2018). Contested roles of Canada's Chief Medical Officers of Health. *Canadian Journal of Public Health*, 109(4), 585-589. DOI: 10.17269/s41997-018-0080-3

Fairhurst, G. T., Jackson, B., Foldy, E. G. et Ospina, S. M. (2020). Studying collective leadership: The road ahead. *Human Relations*, 73(4), 598-614. DOI: 10.1177/0018726719898736

Fierlbeck, K. (2018). Nova Scotia: A Health System Profile. *University of Toronto Press*. DOI: 10.3138/9781487515928

Fiset-Laniel, J., Guyon, A., Perreault, R. et Strumpf, E. C. (2020). Public health investments : neglect or wilful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111, 383-388. DOI: 10.17269/s41997-020-00342-1

Gouvernement du Canada. (2017). *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html> (Consultation en avril 2021)

Gouvernement du Canada. (2018). *Le système des soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html> (Consultation en avril 2021)

Greer, S. L., King, E. J., da Fonseca, E. M. et Peralta-Santos, A. (2020). The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*, 15(9), 1413-1416. DOI: 10.1080/17441692.2020.1783340

Hällgren, M., Rouleau, L. et De Rond, M. (2018). A Matter of Life or Death: How Extreme Context Research Matters for Management and Organization Studies. *Academy of Management Annals*, 12(1), 111-153. DOI: 10.5465/annals.2016.0017

Hannah, S. T., Uhl-Bien, M., Avolio, B. J. et Cavarretta, F. L. (2009). A framework for examining leadership in extreme contexts. *The Leadership Quarterly*, 20(6), 897-919. DOI: 10.1016/j.leaqua.2009.09.006

Hassenteufel, P. (2020). Handling the COVID-19 crisis in France: Paradoxes of a centralized state-led health system. *European Policy Analysis*, 6(2), 170-179. DOI : 10.1002/epa2.1104

Health Protection and Promotion Act, RSO 1990, c. H.7

Health Protection Act, SNS 2004, c. 4

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). *Profil structurel de la santé publique au Canada*.

- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2021). *Qui sommes-nous?*: <https://www.inspq.qc.ca/institut/qui-sommes-nous> (Consultation en avril 2021)
- Lawrence, L. (2020). *Assessing policy capacity: a mixed-methods study of health policy making in Nova Scotia* [thèse de doctorat, Dalhousie University]. DalSpace. <https://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/78554>
- Lewis, D. (2020). Why many countries failed at COVID contact-tracing – but some got it right. *Nature*. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03518-4> (Consultation en avril 2021)
- Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*, LC 2006, c. 5.
- Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, RLRQ, c. M-19.2
- Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être*, RLRQ, c. C-32.1.1
- Loi sur le développement durable*, RLRQ, c. D-8.1.1
- Loi sur les services de santé et services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.
- McMaster Health Forum. (2021). *COVID -END*. <https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end> (Consultation en avril 2021)
- Merkley, E., Bridgman, A., Loewen, P. J., Owen, T., Ruths, D. et Zhilin, O. (2020). A Rare Moment of Cross-Partisan Consensus: Elite and Public Response to the COVID-19 Pandemic in Canada. *Canadian Journal of Political Science*, 53(2), 311-318. DOI: 10.1017/S0008423920000311
- Minister of Health and Long-Term Care. (2021). *Ontario Public Health Standards: Requirements for Programs Services and Accountability. Protecting and Promoting the Health of Ontarians*. Ontario.
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. (2020). *Rapport annuel 2019-2020*. Québec.
- Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. (2020). *Rapport annuel de gestion 2019-2020*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019a). *Politique gouvernementale de prévention en santé*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019b). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal. Constats et recommandations*. Québec.
- Naylor, D., Basrur, S., Bergeron, M. G., Brunham, R. C., Butler, Jones, D., Dafoe, G., Ferguson-Paré, M., Lussing, F., McGeer, A., Neufeld, K. R. et Plummer, F. (2003). *Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada. A report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health*. Santé Canada.
- Nova Scotia Public Health. (2011). *Nova Scotia Public Health Standards 2011-2016*
- Ontario Health. (2020). *Our story*. <https://www.ontariohealth.ca/our-story>. (Consultation en avril 2021)

Provincial Health Services Authority. (2021). *Our services*. phsa.ca/our-services (Consultation en avril 2021)

Public Health Act, RSA 2000, c.P -37

Public Health Act, SBC 2018, c. 28

Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., Bajnoczki, C., Socha, A., Voss, M., Nicod, M., Ridde, V. et Koonin, J. (2020). Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*, 5(5). DOI : 10.1136/ bmjgh-2020-002655

Régie de l'assurance maladie du Québec. (2019). *Tableau SM. 24. Nombre de médecins, montant total et montant moyen selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité et le mode de rémunération*. https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/1st/CD/CDF_DifsInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/DifsInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=3&IdPatronRapp=37&Annee=2019&Per=0&LANGUE=fr-CA

Regional Health Authorities Act, RSA 2000, c. R -10

Sheluchin, A., Johnston, R. M. et van der Linden, C. (2020). Public Responses to Policy Reversals: The Case of Mask Usage in Canada during COVID-19. *Canadian Public Policy*, 46(S2), S119-S126. DOI: 10.3138/cpp.2020-089

Smith, R. W., Allin, S., Chueng, A., Thomas, M., Li, J., Pinto, A. et Rosella, L. (2021a). *Canadian Public Health System: Nova Scotia*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Forthcoming

Smith, R. W., Allin, S., Rosella, L., Luu, K., Thomas, M., Li, J. et Pinto, A. (2021b). *Canadian Public Health System: Ontario*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Forthcoming

Smith, R. W., Allin, S., Jarvis, T., Li, J., Thomas, M. et Pinto, A. (2021c). *Canadian Public Health System: Alberta*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Forthcoming

Smith, R. W., Allin, S., Jarvis, T., Thomas, M., Rodrigues, A., Luu, K., Li, J., Rosella, L. et Pinto, A. (2021d). *Canadian Public Health System: British Columbia*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Forthcoming

Usher, S., Denis, J. L., Prével, J., Baker, R., Chreim, S., Kreindler, S., Breton, M. et Côté-Boileau, É. (2021). Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health economics, policy, and law*, 16(4), 383-399. DOI: 10.1017/S1744133120000225

Volberda, H. W., Foss, N. J. et Lyles, M. A. (2010). Absorbing the Concept of Absorptive Capacity: How to Realize Its Potential in the Organization Field. *Organization Science*, 21(4), 931-951. DOI: 10.1287/orsc.1090.0503

Wu, X., Ramesh, M. et Howlett, M. (2015). Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society*, 34(3-4), 165-171. DOI : 10.1016/j.polsoc.2015.09.001

WhatIsPublicHealth.ca. (2017). Public Health in Canada. < <http://www.whatispublichealth.ca> >

