



Gouverner pour la santé du public : options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada

Rapport | 2022



UNIVERSITY OF TORONTO
DALLA LANA SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

AUTEURS

Erica Di Ruggiero¹, Dominika Bhatia^{1*}, Imaan Umar^{1*}, Emmanuelle Arpin^{1§}, Clara Champagne^{2§}, Carole Clavier^{3§}, Jean-Louis Denis^{2§}, David Hunter^{4§}

AFFILIATIONS DES AUTEURS

¹ École de santé publique Dalla Lana (DLSPH), Université de Toronto

² École de santé publique, Université de Montréal

³ Département de science politique, Université du Québec à Montréal

⁴ Health Policy and Management, Université de Newcastle

* Contributions similaires, par ordre alphabétique de nom de famille

§ Auteurs d'études de cas, par ordre alphabétique de nom de famille

SOUTIEN À L'ÉDITION

Olivier Bellefleur, Marianne Jacques et Mylène Maguire
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Clara Champagne
Université de Montréal

MISE EN PAGE

Assia Iguedjal
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Di Ruggiero, E., Bhatia, D., Umar, I., Arpin, E., Champagne, C., Clavier, C., Denis, J-L. et Hunter, D. (2022). *Gouverner pour la santé du public : options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada*. Centres de collaboration nationale en santé publique.

REMERCIEMENTS

La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) du Canada/Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Nous tenons à remercier tous les auteurs des études de cas pour leurs précieuses contributions et les réviseurs qui nous ont fait part de leurs commentaires. Nous remercions également les personnes suivantes pour leurs commentaires réfléchis après avoir examiné attentivement les ébauches antérieures ou des sections particulières du présent rapport : Julie Auger, ASCP; Olivier Bellefleur, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; Adalsteinn (Steini) Brown, DLSPH; Carole Clavier, Université du Québec à Montréal; Jean-Louis Denis, Université de Montréal; John Frank, Université d'Édimbourg; Margo Greenwood, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; Ak'ingabe Guyon, Université McGill; David Hunter, Université de Newcastle; David Mowat, conseiller spécial auprès du bureau de l'ACSP, et Kerry Robinson, ASPC.

Les six Centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique encouragent et améliorent l'utilisation des connaissances provenant de la recherche scientifique et des autres savoirs afin de renforcer la pratique et les politiques de santé publique au Canada. Ils identifient les lacunes dans les connaissances, encouragent le réseautage et appliquent les connaissances existantes pour développer et partager avec les chercheurs, les praticiens et les responsables des politiques, des produits de connaissances appuyés par des données probantes et qui sont pertinents et accessibles.

Les six Centres sont répartis dans différentes régions du Canada, chaque Centre se spécialisant dans un secteur clé de la santé publique. Chaque Centre est hébergé dans une institution distincte.

Pour consulter les autres rapports, visitez : <https://ccnsp.ca/projects/reports-to-accompany-the-chief-public-health-officer-of-canadas-report-2021/>

The reports are also available in English at: <https://nccph.ca/projects/reports-to-accompany-the-chief-public-health-officer-of-canadas-report-2021/>

ISBN : 978-1-989241-78-3 (PDF anglais)

ISBN : 978-1-989241-79-0 (PDF)

Table des matières

1	Résumé exécutif	1
2	Introduction et raison d'être	5
3	Objectif et questions de recherche	7
4	Méthodes	9
5	Résultats	11
5.1	Contexte de la gouvernance	11
5.1.1	La gouvernance, l'État-nation et la santé.....	11
5.1.2	Contexte de la gouvernance au Canada.....	13
5.2	Gouverner la santé publique	16
5.2.1	Que gouverne-t-on exactement?	16
5.3	Principes et caractéristiques d'une gouvernance de la santé publique efficace.....	18
5.3.1	Principes et éléments de définition d'une bonne gouvernance de la santé publique	18
5.3.2	Caractéristiques d'une gouvernance de la santé publique efficace.....	19
5.4	Modèles, approches et fonctions de gouvernance	21
5.5	Le rôle du pouvoir conféré par la loi dans la gouvernance de la santé publique	23
5.5.1	Rôles clés du droit dans la gouvernance de la santé publique au Canada et exemples d'autres juridictions.....	23
5.5.2	Leçons apprises des É.-U. et répercussions pour le Canada	24
5.6	Gouvernance (pour la santé publique).....	27
5.6.1	Mécanismes de gouvernance existants pour la santé publique au Canada	27
5.6.2	Gouvernance de la santé publique : Leçons du R.-U. et du Québec.....	29
5.7	Gouvernance (la santé publique travaillant avec d'autres secteurs)	32
5.7.1	Étude de cas illustrative : Renforcer la Santé dans toutes les politiques : L'expérience du processus politique de l'Australie-Méridionale	34
5.8	Priorités d'évaluation et d'amélioration continue	35
5.8.1	Programme de recherche sur les systèmes et services de la santé publique	36
5.8.2	Liens entre les bourses d'études en santé publique et la pratique.....	36
5.8.3	Indépendance, capacité et expertise en matière de conseils scientifiques en santé publique	37
5.8.4	Gestion du rendement en santé publique	38
5.9	Résumé des principaux résultats	40
5.10	Actions recommandées au Canada	40
	Références	45
	Annexe A : Méthodologie détaillée de la recension de la littérature	57
	Annexe B : Étude de cas : Réformes de la santé publique au R.-U. 2012-2021	65
	Annexe C : Étude de cas : Résumé du cadre de la santé publique au Québec	79
	Annexe D : Étude de cas : Renforcer la Santé dans toutes les politiques : L'expérience du processus politique de l'Australie-Méridionale	91

1 Résumé exécutif

Ce rapport présente les résultats d'une revue de la littérature commandée par le Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) à l'Agence de la santé publique du Canada pour informer le rapport 2021 de l'ACSP. L'objectif général de cette revue était de repérer des options pour renforcer la gouvernance de la santé publique et d'énoncer une vision audacieuse pour un système de santé publique renouvelé au Canada.

Les Centres de collaboration nationale en santé publique, en partenariat avec les auteurs et le Bureau de l'ACSP, publient ce rapport pour permettre une diffusion élargie des résultats.

Pour lire le rapport 2021 de l'ACSP, [cliquez ici](#).

Pour lire les 3 autres rapports qui ont été commandés afin d'éclairer le rapport 2021 de l'ACSP, [cliquez ici](#).

Il ne fait aucun doute que la santé soit devenue l'un des secteurs de gouvernance les plus densément peuplés au monde, comprenant un large éventail d'institutions qui s'emploient à la promotion ou à l'atteinte de la santé des populations. La pandémie de coronavirus (COVID-19) a mis à l'épreuve la gouvernance des systèmes de santé, sociaux et économiques, et a exposé davantage les inégalités sociales, raciales et sanitaires préexistantes. Bien qu'il n'y ait pas de définition unique de la gouvernance de la santé publique, elle peut être largement comprise comme les façons dont différents intervenants publics, non gouvernementaux ou privés unissent leurs efforts pour aider les communautés à prévenir les maladies et à atteindre la santé, le bien-être et l'équité en santé. Les fonctions de la gouvernance de la santé publique comprennent l'élaboration de politiques et de stratégies, l'adoption de lois, l'intendance des ressources, la mobilisation des partenaires et des communautés et l'appui à l'amélioration continue. Ces fonctions de gouvernance peuvent être formellement intégrées aux institutions ou être exercées dans le cadre d'accords mutuels informels. Dans le présent rapport, nous préconisons une vision élargie de la gouvernance de la santé publique qui inclut à la fois les structures institutionnelles et non institutionnelles (c.-à-d. au-delà des organisations officielles de santé publique) dans les sociétés contemporaines.

Pour bâtir des systèmes de santé publique plus résilients et équitables, les approches de gouvernance au Canada doivent être renforcées à des paliers multiples (fédéral, provincial, territorial et local), tant au sein des systèmes de santé publique que dans d'autres secteurs, en mobilisant activement les communautés pour corriger les inégalités systémiques. Notre recension de la littérature visait à identifier des options pour renforcer la gouvernance de la santé publique et à éclairer une vision audacieuse d'un système de santé publique renouvelé au Canada. Notre examen a été guidé par la **question de recherche** générale suivante : *Quelles sont les avenues réalistes pour renforcer, améliorer ou transformer la gouvernance de la santé publique actuelle au Canada?*

Nos résultats ont été synthétisés à partir de multiples sources, y compris des recherches dans la littérature académique; des commentaires d'experts en gouvernance de la santé publique qui ont complété nos recherches avec d'autres sources de littérature académique et grise; des études de cas sur des modèles de gouvernance particuliers d'autres juridictions (Royaume-Uni [R.-U.], Australie et Québec); et des séances de consultation sur la gouvernance de la santé publique.

Nous avons constaté que le type d'État-nation et la relation entre les États-nations et d'autres intervenants sociétaux sont des facteurs visiblement importants pour la gouvernance de la santé publique. Ces relations sont dynamiques, politiques et influencées par des changements idéologiques et

des changements de gouvernement. La gouvernance de la santé publique au Canada est complexe et implique une combinaison de responsabilités constitutionnelles provinciales, territoriales et fédérales. La gouvernance fédérale et provinciale-territoriale en matière de santé des peuples autochtones a été fortement critiquée pour son ambiguïté relative aux compétences juridictionnelles et pour la conception disparate des politiques en matière de santé. Ceci a déclenché le besoin de se doter de modèles de gouvernance de la santé qui mettent l'accent sur des approches de décolonisation et sur l'autonomie gouvernementale des Autochtones.

Au Canada, il n'y a pas suffisamment de capacité de prévoyance et de capacité de pointe pour assurer la gouvernance et le fonctionnement d'un système (ou d'un système de systèmes) de santé publique stratégique, cohérent et équitable – un système qui s'adapte selon l'évolution du contexte sociopolitique. En effet, malgré plusieurs appels à une réforme de la santé publique avant et pendant la pandémie de COVID-19, telle reste la situation. Par ailleurs, les réformes devraient être guidées par une vision claire de la santé publique et une approche cohérente de « système de systèmes » pour la gouvernance de la santé publique. La gouvernance est inextricablement liée à la façon dont la santé publique est définie et comprise. Pour maximiser la légitimité des interventions en santé publique, il est essentiel de définir clairement les fonctions essentielles de la santé publique et leur lien avec la gouvernance. Les organismes de santé publique doivent être habilités à remplir ces fonctions essentielles de façon indépendante, en étant dotés d'un mandat officiel et de ressources durables. Comme le suggèrent les réformes de la santé publique au R.-U., l'encadrement des fonctions de la santé publique, le rôle des dirigeants de la santé publique dans la promotion d'une orientation en amont pour améliorer la santé des populations et l'équité en santé, ainsi que des mécanismes formels et institutionnalisés pour la gestion et la promotion de ces fonctions et valeurs sont autant de facteurs importants à prendre en compte pour la gouvernance de la santé publique.

D'après notre examen, une bonne gouvernance de la santé publique doit fondamentalement composer avec les questions de pouvoir et de privilège et viser l'équité, l'anticolonialisme, la diversité et l'inclusion, ainsi que des mécanismes de délibération et de prise de décisions à la fois transparents et responsables. Les caractéristiques d'une gouvernance de la santé publique efficace comprennent également la résilience (définie comme une gouvernance qui s'adapte aux chocs systémiques), un leadership compétent et des capacités bien dotées en ressources et dirigées par un mandat.

Notre examen fait également ressortir un consensus voulant qu'une combinaison d'approches et de modèles de gouvernance soit nécessaire en raison de la complexité de la santé publique et de la diversité des partenaires à mobiliser. Plusieurs fonctions de gouvernance doivent être mises en place et déployées de manière efficace. La législation en matière de santé publique et d'autres instruments juridiques sont des fonctions de gouvernance clés. Lorsqu'on entreprend une réforme de la gouvernance, le rôle structurel de la loi doit être pris en compte et analysé en fonction de ses répercussions sur la gouvernance, comme l'illustrent les exemples des États-Unis (É.-U.) et du Québec. En effet, comme l'illustre notre étude de cas sur le système de santé publique du Québec, une solide législation en matière de santé publique, des priorités et des structures de système de santé publique clairement définies, quoique nécessaires, peuvent être insuffisantes pour couvrir l'étendue des fonctions de santé publique. Le renouvellement du système de santé publique et sa gouvernance ne peuvent être optimisés qu'en s'attaquant aux vulnérabilités du système et de la gouvernance.

Si la santé publique (en tant que secteur de la santé) doit jouer le rôle de champion de la santé des populations et de l'équité en santé, elle doit avoir un meilleur accès aux leviers, aux autorités et aux ressources nécessaires pour « gouverner » ou pour cogouverner. Elle doit également collaborer avec d'autres secteurs; toutefois, en tant que secteur à part entière, nous concluons que la santé publique fait face à un certain nombre de défis de gouvernance complexes liés aux mandats institutionnels, aux

capacités limitées en matière d'infrastructure et de main-d'œuvre, ainsi qu'aux ressources nécessaires pour s'engager dans ce travail politique intersectoriel. Notre examen met en évidence des modèles exemplaires de juridictions comme l'Australie, où les mécanismes de gouvernance intersectorielle ont facilité l'application de l'approche de la Santé dans toutes les politiques (SdTP) grâce à des ressources dédiées et à des lois appuyant la santé publique. Plus précisément, la mise en œuvre de l'approche de la SdTP en Australie a été appuyée par trois facteurs principaux, soit un mandat central fort, des ressources dédiées (en particulier du personnel qualifié) et des pratiques pour mobiliser d'autres secteurs. Ces facteurs se rapportent particulièrement à trois des six fonctions de gouvernance de la santé publique, à savoir le leadership en matière de politiques (il y a une stratégie claire, approuvée au plus haut niveau du gouvernement), l'intendance des ressources (le personnel qualifié est la principale ressource) et la mobilisation des partenaires (la collaboration avec d'autres secteurs est l'activité principale de l'unité responsable de la SdTP).

Notre examen fait également ressortir les leçons tirées de la mise en œuvre d'approches de gouvernance intersectorielle en matière de santé. Selon l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux a le mandat de conseiller les autres secteurs en matière de santé. Toutefois, nous constatons que les avantages pour la santé des populations passent souvent après les objectifs économiques ou les activités principales de l'autre secteur dans les tentatives de formuler des solutions pour atténuer les impacts négatifs perçus sur la santé d'un projet de loi ou de règlement.

Étant donné qu'une grande partie de la littérature sur les approches et les modèles de gouvernance de la santé publique prometteurs est conceptuelle, notre examen fait ressortir le besoin d'établir un programme de recherche sur les systèmes et les services de la santé publique qui appuie le suivi et l'évaluation continues de l'efficacité des modèles de gouvernance de la santé publique au Canada. Dans le même ordre d'idées, il paraît nécessaire d'affecter des ressources à un système apprenant pour renforcer la fonction d'amélioration continue de la gouvernance de la santé publique, ce qui suppose de créer des mesures incitatives pour intégrer le milieu universitaire au sein des milieux de politiques et de pratiques de santé publique; de renforcer la capacité d'évaluation dans le domaine de la santé publique; et de surveiller et d'évaluer la performance des systèmes de santé publique à l'aide d'indicateurs normalisés.

En conclusion, nous proposons plusieurs actions à l'échelle nationale liées à chacune des six fonctions d'une gouvernance de la santé publique efficace. Ces actions comprennent l'élaboration d'une stratégie pancanadienne axée sur l'équité en santé publique assortie de priorités claires; la mise à profit du pouvoir fédéral de dépenser pour promouvoir une plus grande collaboration et renforcer les infrastructures de santé publique; le renforcement des mécanismes de collaboration intersectorielle pour appuyer l'action pangouvernementale vers l'adoption de l'approche de la SdTP; la modernisation des lois sur la santé publique (p. ex., une loi sur la santé publique distincte); et l'élaboration d'un programme national de recherche sur les systèmes et les services de la santé publique (avec un accent explicite sur l'évaluation des modèles de gouvernance de la santé publique).

2 Introduction et raison d'être

Ce rapport présente les résultats d'une revue de la littérature commandée par le Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) à l'Agence de la santé publique du Canada pour informer le rapport 2021 de l'ACSP. L'objectif général de cette revue était de repérer des options pour renforcer la gouvernance de la santé publique et d'énoncer une vision audacieuse pour un système de santé publique renouvelé au Canada.

Les Centres de collaboration nationale en santé publique, en partenariat avec les auteurs et le Bureau de l'ACSP, publient ce rapport pour permettre une diffusion élargie des résultats.

Pour lire le rapport 2021 de l'ACSP, [cliquez ici](#).

Pour lire les 3 autres rapports qui ont été commandés afin d'éclairer le rapport 2021 de l'ACSP, [cliquez ici](#).

La pandémie de coronavirus (COVID-19) a mis à l'épreuve la gouvernance des systèmes de santé, sociaux et économiques, et a exposé davantage les iniquités sociales, raciales et sanitaires préexistantes à l'échelle mondiale et au Canada. La pandémie a également mis en évidence des ambiguïtés relatives aux compétences juridictionnelles, des problèmes de partage des données, des asymétries de pouvoirs et d'autres défis qui pourraient avoir un impact sur l'efficacité, la mise à l'échelle et la durabilité des politiques et des pratiques de santé publique au Canada. Bien qu'il n'y ait pas une seule définition unifiée (**encadré 1**), la gouvernance de la santé publique peut être comprise comme la façon dont les intervenants publics, non gouvernementaux ou privés unissent leurs efforts pour aider les communautés à prévenir les maladies et à atteindre la santé, le bien-être et l'équité en santé. Les fonctions de gouvernance comprennent l'élaboration de politiques et de stratégies, l'adoption de lois, l'intendance des ressources, la mobilisation des partenaires et des communautés et l'appui à l'amélioration continue. Ces fonctions peuvent être officiellement intégrées aux institutions (pouvoir explicite, de jure) ou faire intervenir des arrangements mutuels informels (pouvoir tacite, souple). La gouvernance performante découle d'une autorité bien reconnue, de rôles et de mandats clairs, de règles établies pour la prise de décisions, de relations durables ainsi que de mécanismes d'imputabilité et de transparence. Dans cette recension, nous préconisons une vision large de la gouvernance de la santé publique qui intègre les structures institutionnelles et non institutionnelles (c.-à-d. au-delà des organisations officielles de santé publique) dans les sociétés contemporaines.

Afin de bâtir des systèmes de santé publique plus résilients au Canada qui favorisent l'équité en santé, nous devons renforcer les approches de gouvernance à des paliers multiples (fédéral, provincial, territorial et local), au sein des systèmes de santé publique et entre les secteurs (social, économique, universitaire), et en mobilisant activement les communautés pour corriger les iniquités systémiques.

Encadré 1. Définitions de la gouvernance et de la gouvernance de la santé publique

« [La **gouvernance** est] l'ensemble des nombreuses façons dont les individus et les institutions, publiques et privées, gèrent leurs affaires communes. Il s'agit d'un processus continu par lequel des intérêts divergents ou conflictuels peuvent être conciliés et des mesures de coopération peuvent être mises en œuvre. Ce processus met à contribution les institutions et les régimes officiels habilités à veiller au respect des règles, ainsi que les arrangements informels que les personnes et les institutions reconnaissent ou perçoivent comme étant dans leur intérêt » (Commission on Global Governance, 1995).

« [...] **La gouvernance pour la santé publique et le bien-être** [est définie comme] les tentatives des gouvernements et d'autres acteurs d'orienter des communautés, des pays entiers ou même des groupes de pays dans la poursuite de la santé comme faisant partie intégrante du bien-être par des approches pangouvernementales et sociétales. Il faut comprendre que toute la société est responsable de sa santé » (Kickbusch et Gleicher, 2012).

« **L'action intersectorielle** [signifie] une collaboration de plusieurs secteurs de la société pour initier des actions dans un domaine d'intérêt commun. Ces secteurs regroupent des ministères comme ceux de la Santé, de l'Éducation, de l'Environnement et de la Justice, [...] ainsi que des particuliers, des organismes sans but lucratif et des entreprises privées » (Health Canada, 2000). « [Les structures de gouvernance intersectorielle] existent pour faciliter la collaboration entre les différents ministères ou secteurs. Les structures intersectorielles sont « tangibles » ou « visibles » lorsqu'il s'agit de laisser une trace dans l'organigramme ou de prescrire des entités ou des procédures distinctes au sein du gouvernement et de l'administration. Les structures de gouvernance intersectorielle sont à cet égard différentes de la collaboration fondée uniquement sur les relations personnelles. Les structures intersectorielles peuvent être la propriété ou la copropriété du ministère responsable de la santé ou de l'ensemble du gouvernement. Sont également incluses les structures de gouvernance intersectorielle d'autres ministères dans la mesure où elles sont accessibles au ministère de la Santé » (McQueen et al., 2013).

« [...] **Les six fonctions de la gouvernance de la santé publique** comprennent [...] : l'élaboration de politiques, l'intendance des ressources, l'amélioration continue, la mobilisation des partenaires, le pouvoir conféré par la loi et la supervision d'un ministère de la Santé. Ces fonctions fournissaient un contexte pour le rôle des entités gouvernantes dans la pratique de la santé publique et s'harmonisaient bien avec les normes d'agrément de la santé publique existantes » (Carlson et al., 2015).

3 Objectif et questions de recherche

L'**objectif global** de cette recension de la littérature était d'identifier des options pour renforcer la gouvernance de la santé publique et d'éclairer une vision audacieuse pour un système de santé publique renouvelé au Canada. Cette recension de la littérature a été commandée par le Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada afin d'éclairer le rapport annuel de 2021.

Nous avons été guidés par la **question de recherche** générale suivante : *Quelles sont les avenues réalistes pour renforcer, améliorer ou transformer la gouvernance de la santé publique actuelle au Canada?*

Pour répondre à cette question, nous avons examiné les sous-questions suivantes :

1. Quels sont les **éléments et les attributs** nécessaires pour appuyer l'intersection de secteurs clés de la gouvernance de la santé publique, en prenant en compte des aspects comme l'infrastructure des politiques et des pratiques, le contexte social, culturel, politique et économique et les variations entre juridictions?
2. Quels sont des **exemples d'initiatives, de modèles ou de systèmes de gouvernance de la santé publique qui ont été couronnés de succès** (i) au Canada ou à l'étranger et (ii) au sein ou à l'extérieur du système de santé?
3. Compte tenu de l'objectif global d'atteindre l'équité sur les plans de la santé et du bien-être pour les populations, comment la gouvernance de la santé publique peut-elle **intégrer explicitement l'équité**?

Notre synthèse et nos recommandations sont guidées par les considérations suivantes liées au **contexte canadien** :

- Comment le passé a-t-il façonné les lacunes et les défis actuels en matière de gouvernance de la santé publique au Canada, en particulier les principaux facteurs sociopolitiques et la pandémie de COVID-19? Cela comprend l'examen de la mesure dans laquelle les options de gouvernance recommandées par le passé (y compris des exemples d'autres pays) ont été prises en compte et réalisées au Canada et l'impact de ces actions.
- Quelles actions immédiates et à long terme sont nécessaires pour faire progresser et renforcer la gouvernance de la santé publique au Canada? Cela comprend la prise en compte du contexte sociopolitique optimal pour appuyer un renouvellement à l'échelle du système, mais en mettant l'accent sur le processus et les résultats nécessaires à la durabilité.

4 Méthodes

Les résultats ont été synthétisés à partir de renseignements provenant de sources multiples, y compris une recherche dans la littérature académique (**annexe A**) et des commentaires d'experts en gouvernance de la santé publique qui ont complété la recherche documentaire par d'autres sources académiques et grises (publiées et non publiées), et examiné et validé les résultats. Des experts en gouvernance de la santé publique ont également rédigé des études de cas sur des modèles de gouvernance particuliers dans des juridictions choisies (Royaume-Uni [R.-U.], Australie et Québec). Des séances de consultation organisées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'Association canadienne de santé publique (ACSP), auxquelles l'autrice principale a participé, ont également éclairé les résultats du rapport.

5 Résultats

Le présent rapport est structuré de la façon suivante : nous commençons par donner un aperçu de la gouvernance de la santé publique, y compris le rôle du gouvernement en santé publique et des populations, et le contexte actuel de la gouvernance de la santé publique au Canada. Nous discutons ensuite des considérations générales pour renforcer la gouvernance de la santé publique au Canada, en intégrant un examen des fonctions de gouvernance pour la santé publique, des caractéristiques d'une gouvernance efficace et des modèles et des approches de gouvernance prometteurs, y compris certains exemples d'études de cas. Nous nous appuyons ensuite sur ces considérations pour discuter d'options précises pour renforcer la gouvernance de la santé publique au Canada grâce à la collaboration avec d'autres secteurs. Enfin, nous examinons les possibilités d'amélioration continue visant à renforcer la gouvernance de la santé publique et à bâtir un système de santé publique apprenant. Nous concluons le rapport en recommandant un ensemble d'actions harmonisées avec les six fonctions de la gouvernance de la santé publique.

5.1 Contexte de la gouvernance

5.1.1 LA GOUVERNANCE, L'ÉTAT-NATION ET LA SANTÉ

La santé est incontestablement devenue l'un des secteurs de gouvernance les plus « densément peuplés » au monde, comprenant un large éventail d'institutions qui s'emploient à la promotion ou à l'atteinte de la santé des populations (Di Ruggiero, 2021; Holzscheiter *et al.*, 2016). Les théories modernes de gouvernance examinent les « modes de coordination sociale pour l'action collective de l'État et de la société » et la façon dont ils ont été institutionnalisés au moyen d'arrangements de gouvernance (Bekker *et al.*, 2018). En réponse aux conditions géopolitiques et institutionnelles, les États-nations (y compris le Canada) ont établi diverses relations entre l'État et la société (représentées par une pluralité de partenaires issus du secteur public, du secteur sans but lucratif, des communautés, de la société civile et du secteur privé) et, par conséquent, des modalités de gouvernance différentes. Ces relations entre l'État et la société et les arrangements de gouvernance qui en découlent ont des répercussions sur la santé publique et sa portée politique et bureaucratique (Greer et Jarman, 2021).

5.1.1.1 Exemples de contextes internationaux et du rôle de l'État providence dans la santé des populations

En Europe continentale, des accords de gouvernance uniques peuvent résulter du transfert de « tâches publiques à des organismes privés sans but lucratif, autorisés par une entité publique ou parapublique » (Bekker *et al.*, 2018). Par exemple, les Pays-Bas désignent ce type d'entente comme le « *poldermodel* », défini comme « un système de démocratie fondé sur le consensus qui permet d'établir des relations à plus long terme entre l'État et la société, ainsi que l'adoption et la modification graduelles de nouvelles idées au fil du temps » (Bekker *et al.*, 2018). La force de l'État providence (une approche de gouvernance selon laquelle l'État joue un rôle majeur dans la promotion et la protection du bien-être des citoyens) influence également de façon significative le rôle et la responsabilité du gouvernement en matière de santé publique et des populations (Lynch, 2019; Raphael et Bryant, 2006). Par exemple, aux États-Unis (É.-U.), malgré une convention historique et juridique selon laquelle le gouvernement a de vastes pouvoirs pour protéger et améliorer la santé publique (Wiley *et al.*, 2013), des universitaires ont soutenu que l'absence d'une couverture sanitaire universelle a généré une myopie de longue date dans le point de mire national sur l'accès aux services de santé. De plus, il y a une reconnaissance limitée des objectifs de santé des populations en dehors du système de santé (Raphael et Bryant, 2006). Ainsi, aux É.-U., les initiatives liées aux déterminants de la santé en amont sont fragmentées et sont plutôt orchestrées aux paliers locaux et des États (Raphael et Bryant, 2006).

À l'inverse, en Suède, l'orientation de longue date des politiques publiques sur le bien-être social a rendu les fonctionnaires plus réceptifs aux initiatives visant à faire progresser la promotion de la santé, à s'attaquer aux déterminants en amont de la santé et à améliorer la santé des populations (Raphael et Bryant, 2006). C'est ce que démontrent les documents de la stratégie de 2001 du ministère de la Santé et des Affaires sociales, qui reconnaissent explicitement que les déterminants de la santé des populations sont des « facteurs qui sont en partie liés à la structure de la société et en partie au mode de vie et aux habitudes des gens » et que « le travail du gouvernement dans le domaine de la santé publique s'étend à ces deux types de facteurs » (Raphael et Bryant, 2006; Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 2001). De même, les objectifs du Swedish National Institute of Public Health (institut national de santé publique de la Suède) sont axés sur les facteurs structurels et l'environnement social et économique qui façonnent la santé des populations (Raphael et Bryant, 2006). Cette reconnaissance explicite et ce cadrage politique des problèmes sociaux en tant que problèmes de santé publique peuvent aussi être plus propices à des approches intersectorielles et axées sur la collaboration de type « Santé dans toutes les politiques » à l'égard des politiques publiques, bien que cela n'ait pas encore été établi de façon empirique (Greer et Jarman, 2021; Lynch, 2019).

Le R.-U. est une démocratie majoritaire dotée d'un gouvernement hiérarchique et relativement centralisé, où les relations à court terme entre l'État et la société peuvent être perturbées, en particulier par les changements de gouvernement et les changements idéologiques correspondants qui façonnent les politiques publiques et la gouvernance (Bekker *et al.*, 2018). Les politiques d'austérité du début des années 2010 ont considérablement réduit le rôle de l'État dans la santé des populations au R.-U., comme en témoignent la diminution des budgets, l'affaiblissement de l'infrastructure de santé publique, la réduction de la capacité de la main-d'œuvre et, par conséquent, l'élargissement des disparités en matière de santé et d'économie (Williams *et al.*, 2021). Ces dernières années (en particulier depuis le Brexit de 2020), le gouvernement centralisé du R.-U. a provoqué beaucoup d'instabilité et a souffert de problèmes de capacités.

La pertinence de l'État providence pour la gouvernance de la santé publique a été particulièrement visible dans les réponses des pays à la pandémie de COVID-19. Comme l'a indiqué Jarman (2021), le rôle de l'État-nation dans la réponse à une pandémie englobe, de façon générale, les fonctions de gouvernance, de surveillance, de coercition du public et de politique sociale (c.-à-d. des politiques conçues pour améliorer le bien-être global d'une société en atteignant des objectifs sociaux) (Jarman, 2021). Par exemple, le gouvernement central du R.-U. a été critiqué pour sa réponse à la pandémie, qui a sans doute été moins cohérente et efficace que celle des trois nations du R.-U. auxquelles des pouvoirs ont été dévolus et des gouvernements locaux. Plus particulièrement, le gouvernement central a été critiqué pour sa mauvaise gestion des fonds publics, qui auraient peut-être été mieux attribués à des équipes de santé publique au sein des gouvernements locaux qui fonctionnent bien malgré leurs ressources limitées (Calvert et Arbuthnott, 2021).

Des données internationales récentes suggèrent en outre que la population adhère davantage aux mesures de contrôle gouvernementales lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 dans les pays où l'État providence était plus fort (bien qu'il soit à noter que ces mesures de contrôle elles-mêmes variaient grandement d'un pays à l'autre) (Plümper et Neumayer, 2020). Néanmoins, il est possible qu'un filet de sécurité sociale historiquement plus solide (pré-pandémique) ait fourni l'accès nécessaire aux soins de santé et à du soutien en matière d'hygiène, de finance et de logement pour atténuer les impacts de la pandémie sur les populations confrontées à des formes systémiques et structurelles de vulnérabilité (Jarman, 2021). En outre, les politiques sociales des États-nations mises en œuvre pendant la pandémie, y compris les mesures de soutien du revenu et l'élimination des obstacles financiers liés au dépistage et au traitement, ont peut-être aussi mené à une plus grande adhésion aux mesures de contrôle en santé publique (Jarman, 2021).

Messages clés

Le type d'État-nation et la relation entre les États-nations et les autres acteurs sociétaux sont deux facteurs importants dans la gouvernance de la santé publique. De plus, ces relations sont dynamiques, politiques et influencées par des changements idéologiques et des changements de gouvernement. Bien que la présentation d'un examen exhaustif de tous les accords de gouvernance à l'échelle nationale dépasse la portée du présent document, les données probantes de longue date et l'expérience en cours de la pandémie de COVID-19 mettent en évidence la façon dont les facteurs sociopolitiques influencent la gouvernance de la santé publique.

5.1.2 CONTEXTE DE LA GOUVERNANCE AU CANADA

5.1.2.1 Contexte fédéral

- La Loi constitutionnelle de 1867 décrit la répartition des responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (P/T). Bien qu'il existe une perception continue selon laquelle les gouvernements P/T sont principalement responsables de la santé publique, ni la responsabilité de la « santé » ni la responsabilité de la « santé publique » n'est expressément attribuée à un ordre de gouvernement dans la Constitution. En 1982, la Cour suprême a en fait qualifié la santé de « sujet indéterminé » régi à la fois par des lois fédérales et des lois provinciales et territoriales (Brideau et Brosseau, 2019). Cette ambiguïté dans la répartition constitutionnelle des pouvoirs en matière de santé et de santé publique signifie que les deux ordres de gouvernement peuvent légiférer dans ces domaines (Eggleton *et al.*, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2010).
- Une coordination et une collaboration accrues sont nécessaires pour répondre à des problèmes de santé publique complexes, en particulier, mais pas seulement, durant une pandémie. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été créée en 2004 afin d'assurer une direction nationale et de prendre des mesures à l'égard de l'éventail des enjeux de santé publique (y compris, sans toutefois s'y limiter, les maladies infectieuses) et d'améliorer la collaboration entre les paliers F/P/T de gouvernement (Fierlbeck, 2010; Naylor, 2003). Bien qu'une vision audacieuse ait été proposée pour l'ASPC, y compris le positionnement de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) comme « défenseur » de la santé publique, la recommandation réelle dans le rapport Naylor n'était pas aussi prescriptive (Naylor, 2003).
- L'ACSP est un agent de l'ASPC et ses responsabilités sont multiples : il ou elle « offre au ministre de la Santé et au président de l'Agence de la santé publique du Canada des conseils en matière de santé; collabore avec d'autres gouvernements, compétences, organismes, organisations et pays sur des dossiers liés à la santé; présente un rapport annuel au ministre sur l'état de la santé publique au Canada aux fins de présentation au Parlement; [et] s'adresse à la population canadienne, aux professionnels de la santé, aux intervenants et au public sur des sujets liés à la santé de la population » (Gouvernement du Canada, 2006, 2016). Entre 2004 et 2014, l'ACSP a été le chef de file de la santé publique au Canada et aussi le dirigeant de l'ASPC et, à ce titre, le rôle de l'ACSP a été perçu en quelque sorte comme une anomalie par rapport à d'autres rôles supérieurs du gouvernement à Ottawa. Bien que le rôle de l'ACSP existe depuis la création de l'ASPC, celui de président a été institué en 2014 (Gouvernement du Canada, 2006). Le président est l'administrateur général d'un ministère et agit à titre de premier dirigeant de l'ASPC (Gouvernement du Canada, 2006). Ses responsabilités correspondent à celles des autres « sous-ministres » et ont trait à la prestation de conseils judicieux en matière de politique publique, à la gestion ministérielle et à l'exercice des pouvoirs attribués au sous-ministre ou à d'autres fonctionnaires (Gouvernement du Canada, 2017b).

- Il n'y a actuellement aucun consensus parmi les experts en santé publique à savoir si le rôle de l'ACSP offre suffisamment d'autonomie et si la structure actuelle de l'ASPC (qui divise les responsabilités entre le président et l'ACSP) est optimale. Par exemple, on ne connaît toujours pas clairement la nature de la « perte » qui a eu lieu lorsque les rôles de l'ACSP et du président de l'ASPC ont été séparés (Fafard et Forest, 2016) : Était-ce des ressources? Était-ce de l'influence? Bien que l'ACSP ait besoin d'indépendance pour être perçu(e) comme crédible, il ou elle doit aussi demeurer étroitement connecté(e) à la bureaucratie fédérale. Ces tensions inhérentes à ce rôle s'étendent à d'autres médecins hygiénistes au Canada. Dans ce contexte, il demeure d'actualité de chercher à mieux comprendre comment les différents arrangements institutionnels relatifs à ces rôles peuvent avoir une incidence sur le mandat et la portée du travail des médecins hygiénistes en chef (MacAulay *et al.*, 2021), particulièrement en situation d'urgence de santé publique, comme la pandémie de COVID-19, lorsque la visibilité de ces responsables de la santé publique est élevée.
- L'approche disparate du Canada en matière de gouvernance a amené les gouvernements P/T à établir des structures décisionnelles pour s'acquitter de responsabilités semblables, malgré certaines tentatives du gouvernement fédéral de coordonner et d'élaborer des approches uniformes. Il s'ensuit que la prise de décisions diffère d'une juridiction à l'autre et met au défi la capacité du Canada d'adopter une approche unifiée et « nationale » en matière de santé publique, alignée sur un ensemble de priorités communes (Association canadienne de santé publique, 2021). Dans les P/T, la prestation des services de la santé publique peut être davantage décentralisée par l'entremise des autorités sanitaires locales et régionales¹. Cette hétérogénéité met aussi à l'épreuve la gouvernance de la santé publique en tant que système national cohérent et coordonné de plusieurs systèmes.

5.1.2.2 Gouvernance et peuples autochtones

- L'ambiguïté de la répartition des compétences entre les gouvernements fédéral et P/T est particulièrement visible dans l'évaluation de la gouvernance de la santé des peuples autochtones au Canada. À l'heure actuelle, la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de prestation de soins de santé et de financement de certains services pour les peuples autochtones est répartie entre des ministères comme Services aux Autochtones Canada (SAC), Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) et l'ASPC (Halseth et Murdock, 2020). SAC prête également un appui administratif à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), qui finance la prestation de services de santé publique et de promotion de la santé aux communautés inuites et aux Premières Nations qui vivent dans des réserves (Halseth et Murdock, 2020). L'ASPC appuie également les services de la santé publique et la surveillance des maladies, en plus de financer certains programmes destinés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis vivant hors réserve (Halseth et Murdock, 2020). De plus, le Programme des services de santé non assurés

¹ Le modèle le plus courant est celui de l'autorité (ou service) régionale de la santé, où les conseils d'administration élus ou nommés à l'échelle locale sont responsables de la prestation des services, y compris de la santé publique et d'autres services de santé, dans une région géographique définie. Ce modèle est particulièrement visible dans les provinces de l'Ouest et de l'Atlantique, et les bassins de population desservis varient grandement d'une province à l'autre et à l'intérieur des provinces (p. ex., de 30 000 à 300 000 à Terre-Neuve et de 300 000 à 2 000 000 en Colombie-Britannique). Au cours des dernières années, les autorités de la santé sont devenues de plus en plus centralisées; certaines autorités géographiquement liées ont été fusionnées et sont devenues des organismes provinciaux à part entière (p. ex., Alberta Health Services, Saskatchewan Health Authority, Nova Scotia Health Authority) (Marchildon *et al.*, 2020). À l'Île-du-Prince-Édouard, les services sont fournis à l'échelle provinciale (Eggleton *et al.*, 2010). L'Ontario, contrairement aux autres provinces, fournit les services de la santé publique séparément des autres services de santé par l'entremise de 34 bureaux de santé publique locaux, qui sont dirigés par des médecins hygiénistes et des conseils de santé et sont intégrés aux administrations municipales et aux conseils régionaux de la santé (p. ex., la région de Peel), ou des conseils autonomes (Bana *et al.*, 2018). La taille des bassins de population varie considérablement. Par exemple, bien que le service de santé publique de Toronto couvre une petite région géographique, il dessert près de 3 millions de résidents; pour sa part, le service de santé du district de Thunder Bay dessert une plus grande région géographique comptant près de 150 000 résidents. Enfin, les trois provinces les plus peuplées du Canada ont aussi des organismes provinciaux distincts qui exercent des fonctions de surveillance et d'expertise-conseil en santé publique, soit le BC Centre for Disease Control (BCCDC), Santé publique Ontario (SPO) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Bana *et al.*, 2018).

offre une couverture nationale pour les médicaments d'ordonnance et d'autres services non couverts par les régimes d'assurance P/T aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits seulement (Palmer *et al.*, 2017). Tous les autres services de soins de santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont accessibles par l'entremise des régimes de services de santé P/T (Santé Canada, 2006).

- On a beaucoup critiqué le manque de cohésion entre le gouvernement fédéral et les P/T pour déterminer quelle entité est responsable de la prestation des services de santé, notamment en ce qui concerne de nombreux services de santé non assurés pour les peuples autochtones. Les impacts des traumatismes systémiques qui ont toujours cours et sont causés par la colonisation par les Européens et le gouvernement canadien, combinés à la conception disparate des politiques de gouvernance de la santé autochtone, ont contribué à maintenir les disparités en matière de santé chez les peuples autochtones et à « nuire à l'accès aux soins, à promouvoir les iniquités et à ancrer davantage le racisme dans le système » (Richardson et Murphy, 2018). Cette conception fragmentée des politiques en matière de santé a donné lieu à l'émergence de nouveaux modèles pour élargir la prestation des services de promotion de la santé aux peuples autochtones, alors qu'ils n'étaient pas offerts au départ à cette clientèle par les ministères P/T de la Santé, ainsi qu'à une plus grande reconnaissance de l'autonomie gouvernementale des Autochtones :

*Depuis les années 1990, une série d'ententes de transfert de fonds en santé entre les organisations des Premières Nations et des Inuits a permis aux Autochtones d'obtenir plus de contrôle, particulièrement quant aux soins de santé primaires. De telles initiatives ont donné naissance à un mouvement de la santé autochtone qui préconise une philosophie holistique de la santé et des soins de santé. Il y a eu d'autres réformes, y compris une autorité de santé gouvernée et gérée par les Autochtones dans le nord de la Saskatchewan et une autorité de santé des Premières Nations à l'échelle de la province en Colombie-Britannique. Ces nouvelles ententes de gouvernance sont également appuyées par les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) (Marchildon *et al.*, 2020).*

5.1.2.3 Gouvernance de la santé publique à l'échelle locale

- Des appels plus récents ont également souligné le rôle important des municipalités en santé publique, compte tenu de la nature locale de la santé publique. Lors d'une récente consultation, des experts en santé publique ont noté que la restructuration et la centralisation croissante des autorités régionales de la santé dans certaines juridictions entraînent souvent la marginalisation de la santé publique en raison d'un éloignement de la gouvernance locale (Public Health Agency of Canada et Canadian Institutes of Health Research, 2021). Les experts consultés ont suggéré que la santé publique soit maintenue comme une entreprise locale qui mobilise directement les municipalités et les communautés, tout en positionnant stratégiquement la santé publique dans les mécanismes P/T, nationaux et mondiaux (Public Health Agency of Canada et Canadian Institutes of Health Research, 2021).
- Par conséquent, il y a un équilibre inévitable à atteindre entre le maintien d'un système de santé publique décentralisé avec suffisamment de souplesse pour s'adapter aux besoins locaux, régionaux et P/T de populations diversifiées et parce que les gouvernements municipaux et P/T maîtrisent les leviers politiques essentiels pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, tout en s'efforçant d'avoir un système national cohérent composé de plusieurs systèmes de santé publique à l'échelle du pays. Cette question d'équilibre est également liée à la tension entre la gouvernance de la santé publique, en tant que domaine particulier de l'administration publique (gouvernance organisationnelle), et la gouvernance de la santé publique en tant que mécanisme d'intervention à tous les paliers de gouvernement (F/P/T). L'accent mis sur la force de la gouvernance

organisationnelle peut faire courir le risque de marginalisation des efforts de gouvernance intersectorielle.

En résumé, la compétence en matière de santé publique est mixte au Canada – elle repose sur un amalgame de responsabilités constitutionnelles P/T et fédérales, et des mécanismes de plus en plus affaiblis par l'étalement des différents rôles, pouvoirs, responsabilités et obligations (Eggleton *et al.*, 2010; Naylor, 2003; Agence de la santé publique du Canada, 2010). De même, la gouvernance fédérale et P/T en matière de santé des peuples autochtones a été fortement critiquée pour son ambiguïté relative à la compétence juridictionnelle et sa conception disparate des politiques en matière de santé, ce qui a déclenché le besoin de se doter de modèles de gouvernance de la santé qui mettent l'accent sur l'autonomie gouvernementale des Autochtones. (Richardson et Murphy, 2018; Marchildon *et al.*, 2020).

5.1.2.4 Revoir et réformer la gouvernance de la santé publique au Canada

De nombreux appels ont été lancés, par le passé, en faveur de la transformation du système de santé publique, avant et après le SRAS (Frank *et al.*, 2003, 2004; Naylor, 2003), à la suite de la grippe H1N1 (Eggleton *et al.*, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2010) et plus récemment en raison de la réponse des systèmes de santé publique du Canada à la pandémie de COVID-19. Plusieurs éléments clés se rapportent directement ou indirectement à la gouvernance : des objectifs, des priorités et des fonctions essentielles de la santé publique clairement définis; des rôles et des responsabilités définis à tous les paliers du système (p. ex., F/P/T, local et autochtone); des lois modernisées à l'échelle nationale et au sein de chaque administration; un financement adéquat et une disponibilité équitable des services de la santé publique pour tous les Canadiens et les peuples autochtones; un personnel adéquat et compétent; des systèmes d'information modernes pour l'évaluation et la surveillance de la santé des populations et des mécanismes d'imputabilité à tous les paliers du système (Frank *et al.*, 2003). Les appels à la réforme doivent être guidés par une vision claire de la santé publique et une approche systémique cohérente de la gestion de la santé publique.

5.2 Gouverner la santé publique

5.2.1 QUE GOUVERNE-T-ON EXACTEMENT?

- La gouvernance est inextricablement liée à la façon dont la santé publique est définie et encadrée, y compris son point de mire sur « l'ensemble des populations ». La santé publique a été largement définie comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société » (Acheson, 1988). En revanche, la santé des populations « intègre la distribution des résultats en matière de santé, les tendances des déterminants de la santé et les politiques et interventions qui les relient » (Kindig et Stoddart, 2003). Les racines historiques de la santé publique sont semblables à celles de la santé des populations, car elles mettent aussi l'accent sur les principaux déterminants de la santé dans les populations humaines et sur « l'ensemble des populations », tout en s'attaquant explicitement aux iniquités entre les sous-groupes de population. Cependant, un paradigme plus biomédical a imprégné la pratique de la santé publique, qui influence les interventions mises en œuvre par les systèmes de santé publique. Bien que ces concepts soient complémentaires, les distinctions entre la santé des populations et la santé publique peuvent compliquer davantage l'objet gouverné (le *quoi*) et avoir une incidence sur *qui* est impliqué dans la gouvernance de la santé publique.

5.2.1.1 Gouvernance et fonctions de santé publique

- Une autre façon de circonscrire la santé publique consiste à se reporter à ses fonctions essentielles (Jarvis *et al.*, 2020; World Health Organization, 2018). Au Canada, les fonctions essentielles en santé

publique ont été énoncées par le Groupe de travail sur la santé des populations et approuvées par les sous-ministres F/P/T de la Santé. Ces fonctions comprennent la protection de la santé, la surveillance de la santé, la prévention des maladies et des blessures, l'évaluation de la santé des populations, la promotion de la santé ainsi que la préparation aux urgences et l'intervention en cas d'urgence. Bien qu'elle soit utile, cette liste de fonctions essentielles est un amalgame de « quoi » et de « comment » et ne communique pas adéquatement la vision, les objectifs et les priorités en matière de santé publique.

- Au R.-U., ce qui s'appelait le Public Health England (PHE) (Santé publique Angleterre) avait défini quatre fonctions de santé publique, soit la protection de la santé des populations contre les maladies infectieuses et les autres dangers (c.-à-d. la protection de la santé, comme au Canada), l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la réduction des inégalités en santé (c.-à-d. l'amélioration de la santé – semblable à la promotion de la santé au Canada), l'amélioration de la santé des populations en appuyant la viabilité des services de santé et de soins publics, et le renforcement des capacités du système de santé publique; (Rechel *et al.*, 2018). Dans ce contexte, il y avait une meilleure intégration de la santé des populations et de la santé publique et une attention explicite était portée aux iniquités en santé, de sorte que la ligne entre le « quoi » et le « comment » était plus claire. Néanmoins, l'impact des réformes antérieures de PHE et l'impact de l'abolition de PHE (qui est en voie d'être remplacé par deux nouvelles entités) sur la gouvernance institutionnelle des fonctions de santé publique restent à évaluer (voir l'étude de cas sur les réformes du système de santé publique du R.-U. à l'**annexe B**).
- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini dix opérations essentielles de santé publique (OESP, « *essential public health operations [EPHO]* ») à l'usage des pays. Les OESP demandent une approche intégrée entre les fonctions, au lieu de s'en remettre à une seule fonction pour renforcer la programmation verticale. Les OESP sont organisées autour de trois principaux domaines de prestation de services – la protection de la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé – renforcés par de solides informations de santé publique et des facteurs habilitants (World Health Organization, 2021). Plus précisément, la gouvernance, le financement, la main-d'œuvre et les capacités organisationnelles (y compris la capacité de pointe) sont considérés comme des fonctions *habilitantes*. Il existe des tensions inhérentes entre ces fonctions, et certaines reçoivent plus d'attention et de ressources (p. ex., la protection de la santé) que d'autres (p. ex., la promotion de la santé), ce qui pose des défis pour la gouvernance de la santé publique.
- D'après les données probantes examinées, il est important de définir clairement les fonctions *essentielles* sous le contrôle de la santé publique afin de maximiser la légitimité des actions de santé publique. Le Canada devrait réaffirmer les fonctions essentielles de la santé publique et inclure l'équité en santé comme fonction explicite de la santé publique afin de s'assurer qu'elle est prioritaire. L'attention accrue portée aux déterminants sociaux et écologiques de la santé et aux iniquités connexes a entraîné une évolution des rôles qui peuvent être assumés par les autorités de la santé publique (Jarvis *et al.*, 2020). Certains universitaires ont laissé entendre que la promotion de politiques publiques favorables à la santé, et la contribution à celles-ci, est un autre rôle distinct de la santé publique, en plus des fonctions essentielles (Raphael et Bryant, 2006; Turnock, 2004). Pourtant, les intervenants de la santé publique à de multiples niveaux du système n'avaient souvent pas une indépendance et des ressources suffisantes pour remplir ces rôles supplémentaires avec un mandat clair pour le faire, en partie parce qu'ils exigent une mobilisation à l'échelle des partenaires et des communautés, une collaboration avec de multiples secteurs (avec des coûts de transaction élevés) et un accès aux leviers politiques, lesquels se trouvent dans des secteurs autres que celui de la santé. Cela peut créer des discontinuités entre les rôles et les capacités en matière de santé publique, ce qui peut menacer la capacité de gouverner la santé publique de façon efficace et efficiente, avec légitimité, autorité et imputabilité.

- Bien que nous puissions observer une augmentation des investissements en santé publique immédiatement après des crises de santé publique, comme la pandémie en cours, ces investissements risquent de diminuer avec le temps. Nous pourrions également constater une augmentation de la concurrence pour la capacité scientifique (par exemple, de la part des universités qui obtiennent des dons et d'autres sources de revenus), ce qui fera augmenter les coûts de maintien de la capacité. Il pourrait s'ensuivre une autre pénurie de capacités en santé publique, et peut-être au moment même où nous devons faire face à la prochaine pandémie.

Messages clés

Il est important de définir les fonctions essentielles de la santé publique (en y incluant un accent explicite sur l'équité en santé). En outre, il devrait y avoir consensus sur les fonctions les plus importantes que les organismes de santé publique doivent remplir. Ces fonctions devraient être maintenues sous le contrôle de la santé publique afin de maximiser la légitimité des actions de santé publique. Le secteur de la santé publique doit avoir l'indépendance, le mandat et les ressources nécessaires pour s'acquitter de ces fonctions essentielles.

5.3 Principes et caractéristiques d'une gouvernance de la santé publique efficace

Comme nous l'expliquons plus loin, notre examen a dégagé plusieurs principes et caractéristiques d'une gouvernance de la santé publique efficace. Bien que des termes différents soient utilisés pour définir ce qui constitue la gouvernance, on s'entend généralement pour dire que la bonne gouvernance en matière de santé publique est atteinte lorsque des intervenants multiples unissent leurs efforts pour atteindre un objectif convenu – la santé et l'équité en santé en tant que parties intégrantes du bien-être – au moyen d'approches pangouvernementales et sociétales (Kickbusch et Gleicher, 2012; Lee et Kamradt-Scott, 2014).

5.3.1 PRINCIPES ET ÉLÉMENTS DE DÉFINITION D'UNE BONNE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Si elles ne sont pas prises en charge de manière explicite, les structures de gouvernance peuvent perpétuer les injustices épistémiques et l'oppression. Par conséquent, les structures de gouvernance doivent maintenir la confiance et aborder explicitement les questions de pouvoir et de privilège, y compris déterminer quelles voix sont représentées et/ou exclues. Plus précisément, les principes et les éléments de définition suivants doivent sous-tendre la gouvernance de la santé publique : des approches axées sur l'équité, intersectionnelles et anticoloniales; une représentation des membres reflétant la diversité et l'inclusion; et des mécanismes décisionnels délibératifs, transparents et imputables.

- *Axé sur l'équité* : La gouvernance axée sur l'équité exige que l'on mette explicitement l'accent sur le démantèlement des structures, systèmes et processus sociétaux qui excluent des groupes en créant un accès inéquitable aux ressources, en générant une qualité distinctive d'appartenance à la société et en produisant des résultats sociaux et de santé inéquitables (Galabuzi, 2004). Les approches de gouvernance axées sur l'équité doivent mettre l'accent sur l'intersectionnalité, une théorie énoncée par Kimberlé Crenshaw en 1989 pour souligner l'exclusion des femmes noires de la théorie féministe (Crenshaw, 1989). Les principes de l'intersectionnalité révèlent la façon dont les identités sociales des personnes (c.-à-d. le sexe, la race ou l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, etc.) se recoupent et reflètent l'oppression et le privilège au niveau macrosocioculturel (Bowleg, 2012). Les appels à la transformation du système de santé publique doivent intégrer des approches intersectionnelles de la gouvernance afin de promouvoir une plus grande confiance envers des institutions de santé publique

qui continuent de perpétuer la marginalisation structurelle des personnes racialisées, LGBTQ2S+ et d'autres communautés historiquement exclues.

- *Approche anticoloniale* : Le colonialisme est un système économique, social et politique qui s'appuie sur les différences raciales et culturelles et les institutionnalise pour exploiter et dominer un « autre » (Daffé *et al.*, 2021). Il se manifeste par l'infantilisation des peuples colonisés et les positionne comme étant incapables de s'autogouverner (Daffé *et al.*, 2021). Dans le contexte de la santé publique, les peuples colonisés ont été jugés incapables d'améliorer leur propre santé, tandis que les infrastructures de santé publique ont été conçues pour protéger la santé des colons européens qui ont soutenu l'économie coloniale (Daffé *et al.*, 2021). Par conséquent, les structures de gouvernance des sociétés coloniales ont perpétué et continuent de perpétuer le colonialisme, y compris l'hégémonie des colons européens dans l'élaboration des politiques et dans la société. Il est urgent d'adopter une approche anticoloniale en matière de gouvernance de la santé publique. Au Canada et ailleurs, les populations autochtones revendiquent une plus grande participation à leur gouvernance et à leur autodétermination en dénonçant « les institutions publiques qui reproduisent et perpétuent les valeurs et les pratiques coloniales [...] bien que les gouvernements et les politiciens aient symboliquement répondu à cette critique, une décolonisation approfondie suggère une introspection pour remettre en question l'approche occidentale de l'administration publique » (Paquette, 2012). Selon le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), « [p]our obtenir des résultats équitables, les peuples autochtones doivent avoir un accès complet à des services de santé et sociaux de grande qualité, souples, complets, culturellement adaptés et coordonnés qui ciblent les divers déterminants de la santé, y compris l'autodétermination individuelle et communautaire » (Halseth et Murdock, 2020). Comme le suggère un document australien décrivant la vision du pays en matière de santé publique et de promotion de la santé, l'atteinte de cet objectif pourrait commencer par l'intégration de mécanismes officiels de gouvernance pour s'assurer que les décisions législatives et politiques soient mises en œuvre en tenant compte de leurs impacts sur les peuples autochtones (Baum *et al.*, 2021).
- *Composition reflétant la diversité et l'inclusivité* : La composition des structures de gouvernance doit refléter la diversité des membres de façon explicite par rapport à l'équité, à la lutte contre le racisme et à l'anticolonialisme, ainsi que les différents rôles sectoriels ou juridictionnels (p. ex., F/P/T, locaux et autochtones). En tenant compte de ces impératifs, la composition et le fonctionnement des structures de gouvernance seront mieux en mesure de répondre équitablement à l'évolution du contexte, y compris durant les crises actuelles et futures.
- *Prise de décision délibérative, transparente et imputable* : Les structures de gouvernance doivent garantir des mécanismes décisionnels transparents et participatifs. Idéalement, il faut pour ce faire inclure des rôles clairement délimités et des responsabilités différentes ainsi que des processus de prise de décisions et d'approbation entre les partenaires.

5.3.2 CARACTÉRISTIQUES D'UNE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EFFICACE

- La résilience peut être comprise comme « la capacité d'un système d'absorber des chocs et des contraintes, de s'y adapter ou de se transformer afin de maintenir des fonctions essentielles » (Sagan *et al.*, 2021; Saulnier *et al.*, 2021). La gouvernance est un « levier principal » de résilience parce qu'elle oriente la façon dont le leadership, le pouvoir et la collaboration sont mis à profit pour réagir aux différents chocs systémiques (Sagan *et al.*, 2021; Saulnier *et al.*, 2021). Les sociétés et les systèmes doivent être **gouvernés pour assurer la résilience** afin de fournir des services et des résultats de santé publique équitables, efficaces, adaptés et durables, ainsi que pour prévenir les crises systémiques comme celle liée à la COVID-19, y réagir et s'en rétablir (Saulnier *et al.*, 2021). La négligence d'intégrer les systèmes sanitaires, sociaux, économiques, environnementaux et institutionnels dans la gouvernance de la santé publique à des fins de résilience peut déclencher une

« cascade déstabilisante d'événements ayant un effet beaucoup plus destructeur que l'impact d'une crise comme la pandémie actuelle sur la santé des populations et l'équité en santé » (Wernli *et al.*, 2021). Par conséquent, deux manifestations générales du leadership pour la santé publique doivent être prises en compte pour améliorer la résilience, soit (i) le leadership dans le contexte d'une pandémie, et (ii) le leadership générateur de la santé sociétale, qui vise des objectifs, des programmes et des mesures plus vastes que ceux nécessaires pour faire face à une pandémie.

- Les structures de gouvernance devraient être élaborées et évaluées sous l'angle de l'apprentissage organisationnel, les organisations étant définies comme des communautés de sens, plutôt que comme des entités statiques (Edmonstone, 2018). Un bon **leadership dans les structures de gouvernance** « n'est pas une science, mais un art; l'art d'amener une communauté à composer avec des problèmes complexes » (Grint, 2010). Dans la gouvernance de la santé publique, parsemée d'incertitude et de problèmes complexes, le leadership se doit d'être agile et adaptatif pour être efficace. Edmonstone (2011) établit également la distinction entre la capacité et la compétence dans un leadership efficace. Contrairement à la compétence, qui est axée sur les connaissances techniques et le savoir-faire, la capacité met l'accent sur la connaissance pratique, qui se prête mieux à l'adaptation et, par conséquent, est idéale pour les environnements de politique et de recherche en constante évolution (Edmonstone, 2011).
- Les structures de gouvernance de la santé publique doivent être **souples, agiles et malléables (de manière à garantir une capacité de pointe suffisante)**. Elles doivent énoncer des principes et des procédures clairs pour assurer la stabilité et la durabilité (Eggleton *et al.*, 2010; Naylor, 2003; Agence de la santé publique du Canada, 2010). Les capacités suivantes ont été cernées comme étant nécessaires à une gouvernance efficace par les gouvernements (Sheikh *et al.*, 2020) :
 - capacité structurelle (p. ex., mécanismes de prise de décisions et d'imputabilité entre les organisations de santé publique);
 - capacité découlant d'un mandat (p. ex., pouvoir des organisations de santé publique de s'acquitter de leurs responsabilités en matière de prise de décisions);
 - capacité de la main-d'oeuvre (p. ex., le personnel de la santé publique responsable de la gouvernance est compétent et qualifié);
 - capacité liée à la charge de travail (p. ex., rôles clairs du personnel de la santé publique et nombre suffisant d'employés ayant la combinaison requise de compétences);
 - capacité de rendement (p. ex., les ressources pour assumer des rôles de gouvernance en santé publique);
 - capacité de supervision (p. ex., mécanismes de reddition de comptes, de suivi et d'imputabilité pour la santé du public; incitatifs pour appuyer les fonctions de gouvernance).
- Ces capacités en santé publique devraient être considérées comme étant interreliées et mutuellement influentes, plutôt que comme des qualités distinctes (Aluttis *et al.*, 2014). Pour renforcer les capacités en santé publique, il faut d'abord évaluer les structures existantes et leur interaction avec d'autres capacités (Aluttis *et al.*, 2014). Le renforcement de la capacité de supervision à propos du partage des données est essentiel au renforcement des systèmes de santé publique. Van der Graaf *et al.*, (2021) souligne l'importance de la « coproduction du savoir », définie comme « un processus contextuel de changement de rôles et d'équilibre des pouvoirs qui codifie différents types de connaissances à diverses étapes dans des structures itératives et hautement interactives gouvernées par divers intervenants, réseaux et institutions ». Sur le plan de la gouvernance, les auteurs préconisent des politiques nationales et locales harmonisées avec des mécanismes de coproduction des données à collecter et partager, pour que les intervenants puissent collaborer de manière efficace entre les ministères et sans limites légales (van der Graaf *et al.*, 2021). Dans le

contexte canadien, il pourrait s'agir de définir un « cadre de processus » qui favorise l'établissement de mécanismes clairs pour les systèmes interopérables afin d'optimiser le flux de données entre les juridictions, tout en respectant les pouvoirs des P/T, plutôt que de créer de nouveaux dépôts de données nationaux (Public Health Agency of Canada et Canadian Institutes of Health Research, 2021).

- Parmi les autres recommandations visant à transformer le renforcement des capacités en santé publique, mentionnons le besoin de ressources dédiées, la restructuration de la main-d'œuvre (y compris d'offrir une formation standardisée pour les professionnels de la santé publique), et l'introduction des mesures de rendement améliorées et objectives (Salinsky et Gursky, 2006). En contraste aux approches de formation standardisées, les auteurs soulignent également l'importance d'une approche régionale du renforcement des capacités, qui peut aider à la gestion efficace des ressources et à atténuer les impacts d'une gouvernance faible lorsque les approches nationales ne sont pas aussi efficaces (Salinsky et Gursky, 2006). L'un des principaux défis concerne la nature de la santé publique. Lorsqu'elle se porte bien (ou lorsqu'il n'y a pas de menace), elle peut facilement être mise de côté ou négligée, ce qui peut entraîner l'effritement graduel des capacités des organisations de santé publique.
- La gouvernance de la santé publique est plus efficace lorsqu'elle facilite « l'intégration des objectifs et des processus et le partage des ressources, des responsabilités et des actions » et, ce faisant, elle contribue à éliminer les « cloisonnements » (Shankardass *et al.*, 2012). Dans le cas contraire, il faut se demander si le mécanisme de gouvernance tel qu'il a été conçu devrait demeurer en place.

Messages clés

Une bonne gouvernance de la santé publique doit fondamentalement composer avec les questions de pouvoir et de privilège et viser les principes de l'équité, de l'anticolonialisme, de diversité des membres et de la délibération et prise de décisions transparentes et imputables. Les caractéristiques d'une gouvernance de la santé publique efficace comprennent :

- la résilience, définie comme une gouvernance qui s'adapte aux chocs systémiques;
- un leadership compétent, qui comprend les connaissances pratiques nécessaires pour naviguer les changements politiques et sociétaux afin de prendre en charge les crises aiguës en santé publique et d'atteindre la santé sociétale;
- des capacités structurelles, découlant d'un mandat, de main-d'oeuvre, liées à la charge de travail, de rendement et de supervision, dotées des ressources nécessaires, qui devraient être interprétés dans le contexte d'un système interrelié.

5.4 Modèles, approches et fonctions de gouvernance

Dans notre examen, nous avons également tenté d'identifier des modèles, des approches et des fonctions de gouvernance; toutefois, il n'y a pas de modèle unique de gouvernance privilégié pour la santé publique. N'empêche, le consensus émergent est qu'une **combinaison d'approches de gouvernance** est justifiée en raison de la complexité de la santé publique et de la diversité des intervenants à mobiliser.

Les modèles de gouvernance peuvent être classés de façon générale en modèles **hiérarchiques ou collaboratifs** (aussi appelés modèles de gouvernance « en réseau »). La gouvernance hiérarchique est une approche bureaucratique « descendante » de la gouvernance, où un nombre limité d'autorités centralisées participent à la prise de décisions et exercent une influence descendante sur tous les ordres de gouvernement (Hill et Lynn Jr., 2004; Hooghe et Marks, 2003). La gouvernance collaborative peut

être définie comme un arrangement de gouvernance dans lequel un ou plusieurs organismes publics mobilisent des intervenants non étatiques dans des processus collectifs de prise de décisions qui sont formels, axés sur le consensus et délibératifs, afin de mettre en œuvre des politiques publiques ou de gérer des ressources publiques (Ansell et Gash, 2007; Emerson *et al.*, 2012). La gouvernance collaborative comprend donc six critères : i) un forum est instauré par des organismes ou des institutions publiques; ii) les participants au forum incluent des intervenants non étatiques; iii) les participants sont mobilisés directement aux fins de la prise de décisions, plutôt que d'être simplement consultés par les organismes publics; iv) le forum a une structure officielle et se réunit avec tous ses intervenants; v) les décisions du forum sont fondées sur le consensus; vi) la collaboration est axée sur la politique publique ou la gestion des ressources publiques (Ansell et Gash, 2007).

- Il est également important de souligner les différents rôles qui sont définis grâce à la gouvernance. Une distinction importante est faite dans la littérature entre les rôles *de jure* (rôles de gouvernance explicites, officiels ou énoncés) et d'autres aspects « souples » ou « tacites » de la gouvernance, qui comprennent la gestion des relations et la gestion des valeurs (Sheikh *et al.*, 2020; Sriram *et al.*, 2020).
- Rôles de gouvernance *de jure* : responsabilités officielles et sanctionnées en matière de santé publique (dans le contexte canadien par exemple, la *Loi sur la mise en quarantaine* en vertu du paragraphe 91 [11] de la *Loi constitutionnelle de 1867* [Brideau et Brosseau, 2019]).
- Rôles de gouvernance *tacites ou souples* :
 - En réponse à l'évolution des contextes politiques, économiques, écologiques et épidémiologiques, les autorités de la santé publique doivent se préparer et réagir aux crises sanitaires et environnementales et s'adapter aux changements économiques et sociaux.
 - Gérer les relations à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement avec des dynamiques de pouvoir variables.
 - La mise en place d'une gestion efficace de ces relations assure également une plus grande participation à l'élaboration des politiques, ce qui facilite à son tour l'appropriation, la diversité et l'efficacité du processus d'élaboration des politiques.

Les rôles de gouvernance *de jure* et souples ne s'opposent pas les uns aux autres. Mais l'une des difficultés à surmonter est de veiller à ce qu'ils maintiennent un lien entre eux (c.-à-d. que les rôles de gouvernance *de jure* appuient les rôles de gouvernance souples).

- *Gestion des valeurs* : Les structures de gouvernance doivent également tenir compte de ce que les chercheurs ont appelé la « gestion des valeurs ». Cette perspective a un impact sur la façon dont la santé publique est valorisée par la société, à savoir si elle est considérée comme un bien commun ou non. Pour ce faire, les chefs de file en santé publique doivent maintenir leurs rôles de gouvernance et mettre en place des processus qui « font progresser les valeurs et les grands objectifs (publics) liés à la santé et à la société » (Sheikh *et al.*, 2020; Sriram *et al.*, 2020). Les valeurs sont souvent considérées comme « latentes, amorphes et façonnées par des contextes politiques, sociaux et organisationnels » (Sheikh *et al.*, 2020; Sriram *et al.*, 2020), et ne se prêtent donc pas toujours au changement. Toutefois, les autorités de la santé publique doivent néanmoins mettre en place des mécanismes pour gérer et promouvoir ces valeurs (Sheikh *et al.*, 2020; Sriram *et al.*, 2020).
- *Gestion des relations* : Les études qui ont caractérisé la gouvernance des relations entre les secteurs gouvernementaux ont dégagé quatre approches (Solar et Irwin, 2007) :
 - l'échange d'information (relations unidirectionnelles passives entre les secteurs à l'intérieur et à l'extérieur de la santé publique);

- la coopération (interaction entre les secteurs pour améliorer l'efficacité; une certaine perte d'autonomie pour chaque secteur);
 - la coordination (entraîne des ajustements pour améliorer l'efficacité et l'efficacité; financement partagé; plus grande dépendance et perte d'autonomie);
 - l'intégration (processus politique multisectoriel façonné avec d'autres secteurs).
- Six **fonctions** pour une gouvernance efficace ont été dégagées (Carlson *et al.*, 2015; Kickbusch et Gleicher, 2012; Sriram *et al.*, 2020) :
- élaboration de politiques (politiques stratégiques et adaptatives en matière de santé publique);
 - pouvoir conféré par la loi (législation axée sur la santé publique; réglementation);
 - supervision (p. ex., leadership et intendance; organismes indépendants et experts; attention portée à la conception et à l'imputabilité du système);
 - intendance des ressources (p. ex., des structures de santé publique résilientes);
 - mobilisation des partenaires (p. ex., établissement d'une coalition; collaboration à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé des intervenants gouvernementaux, communautaires, du secteur privé et de la société civile);
 - amélioration continue (p. ex., prévoyance et gestion de l'information; recherche sur des modèles de gouvernance efficaces).

5.5 Le rôle du pouvoir conféré par la loi dans la gouvernance de la santé publique

Le droit concernant la santé publique a toujours été considéré comme un sous-domaine du droit de la santé. Cependant, des universitaires ont soutenu à juste titre que le droit de la santé publique devrait sortir de l'ombre du droit de la santé pour veiller à ce qu'il reste axé en amont sur la santé des populations et sur l'équité en santé – un domaine distinct avec ses propres objectifs normatifs (Berman, 2011). Comme il a été mentionné précédemment, pour maintenir leurs rôles de gouvernance, les dirigeants de la santé publique doivent s'engager dans la gestion des valeurs afin de faire progresser les valeurs qui s'alignent sur cette orientation en amont en matière de santé publique. La présente section porte sur les leçons tirées d'autres administrations qui ont utilisé différents instruments juridiques, ainsi que sur une analyse des répercussions possibles sur la santé publique au Canada.

5.5.1 RÔLES CLÉS DU DROIT DANS LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA ET EXEMPLES D'AUTRES JURIDICTIONS

- La loi peut jouer un rôle structurel pour définir la structure, les pouvoirs, les devoirs et les limites des organismes de santé publique et, par conséquent, avoir un impact sur la gouvernance et l'« infrastructure » connexe en santé publique (Burris *et al.*, 2012). Le droit infrastructurel traite de l'établissement des devoirs, des pouvoirs et des caractéristiques des organismes de santé publique (Moulton *et al.*, 2009). En effet, de résultats émergents issus d'études du Canada laissent entendre que, bien que les relations informelles existantes entre les ministères de la Santé et d'autres intervenants puissent suffire pour une action concertée sur des objectifs précis, cette dépendance à l'égard du pouvoir « souple » des intervenants individuels peut aussi contribuer à des incohérences entre les P/T et miner une approche « systémique » de la santé publique. La législation peut fournir le squelette structurel et les mécanismes nécessaires pour optimiser la coordination et la gestion entre les autorités F/P/T existantes en matière de santé publique en décrivant les rôles et les responsabilités et en délimitant les processus décisionnels et d'imputabilité.

- Dans le même ordre d'idées et conformément aux principes de la gouvernance souple, Bernstein (2013) soutient que la capacité de préparation juridique en matière de santé publique doit également être développée à l'intérieur et à l'extérieur du domaine de la préparation aux situations d'urgence en santé publique (Bernstein, 2013). Une telle capacité est nécessaire pour orienter le travail quotidien des conseillers juridiques et des praticiens de la santé publique au palier local. Bernstein fait état de quatre éléments fondamentaux, soit : 1) les lois et les pouvoirs juridiques; 2) la capacité d'utiliser les lois de manière efficace et judicieuse; 3) la coordination des interventions fondées sur la loi entre les juridictions et les secteurs et 4) l'information sur les lois et les pratiques exemplaires en matière de santé publique. Dans un contexte d'urgence, il est important que les responsables de la santé publique reconnaissent le partage du pouvoir judiciaire entre le gouvernement fédéral et les autorités infranationales (p. ex., les P/T au Canada ou les États aux É.-U.) et soient prêts à répondre de manière efficace aux questions juridiques qui pourraient être soulevées dans l'un ou l'autre des systèmes. Comme stratégie pour composer avec ces situations, des « cahiers d'audience » sur le droit de la santé publique ont été préparés dans certains États en consultation avec les responsables de la santé sur la transmission des maladies épidémiques, la réponse de la santé publique aux éclosions de maladies et le rôle des tribunaux dans les éclosions de maladies (Stier *et al.*, 2007).
- Il faut également préciser clairement ce qui est financé pour renforcer la capacité par le biais de la loi habilitante. Hughes et Mann (2020) ont mis en lumière quatre questions clés lorsqu'il s'agit de financer des initiatives de santé publique en vertu de lois aux É.-U. Dans le contexte de l'initiative « Accountable Communities for Health » (communautés imputables pour la santé) (partenariats multisectoriels entre divers secteurs publics pour aborder les déterminants sociaux de la santé), les auteurs posent la question : « Qui est mobilisé et quelles sont les activités de base? Les fonctions d'infrastructure pourraient-elles être remboursées sous forme de coûts directs ou administratifs? Les fonds seront-ils tressés ou combinés? Quel est l'échéancier pour le soutien des infrastructures? » (Hughes et Mann, 2020). DeSalvo *et al.* (2019) vont jusqu'à suggérer la création d'un fonds d'infrastructure de santé publique pour financer directement les capacités en santé publique dans l'ensemble des gouvernements étatiques, locaux, régionaux et tribaux aux É.-U. (DeSalvo *et al.*, 2019).
- Enfin, les coûts associés à l'établissement ou à la révision des lois sur la santé publique méritent également d'être examinés attentivement. Wilson *et al.* (2012) a entrepris une analyse coût-efficacité de la législation sur la santé publique en Nouvelle-Zélande (définie comme une loi du Parlement ou un règlement promulgué par un gouvernement central) (Wilson *et al.*, 2012). Les évaluations économiques peuvent aider à évaluer l'utilisation des nouvelles lois comme interventions en santé publique et à les comparer à des solutions de rechange. Bien que ces méthodes aient des limites connues et dépendent du contexte (p. ex., les coûts liés à l'adoption de lois varieront selon le nombre de paliers de gouvernement concernés et selon les hypothèses sur le temps consacré à l'élaboration de la loi), ces évaluations peuvent s'avérer instructives pour documenter les coûts associés à l'élaboration d'une nouvelle loi ou d'un nouveau texte législatif.

5.5.2 LEÇONS APPRISSES DES É.-U. ET RÉPERCUSSIONS POUR LE CANADA

- Comme l'indiquent les analyses de la *Affordable Care Act* (loi sur les soins abordables) des É.-U., les promoteurs de ce projet de loi sur la réforme des soins de santé qui se fait attendre depuis longtemps n'étaient probablement guère « enclins (ou incités politiquement) à s'engager dans un débat distinct sur l'orientation de la politique de santé publique », sujet peu développé dans cette loi (Berman, 2011). En revanche, bien que la *Loi canadienne sur la santé* (la loi fédérale sur l'assurance-maladie) soit en vigueur depuis 1984, on a demandé qu'elle soit réexaminée pour tenir compte de l'assurance-médicaments nationale, de la santé publique et d'autres types de programmes et de services de santé qui n'étaient pas inclus auparavant. L'expérience américaine et les

recommandations des intervenants canadiens (Association canadienne de santé publique, 2019, 2021) préconisent une loi distincte axée sur la santé publique au Canada qui ne soit pas en concurrence avec d'autres intérêts axés sur les soins de santé. Il vaut la peine de se pencher sérieusement sur cette question.

- Bien que la pandémie actuelle puisse offrir des *occasions* de revitaliser les systèmes de santé publique au Canada, un paradigme de santé publique en amont doit encadrer nos orientations, y compris tout effort législatif futur. Par exemple, aux É.-U., le projet de loi sur la santé publique a suscité une opposition politique en raison des tensions perçues dans la réglementation des comportements individuels par rapport à la promotion de la santé des populations (Wiley *et al.*, 2013). Pour atténuer ce problème, certains universitaires ont laissé entendre qu'il faut situer les problèmes de santé publique sous l'angle de la vision collective et de l'action communautaire (Wiley *et al.*, 2013), qui reposent sur les principes de l'équité et de la justice sociale.
- Un tel cadre législatif (*de jure*) pourrait être appuyé par un accord de financement national et tirer parti du rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer dans la supervision des ressources (Naylor, 2003). Il devrait intégrer des mesures du rendement de la prestation des services de la santé publique conformément à des normes nationales (Association canadienne de santé publique, 2021). Si elle était établie, cette approche se traduirait par des « normes de soins » dans le domaine de la santé publique qui s'appliquent, peu importe le lieu de résidence au pays.
- Ce n'est pas la première fois que l'on apporte des modifications à des lois fédérales à la suite d'une urgence de santé publique au Canada. En effet, à la suite de la crise du SRAS, la *Loi sur la mise en quarantaine* (qui était demeurée inchangée depuis 1972) a été modernisée en 2006 afin de l'harmoniser avec le *Règlement sanitaire international*. Le besoin plus vaste d'harmoniser les cadres législatifs P/T a également été réexaminé après le SRAS et la grippe H1N1 afin de clarifier les rôles F/P/T pendant les pandémies et d'améliorer la collaboration; toutefois, le rapport du Sénat sur la grippe H1N1 a finalement préconisé d'utiliser des mécanismes et des protocoles d'entente F/P/T, plutôt que des lois, pour atteindre ces objectifs (Eggleton *et al.*, 2010; Fierlbeck et Hardcastle, 2020).
- Les données probantes tirées de la littérature pointent vers les caractéristiques de lois modèles en santé publique. Une étude menée aux É.-U. a permis de recenser 107 lois modèles en santé publique mises de l'avant par 42 organisations distinctes, ce qui prêche à penser que la loi peut être un outil utile pour faire progresser les objectifs de santé publique. Toutefois, les auteurs suggèrent qu'il faille adopter une approche plus systématique pour concevoir des lois modèles en santé publique et que leurs promoteurs doivent être plus transparents au sujet de l'élaboration, de l'adoption et de l'efficacité de ces modèles (Hartsfield *et al.*, 2007). Des analyses juridiques en continu sont également nécessaires pour comprendre comment ces lois protègent et favorisent les objectifs en matière de santé publique, y compris les façons dont elles s'alignent avec des principes constitutionnels et la doctrine sur le rôle du gouvernement. Ces analyses fourniraient une orientation utile à la pluralité des décideurs, des praticiens et des avocats en santé publique qui évaluent activement la possibilité d'utiliser le droit comme outil de santé publique.
 - Par exemple, le *Turning Point Act* (loi sur la délégation de certains pouvoirs en matière de santé publique) a été vantée comme un modèle historique de loi sur la santé publique aux É.-U. Introduite pour la première fois en 2003, ses dispositions « comprennent des fondements constitutionnels et éthiques solides pour l'infrastructure, le pouvoir, les pratiques et les mesures de protection des organismes de santé publique locaux et des États ». Plutôt que de présenter des mandats stricts, la Loi est un « modèle » qui offre un éventail de dispositions que les représentants des États et des municipalités peuvent utiliser à leur gré pour évaluer leurs textes législatifs et leurs réglementations en matière de santé publique. (Hodge *et al.*, 2006). De 2003 à 2007, 33 États ont présenté 133 projets de loi (dont 48 ont été adoptés) fondés sur cette loi

(Khalidun, 2010). Toutefois, à notre connaissance, comme il n'existe aucune donnée probante publiée au sujet de cette Loi après 2010, il n'est pas clair si les États utilisent actuellement la Loi à des fins législatives, surtout après l'adoption de la *Patient Protection and Affordable Care Act* (loi sur la protection des patients et les soins abordables) par le gouvernement fédéral en 2010. Quoiqu'il en soit, l'élaboration et la mise en œuvre de la *Turning Point Act* pourraient fournir des leçons utiles si le Canada s'engageait dans l'élaboration d'une loi nationale sur la santé publique ou de nouvelles normes nationales de santé publique qui pourraient éclairer les normes ou les lois à d'autres paliers du système de santé publique.

- Comme l'indique l'exemple précédent, des compétences juridictionnelles claires sont essentielles à une gouvernance efficace. Les responsabilités de différents paliers de gouvernement (fédéral, étatique et local dans le contexte américain) se recoupent dans la gouvernance de la santé publique. Le droit de préemption, ou lorsque le droit d'un palier de gouvernement a préséance sur le droit d'un autre, bien qu'il soit parfois justifié, peut aussi freiner l'innovation en matière de politiques. L'application conjointe – lorsque des organismes étatiques et fédéraux appliquent conjointement des règlements en matière de santé et de sécurité – est une question qui mérite d'être examinée plus à fond, même si les données probantes sur l'efficacité de ce modèle à ce jour ne sont pas concluantes. Des recherches plus poussées sur les relations hiérarchiques entre les différents paliers de gouvernement, y compris des analyses juridiques approfondies, peuvent aider à améliorer la compréhension des facteurs juridiques habilitants qui contribuent à une gouvernance de la santé publique efficace (Burris *et al.*, 2012). Par exemple, les leçons tirées de l'épisode de grippe H1N1 aux É.-U. ont révélé qu'aucune administration américaine – étatique, locale, tribale ou fédérale – n'était prête, *sur le plan législatif*, à composer avec une menace majeure pour la santé publique. Les auteurs recommandent d'accorder une attention particulière aux politiques de préparation de l'État et des services de santé publique locaux, à l'éducation de la main-d'œuvre en santé et aux ressources à mobiliser pour offrir de la formation aux unités de santé étatiques et locales sur les questions juridiques, ou d'élargir l'accès des services de santé locaux à des avocats ayant une expérience pertinente en santé publique. Ils ont également suggéré que le milieu de la santé publique s'appuie sur les efforts financés par le CDC de l'Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO) et la National Association of County and City Health Officials (NACCHO) pour faciliter l'évaluation continue des politiques afin d'éclairer l'élaboration de politiques de planification qui permettront de réagir avec plus d'agilité aux urgences de demain (O'Connor *et al.*, 2011). L'ASPC pourrait examiner cette approche en collaboration avec les gouvernements P/T, les administrations locales et autochtones, et d'autres intervenants en santé publique.

Messages clés

La législation en matière de santé publique et d'autres instruments juridiques sont des fonctions clés de la gouvernance. Au moment d'entreprendre une réforme de la gouvernance, le rôle structurel de la loi doit être pris en compte et analysé en fonction de ses répercussions sur la gouvernance. En ce qui concerne la gouvernance de la santé publique, la capacité de préparation légale doit être développée à l'intérieur et à l'extérieur de ce domaine particulier et garantir la connaissance des pouvoirs juridictionnels partagés. Il faut également tenir compte des coûts associés à l'élaboration de lois de santé publique et d'autres initiatives de financement de la gouvernance. Les leçons tirées des É.-U. sur les aspects juridiques de la gouvernance de la santé publique incluent celles tirées des analyses de la *Patient Protection and Affordable Care Act*, des lois modèles sur la santé publique et des pouvoirs juridictionnels pour accroître l'efficacité de la gouvernance. La pertinence d'une orientation juridique en amont en matière de santé publique, l'attention portée aux coûts connexes, ainsi que la capacité d'analyse et de financement sont autant de facteurs importants à examiner pour garantir l'efficacité de la gouvernance de la santé publique.

5.6 Gouvernance (pour la santé publique)

En nous appuyant sur la littérature conceptuelle et empirique sur la gouvernance examinée ci-dessus, nous examinons ensuite comment la gouvernance est opérationnalisée dans le contexte des réformes de la santé publique. Nous analysons d'abord les mécanismes de gouvernance F/P/T existants en santé publique au Canada. Nous présentons ensuite les points saillants de deux études de cas sélectionnées de façon raisonnée sur la gouvernance de la santé publique au R.-U. et dans la province du Québec au Canada.

5.6.1 MÉCANISMES DE GOUVERNANCE EXISTANTS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

- À la suite de la crise du SRAS de 2003, un certain nombre de mécanismes officiels de gouvernance ont été mis en place pour renforcer la collaboration en santé publique au Canada. Rendant ses comptes à la Conférence des sous-ministres F/P/T de la Santé, le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) a été créé en 2005 pour réunir différents secteurs et paliers de gouvernement afin de faciliter la collaboration intergouvernementale et la coordination sur les questions de santé publique tout en respectant les responsabilités juridictionnelles en santé publique (Fierbeck, 2010; Pan-Canadian Public Health Network, 2020). Coprésidé par un administrateur fédéral (c.-à-d. l'ACSP) et un coprésident P/T (un médecin hygiéniste en chef P/T), le Conseil du RSP sert de forum central de gouvernance et fournit une orientation stratégique aux dirigeants de la santé publique du Canada en ce qui concerne l'élaboration et l'harmonisation des politiques en matière de santé publique et la coordination et l'exécution efficaces des activités connexes, y compris la négociation et la mise en œuvre d'ententes F/P/T officielles sur la santé publique (Réseau pancanadien de santé publique, 2016; Pan-Canadian Public Health Network, 2020). Trois comités directeurs (Maladies transmissibles et infectieuses, Personnes et communautés en santé et Infrastructure de santé publique) relèvent du Conseil du RSP.
- Le Comité consultatif spécial (CCS) est un mécanisme qui est activé pour appuyer l'intervention d'urgence en santé publique (p. ex., crise des opioïdes, COVID-19) sous l'égide du RSP. Des groupes de travail à durée limitée ont également été mis sur pied à la demande des comités directeurs pour fournir des conseils et faire progresser les travaux techniques et politiques. Le Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC) offre des conseils techniques et scientifiques au Conseil du RSP, aux comités directeurs et aux groupes de travail. En résumé, les structures encadrant les relations F/P/T en santé publique ne manquent pas au Canada.

5.6.1.1 Examen des mécanismes de gouvernance de la santé publique

- Les examens opérationnels du RSP ont été effectués en 2008, en 2011 et, plus récemment, en 2017. L'examen de 2017 a donné lieu à 22 recommandations portant sur quatre domaines, soit le mandat et la structure, la communication et le processus, la mobilisation et les relations, ainsi que la planification, le suivi et l'évaluation. Bien que des points forts aient été cernés (p. ex., l'amélioration du réseautage entre les membres; le rôle et la structure uniques du Réseau au sein du système de santé), plusieurs points à améliorer ont été relevés. Il s'agit notamment de déterminer un plus petit nombre de priorités précises, de clarifier le rôle du Réseau dans la mise en œuvre des livrables en santé publique et d'élaborer un cadre de mesure robuste pour guider l'évaluation des initiatives du Réseau. Des préoccupations ont également été soulevées au sujet des « lignes floues entre le CMHC et le Conseil du RSP » (un problème qui a également été soulevé dans l'examen opérationnel de 2011). Cela dit, le CCS est considéré comme une structure efficace pour faire face aux urgences et aux crises en santé publique (Dyke, 2017). Compte tenu de la prolifération des structures

consultatives fédérales en santé publique² pendant la pandémie de COVID-19 (p. ex., les comités consultatifs d'experts et les groupes de travail mis sur pied par le portefeuille de la Santé et le Bureau de la conseillère scientifique en chef), la pandémie a mis en évidence le besoin d'effectuer une évaluation plus poussée du rôle du CCS.

- Des progrès notables ont été réalisés dans la mise en œuvre des 22 recommandations, sauf dans quelques domaines. Ces dernières ont été intégrées dans les plans de renouvellement du RSP et comprennent le renforcement de la participation d'autres intervenants (p. ex., Centres de collaboration nationale en santé publique, IRSC et organisations non gouvernementales). Des progrès ont été réalisés en ce qui concerne la mobilisation des Autochtones. Par exemple, un Groupe de travail sur la santé publique dans les communautés autochtones éloignées et isolées du CCS a été mis sur pied afin de préparer des rapports et de formuler des recommandations dans des domaines qui traitent des impacts plus vastes de la COVID-19 sur le mieux-être, le soutien offert aux consommateurs de substances, la guérison axée sur la nature et la vaccination. Le groupe de travail comprend plus de 30 partenaires autochtones à l'échelle nationale et régionale, ainsi que des P/T, l'ASPC, Services aux Autochtones Canada et des organisations non gouvernementales autochtones.
- En 2019, le Conseil du RSP a également adopté une stratégie de mesure du rendement qui vise à mesurer « l'impact et l'influence du RSP sur une période de cinq ans » en évaluant les processus et les outils de collaboration continus (p. ex., directives et rapports fondés sur des données probantes); les priorités et les initiatives en matière de santé publique; la qualité des interventions en cas d'événements et d'urgences en santé publique; l'amélioration de l'accès à l'information pertinente et en temps opportun sur la santé publique provenant de toutes les juridictions et la promotion d'initiatives partagées ou coordonnées sur les enjeux émergents en santé publique grâce à une collaboration efficace (Pan-Canadian Public Health Network, 2019). Bien que cette stratégie soit prometteuse et réponde à une lacune notable dans l'évaluation des structures de gouvernance en santé publique, elle n'a pas encore été mise en œuvre en raison de la COVID-19.
- Dans leur forme actuelle, ces structures reposent sur des rôles de gouvernance tacites ou souples, qui sont ajustés selon l'évolution du contexte et gèrent les relations au sein du gouvernement et à l'extérieur du gouvernement avec des dynamiques de pouvoir variables (Sheikh *et al.*, 2020). Si elles sont gérées efficacement, ces relations peuvent assurer une plus grande participation et un plus grand sentiment d'appartenance au processus d'élaboration des politiques. Cela dit, elles entraînent des coûts transactionnels considérables (p. ex., réunions, collaboration dans le cadre d'initiatives conjointes) pour les membres concernés (un enjeu soulevé dans les examens précédents). Une analyse coûts-avantages permettrait de confirmer la valeur de ces interactions. Bien que ces structures utilisent des approches de gouvernance souple, elles comprennent des processus officiels encadrant la consultation des P/T et pour éclairer la prise de décisions pour les sous-ministres et les ministres F/P/T.

5.6.1.2 Répercussions sur la gouvernance future de la santé publique

Il va bien au-delà de la portée du présent document d'évaluer pleinement les structures de gouvernance existantes; toutefois, en regard des fonctions de gouvernance en santé publique cernées par Carlson *et al.* (2015), il serait prudent de s'assurer que le mandat, les rôles et les responsabilités (supervision stratégique et des ressources), ainsi que des priorités claires en matière de santé publique (élaboration de politiques) pour le RSP soient bien alignés sur les efforts de renouvellement de la santé publique. Il serait aussi prudent de s'assurer que les liens stratégiques avec les intervenants clés (mobilisation des

² Parmi les exemples de structures consultatives liées à la COVID-19, mentionnons le Groupe de travail sur l'immunité et le Groupe de travail sur les vaccins, qui ont pour mandat de fournir des conseils en matière d'investissement et d'achat dans les domaines des vaccins et de la biofabrication en lien avec la COVID-19. Ces structures mobilisent les gouvernements F/P/T ainsi que des experts et des secteurs autres que du domaine de la santé publique.

partenaires) continuent d'aller au-delà de l'échange d'information, afin de faciliter l'amélioration de la coopération et de la coordination, d'accroître l'efficacité et l'efficacités, de créer des occasions de financement partagé et de faciliter l'intégration d'approches dans le cadre desquelles les processus sont façonnés avec d'autres secteurs que celui de la santé publique. La représentation au sein de ces structures doit refléter, sur une base continue, de multiples secteurs, disciplines et rôles (techniques et non techniques), tenir compte du besoin de décolonisation et se soucier explicitement de la diversité, de l'équité et de l'inclusion. Il convient de noter que la structure actuelle ne comprend pas d'interactions avec d'autres secteurs pour faire progresser l'équité en santé. Enfin, comme il est déjà proposé et prévu pour le RSP, ces structures doivent également être surveillées et évaluées de façon régulière pour en évaluer l'efficacité (amélioration continue).

Ces structures sont mises en place pour faciliter la collaboration F/P/T, mais elles ne doivent pas pour autant être considérées comme un substitut à une définition claire du rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique, lequel pourrait comprendre l'établissement de normes et l'exercice de son pouvoir financier lié à des priorités clairement définies et déterminées conjointement. Le défi fondamental en matière de gouvernance de la santé publique au Canada consiste à élaborer une structure plus unifiée qui offre une approche nationale de la santé publique, assortie de rôles et de responsabilités clairement définis, tout en respectant les différentes responsabilités juridictionnelles (Association canadienne de santé publique, 2021; Public Health Agency of Canada et Canadian Institutes of Health Research, 2021). Cet objectif pourrait être atteint en partie par l'élaboration d'une législation nationale distincte en matière de santé publique (gouvernance *de jure*), appuyée au départ par l'élaboration d'un cadre législatif en matière de consultation. Le rôle du droit dans la santé publique et sa gouvernance sont examinés plus en détail dans la section précédente.

5.6.2 GOUVERNANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : LEÇONS DU R.-U. ET DU QUÉBEC

5.6.2.1 Réformes de la santé publique au R.-U. (voir l'annexe B : Étude de cas : Réformes de la santé publique au R.-U. 2012-2021)

- En 2012, la fonction de santé publique a fait l'objet d'une réforme majeure dans le cadre de réformes plus vastes du système de santé du R.-U.. Public Health England (PHE) a été mis sur pied et la responsabilité de la santé publique a été transférée aux gouvernements locaux. D'importantes réductions des dépenses en santé publique ont suivi. Comme Hunter le souligne, il était « logique » de transférer le portefeuille de la santé publique au palier local, étant donné que les gouvernements locaux sont perçus comme le foyer naturel de la santé publique. Certains liens ont été conservés avec le National Health Service (NHS) pour assurer la continuité de la communication des conseils en matière de santé publique au palier local. Le NHS a également conservé certaines fonctions liées à la santé publique (c.-à-d. vaccination et immunisation). Les budgets ont été protégés pendant les premières années, mais ils n'ont pas été exemptés des compressions subséquentes à la suite des mesures d'austérité imposées par le gouvernement.
- Bien que l'on ait observé au départ des signes d'impact positif, les données probantes sur l'efficacité restent mitigées à ce jour. La position de la santé publique au sein des autorités locales varie grandement en fonction du contexte local, et il n'y a donc pas un seul « bon » modèle. La réorganisation constante et les compressions budgétaires donnent à penser que la santé publique locale est toujours en « état de mutation »; autrement dit, l'absence d'un mandat clair et stable et de ressources adéquates (fonctions de gouvernance clés) a probablement nui à son efficacité. Des conseils sur la santé et le bien-être ont également été mis sur pied dans chaque autorité locale, mais sans pouvoir exécutif. Ces conseils se sont appuyés sur des approches de « gouvernance souple » (c.-à-d. persuasion et influence) pour mettre en œuvre leurs stratégies avec un succès variable.

- On a aussi critiqué PHE parce qu'il paraissait manquer d'indépendance. En raison de l'impact de la COVID-19, du manque de préparation du gouvernement à la pandémie et des lacunes perçues dans le rendement de PHE, PHE a été récemment remplacé par deux nouvelles organisations : l'une axée sur le contrôle des maladies infectieuses, la sécurité de la santé et les pandémies et l'autre axée sur la promotion et l'amélioration de la santé. Il reste à voir si cette division des fonctions de santé publique dans la structure de gouvernance conduira à une plus grande fragmentation et diluera davantage l'impact global de la santé publique au R.-U.
- Malgré les engagements pris d'adopter une approche pangouvernementale de la santé, des tensions subsistent également entre les approches fondées sur le style de vie individuel et la lutte contre les causes en amont comme les déterminants commerciaux et sociaux de la santé. Entre-temps, le fossé des inégalités en santé continue de se creuser (examen de Marmot en 2020), en partie en raison des mesures d'austérité qui ont duré dix ans, ce qui indique un échec aux paliers local et surtout national dans l'intervention à l'égard des déterminants de la santé.
- En résumé, en partie à cause des mesures d'austérité du gouvernement de l'Angleterre, la dernière décennie a été ponctuée de plusieurs réformes, tant aux paliers local que national, qui ont entraîné une dévolution des fonctions de santé publique. Les compressions budgétaires, le manque de pouvoir exécutif et le manque d'indépendance perçu ont probablement miné l'efficacité de ces nouvelles structures, particulièrement pendant la pandémie de COVID-19, tandis que les iniquités en santé ont persisté. Les leçons tirées de l'étude de cas au R.-U. soulignent non seulement l'importance de la façon dont les fonctions de santé publique sont structurées, mais aussi le rôle de la gestion des valeurs; la nécessité pour les chefs de file en santé publique de promouvoir continuellement une orientation en amont en matière de santé publique, y compris d'accorder une attention particulière au redressement des iniquités sociale, raciale et en santé; et le besoin de mettre en place des mécanismes pour gérer et promouvoir ces valeurs (Sheikh *et al.*, 2020; Sriram *et al.*, 2020).

5.6.2.2 Étude de cas illustrative : Cadre de santé publique du Québec

L'étude de cas sur le cadre de santé publique du Québec (Champagne, Denis et Arpin) donne un exemple de la façon dont la législation en matière de santé publique peut orienter la gouvernance de la santé publique dans cette province, de concert avec d'autres fonctions liées à la gouvernance, y compris l'intendance des ressources et l'élaboration de politiques (**annexe C**). L'orientation législative au Québec cadre avec une approche de type « Santé dans toutes les politiques ». La *Loi sur la santé publique* de 2001 établit le cadre législatif des fonctions de santé publique. L'article 7 de la Loi décrit les obligations relatives à l'élaboration du Programme national de santé publique, par l'entremise de programmes de santé publique régionaux et locaux (articles 11 et 14), et décrit également les services de la santé publique fondés sur les fonctions essentielles de santé publique définies par l'OMS (c.-à-d. évaluation de la santé des populations, surveillance de la santé, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures et protection de la santé). Plusieurs autres lois, programmes, politiques et outils ont été élaborés selon une approche de la « Santé dans toutes les politiques ». Ils comprennent : un mandat pour le développement durable des mesures administratives publiques (la *Loi sur le développement durable*), un mandat pour la surveillance du rendement du système de santé et la reddition de comptes à ce sujet (la *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*), un plan d'action pour que tous les ministères du Québec contribuent à la promotion de la santé et la prévention (la *Politique gouvernementale de prévention en santé [PGPS]* et son *Plan d'action interministériel [PAI] 2017-2021*) et l'élaboration d'un cadre d'évaluation d'impacts de toutes les initiatives proposées sur la santé (l'Évaluation d'impact sur la santé). Un certain nombre de structures administratives et d'intervenants jouent un rôle dans la planification et la prestation des services de la santé publique (voir l'**annexe C**). Les priorités du Programme national de santé publique (PNSP) sont claires et définies. Elles

comprennent le développement de la petite enfance et des jeunes, les modes de vie et un environnement sain et sécuritaire, la prévention des maladies infectieuses, la gestion des risques et la préparation aux situations d'urgence, avec la surveillance de la population comme fonction transversale (2015-2025).

En dépit d'une vision audacieuse et d'un mandat législatif appuyé par un ensemble complet d'instruments de politique, ces mesures n'ont pas donné lieu à des services de santé publique ayant des ressources adéquates au Québec. De 2004 à 2018, le financement de la santé publique au Québec a été considérablement réduit, juste avant le début de la pandémie de COVID-19. Les auteurs de l'étude de cas ont relevé **cinq vulnérabilités systémiques** :

- Niveaux faibles et inadéquats de financement de la santé publique (comparativement à d'autres programmes de santé);
- Préoccupations que la santé publique soit à l'avenir principalement axée sur la protection de la santé (à la lumière de la COVID-19);
- Poursuite de la médicalisation des services de soins primaires dirigés principalement par des médecins, ce qui réduit l'importance des services de promotion de la santé et de prévention;
- Manque de liens entre les décideurs provinciaux et les paliers régional et local, en partie attribuable à l'approche centralisée de la gouvernance de la santé publique au Québec;
- Risque accru d'ingérence politique en raison d'un modèle décisionnel centralisé (p. ex., le directeur national de la santé publique est également le sous-ministre adjoint de la Santé et des Services sociaux et doit donc assumer des rôles politiques et de gestion, ce qui expose à un risque d'ingérence politique dans la prise de décisions en matière de santé publique).

Compte tenu de ces vulnérabilités, **sept étapes** sont proposées pour le renouvellement de la santé publique dans le contexte de l'étude de cas du Québec, qui pourraient s'appliquer à d'autres juridictions.

- Reconnaître l'éventail complet des fonctions de la santé publique.
- Renouveler la gouvernance de la santé publique aux paliers central et régional, créer une structure centrale indépendante des soins de santé et qui transcende les frontières ministérielles (pour assurer une approche de la Santé dans toutes les politiques) et inclure des dispositions pour protéger les ressources dédiées. Au palier régional, les autorités de santé publique doivent établir des partenariats avec différents organismes publics, communautaires et universitaires pour gérer le spectre des facteurs qui influent sur la santé des populations.
- Renforcer les liens entre la santé publique et les soins primaires.
- Améliorer la collecte et l'analyse en temps réel des données afin d'appuyer une surveillance plus efficace de la santé des populations et des iniquités en santé, ainsi que des menaces.
- Transformer la santé publique en un système novateur et apprenant en renforçant les liens entre la formation, la recherche et la pratique.
- Repenser la direction des systèmes pour en faire une responsabilité partagée et collective en intégrant pleinement un éventail de disciplines dans la résolution de problèmes complexes de santé publique.
- Réaffirmer le caractère central des approches de la « Santé dans toutes les politiques » et intersectorielles de la santé et du bien-être.

Comme le montre ce cas, une législation solide en matière de santé publique, des priorités claires et des structures saines du système de santé publique, bien qu'elles soient nécessaires, demeurent insuffisantes pour garantir que l'éventail complet des fonctions de santé publique soit pris en compte, que ces fonctions soient dotées de ressources adéquates et que la gouvernance de la santé publique soit optimisée. En éliminant les vulnérabilités du système et de la gouvernance et en mettant en œuvre la voie proposée pour le renouvellement, le système de santé publique du Québec pourrait redevenir un modèle exemplaire pour améliorer la santé des populations et l'équité en santé.

5.7 Gouvernance (la santé publique travaillant avec d'autres secteurs)

Dans cette section, nous analysons des questions de gouvernance liées au travail de la santé publique avec d'autres secteurs. Compte tenu de cette vaste portée, les organismes de santé publique de tous les paliers du système doivent travailler en étroite collaboration avec les intervenants à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé pour atteindre les objectifs de santé des populations et d'équité en santé. Les 17 Objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies définissent un cadre d'action mondial audacieux destiné à *tous* les pays (y compris le Canada) afin de promouvoir la santé des personnes et de notre planète, tout en ne laissant personne pour compte (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2016). Cependant, comme l'ont fait valoir des chercheurs, un changement de paradigme sera nécessaire pour réaliser des progrès importants afin de réaliser ce programme audacieux (Buse et Hawkes, 2015).

Pour y parvenir, il faudra relever cinq défis, notamment accroître les efforts de leadership intersectoriels et coordonnés qui interviennent sur les moteurs socioéconomiques, politiques et juridiques de la santé, et mettre davantage l'accent sur la prévention plutôt que sur le traitement. Un accent renouvelé sur l'action intersectorielle en matière de santé a donc vu le jour en partie en raison de l'importance qui lui est accordée dans les ODD. Toutefois, cet ensemble d'orientations politiques mondiales a également élargi les attributions de la santé (y compris de la santé publique) « dans les domaines de l'intendance, de la réglementation, de la gestion des ressources, de la gestion de l'information, de l'autonomisation des citoyens et de la promotion des innovations » (Sheikh *et al.*, 2020). La présente section traite en particulier des fonctions de gouvernance liées à l'élaboration de politiques et à la mobilisation des partenaires, mais également des pouvoirs conférés par la loi et de l'intendance des ressources (Carlson *et al.*, 2015).

Les approches intersectorielles sont fondées sur l'« approche de la santé des populations », qui reconnaît que la santé des populations est une responsabilité partagée entre multiples acteurs (Cohen *et al.*, 2014). Idéalement, des approches intersectorielles qui confèrent un rôle central aux gouvernements encouragent ceux-ci à concevoir et à évaluer l'efficacité des politiques en tenant compte des effets sur la santé. Bien que certaines de ces approches intersectorielles puissent être systématiques dans leur approche pour aborder l'équité en santé, d'autres ont été mises en œuvre de façon ponctuelle, et des mesures ont été prises seulement lorsque de nouveaux problèmes d'équité en santé ont été cernés. Cette première option est illustrée par l'approche dite de « la Santé dans toutes les politiques » (Castell-Florit Serrate, 2007; Harris *et al.*, 1995; Agence de la santé publique du Canada *et al.*, 2007; Organisation mondiale de la santé et Agence de la santé publique du Canada, 2008). L'action intersectorielle semble avoir été utilisée le plus souvent pour aborder les déterminants de la santé en aval et en milieu de parcours, l'action sur les déterminants en amont étant moins souvent abordée. Avant le rapport de 2008 de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, les instances supranationales n'avaient jamais pris de mesures concertées pour aborder les déterminants *structurels* des inégalités (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008; Muntaner *et al.*, 2009; O'Campo *et al.*, 2009; Shankardass *et al.*, 2012)

Si la santé publique (en tant que secteur de la santé) doit jouer le rôle de champion de la santé des populations et de l'équité en santé, elle doit avoir accès aux leviers, aux pouvoirs et aux ressources nécessaires pour « gouverner » ou pour cogouverner. La santé des populations est influencée par des facteurs mondiaux, politiques, économiques et sociaux à l'extérieur du système de santé publique. « L'idée de la santé publique comme intendant de la santé des populations doit être sérieusement prise en considération, surtout si la santé publique continue d'être exclue du processus décisionnel et que son rôle dans la protection et la promotion de la santé est relégué à l'arrière-plan » (Jarvis *et al.*, 2020). L'élaboration d'approches intersectorielles fait intervenir divers intervenants, y compris de multiples paliers de gouvernement et la société civile, qui s'emploient à régler des problèmes complexes d'équité en santé (Shankardass *et al.*, 2012). Shankardass *et al.* (2018) postulent qu'une approche axée sur « la Santé dans toutes les politiques » (SdTP) exige « un processus d'adaptation continu » pour composer avec les complexités et les incertitudes associées à la collaboration entre des intervenants gouvernementaux.

Dans l'ensemble, les efforts déployés pour étudier le rôle des institutions et des intervenants politiques engagés dans l'action intersectorielle ont été guidés par deux axes de recherche, soit l'étude des mécanismes horizontaux de coordination et de gouvernance, y compris les changements apportés aux structures institutionnelles à l'appui du modèle de la SdTP. (Kickbusch et Buckett, 2010), et le rôle des différents acteurs sociaux engagés dans l'action intersectorielle. Grâce à deux études de cas, Clavier et Gagnon ont démontré que ces interactions complexes sont influencées par différentes caractéristiques du secteur de politique publique que représentent les acteurs. Celles-ci comprennent les institutions, les idées et les acteurs (Clavier et Gagnon, 2013). Pour promouvoir une innovation intersectorielle efficace, il est nécessaire de mieux identifier les institutions, les acteurs et les idées pertinents pour l'action intersectorielle particulière envisagée, et de sélectionner des instruments qui sont plus sensibles à la diversité des acteurs mobilisés afin qu'ils puissent participer de manière plus concertée et trouver un terrain d'entente pour une action intersectorielle. En ce qui concerne les institutions, la gouvernance de la santé publique influe sur la coordination intersectorielle, tout comme les ententes générales de gouvernance, c'est-à-dire la façon dont la collaboration intersectorielle est reconnue dans les procédures d'imputabilité et la façon dont elle est mise en œuvre. Par exemple, un comité intersectoriel sera beaucoup moins efficace si les fonctionnaires qui y participent n'ont pas le pouvoir de prendre des décisions (Greer et Lillvis, 2014). La création d'une culture d'apprentissage évolutive qui favorise la confiance et le partage des valeurs peut également aider à faire face aux incertitudes associées au travail intersectoriel.

Une analyse des initiatives de la SdTP dans certaines juridictions des É.-U. fait écho à d'autres données probantes sur les facteurs habilitants de la SdTP. Ceux-ci comprennent d'obtenir un soutien politique de haut niveau et de veiller à ce que le modèle de la SdTP soit défendu aux plus hauts niveaux, ce qui peut promouvoir la légitimité de l'approche ainsi qu'une action plus soutenue. Ces initiatives contribuent à faciliter la collaboration entre les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ayant des priorités clairement définies, des ressources adéquates, des résultats escomptés réalistes et des mécanismes de rétroaction régulière des acteurs pour apporter des ajustements à mi-parcours. Elles mobilisent également de façon significative les membres des populations touchées. Elles mènent au partage des données et à des occasions de perfectionnement professionnel, réduisant ainsi les silos, et utilisent également des mécanismes intersectoriels pour alléger les tensions entre les mandats en matière de santé des organismes. Elles déploient une combinaison de projets à petite échelle avec des résultats observables et des résultats à plus long terme. Dans ce contexte, la loi peut également jouer un rôle habilitant dans la création de structures d'intégration de la SdTP durables et dans le soutien des processus connexes pour la collaboration intersectorielle. Ensemble, ces efforts soutenus et intersectoriels peuvent modifier les normes et mener à un succès commun (Polsky *et al.*, 2015).

5.7.1 ÉTUDE DE CAS ILLUSTRATIVE : RENFORCER LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES : L'EXPÉRIENCE DU PROCESSUS POLITIQUE DE L'Australie-MÉRIDIONALE

L'étude de cas de l'approche de la SdTP de l'Australie-Méridionale (**annexe D**) préparée par Clavier est un exemple d'action intersectorielle qui a été rendue possible grâce à des ressources dédiées et à la législation en matière de santé publique. Le modèle de la SdTP a un mandat gouvernemental centralisé et, de 2008 à 2013, il y avait une unité responsable de la SdTP dotée de personnel au sein du ministère de la Santé qui était responsable de la mobilisation d'autres secteurs ayant des effets sur la santé. L'unité a utilisé l'analyse selon un prisme santé (APS) comme moyen d'établir des relations avec d'autres secteurs, habituellement en cinq étapes : la mobilisation des ministères, la collecte de données probantes, la production d'extraits pour la création de programmes favorables à la santé, l'utilisation des extraits par le biais de processus bureaucratiques et d'élaboration de politiques pour induire le changement, et l'évaluation. De 2009 à 2016, l'approche de la SdTP a permis de créer 20 initiatives mobilisant d'un (1) à six (6) secteurs différents, par rapport à des sujets allant de l'approvisionnement en eau et de la promotion de la santé jusqu'aux développements axés sur le transport en commun, en passant par la technologie numérique, pour n'en nommer que quelques-uns. L'analyse de Clavier suggère que la mise en œuvre réussie du modèle de la SdTP en Australie-Méridionale a été appuyée par un mandat central fort, des ressources dédiées (mettant l'accent sur le personnel qualifié) et des pratiques pour mobiliser d'autres secteurs. La mobilisation de partenaires (une fonction de gouvernance clé) a également été essentielle. La mobilisation mise sur les avantages mutuels que peuvent tirer les partenaires sectoriels, ce qui peut contribuer à sensibiliser aux impacts potentiels sur la santé et l'équité que peuvent avoir les activités de base des autres secteurs, et accroître la confiance et la coopération entre les intervenants sectoriels. Bien que le modèle de la SdTP et la gouvernance intersectorielle aient perdu de l'élan dans le programme politique en raison des contraintes budgétaires après 2013, l'approche de la SdTP a produit des résultats durables en Australie-Méridionale. Le modèle de la SdTP a particulièrement modifié l'environnement politique d'autres secteurs et leur a permis de réaliser leurs impacts sur l'équité en santé et les états de santé, en plus de mettre en valeur l'action intersectorielle. Toutefois, en raison de contraintes économiques et institutionnelles, l'approche de la SdTP n'a pas été en mesure de s'attaquer aux causes profondes sous-jacentes des iniquités en santé.

Comme le montre cette étude de cas, l'intégration de la SdTP dans le programme du gouvernement de l'Australie-Méridionale s'est appuyée sur un legs d'initiatives interministérielles mises en œuvre suite à un événement marquant (soit la crise du budget des soins de santé dans les années 2000) et sur des efforts de plusieurs entrepreneurs en politique (p. ex., des universitaires de premier plan et des défenseurs des intérêts locaux). La SdTP a reçu l'appui d'un gouvernement déterminé à réduire les silos sectoriels. Cet engagement gouvernemental « a renforcé la fonction de gouvernance de la santé publique qui concerne la mobilisation des partenaires, car il vise à faciliter le travail intersectoriel entre tous les organismes gouvernementaux ». Cependant, face aux contraintes économiques et à une approche néolibérale croissante de la gouvernance, plusieurs fonctions de gouvernance de la santé publique ont été remises en cause, à savoir l'élaboration de politiques et le pouvoir conféré par la loi (c.-à-d. l'ascendance antérieure sur le programme a été affaiblie) et l'intendance des ressources. (c.-à-d. les réductions budgétaires); la nature de l'engagement des partenaires en a été touchée.

Comme le suggère Clavier, il y a aussi d'importants parallèles à faire entre l'initiative de la SdTP de l'Australie-Méridionale et l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* du Québec (2001). L'article 54 stipule que les ministères et organismes gouvernementaux doivent s'assurer d'adopter des dispositions législatives qui n'ont pas d'effets négatifs sur la santé populationnelle, et confère également au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de conseiller d'autres organismes ou ministères sur des questions de santé. Les deux ont bénéficié d'un mandat juridique officiel et de ressources et instruments de politique dédiés, mais ils ont également fait face à des défis à la suite de changements de

gouvernement, lorsque le parti au pouvoir était moins engagé envers le modèle de la SdTP. Dans le contexte du Québec, la Politique gouvernementale de prévention en santé appuie spécifiquement la réalisation d'évaluations des impacts sur la santé à l'échelle régionale et locale, soulignant son potentiel en tant qu'outil habilitant les municipalités à mieux intégrer les critères de santé dans les processus d'urbanisme. Ces cas mettent en évidence la complexité de la « gouvernance » de la santé publique au sein de chaque secteur et entre les secteurs.

Il convient de souligner que la littérature récente sur la SdTP recommande de ne pas considérer ces cas comme des échecs de mise en œuvre, mais plutôt comme des dimensions de la complexité où des tensions entre les fonctions de gouvernance surviennent inévitablement et devraient être examinées plus à fond. L'élaboration d'une approche de SdTP devrait : 1) s'adapter aux lacunes en matière de mise en œuvre, plutôt que d'essayer de les combler; et 2) « aborder les dilemmes de gouvernance », surtout ceux qui se présentent au croisement de la gouvernance hiérarchique et de la gouvernance axée sur la collaboration (Cairney *et al.*, 2021, 24-25). De façon plus fondamentale, des universitaires comme Holt remettent également en question « la prémisse du modèle de la SdTP voulant que la santé soit un objectif global à l'échelle du gouvernement (Holt, 2018, 1163). Holt suggère de *déplacer le point de mire* de la santé vers l'équité et du secteur de la santé publique vers d'autres secteurs.

En résumé, le secteur de la santé publique doit collaborer avec d'autres secteurs pour aborder les déterminants sociaux et écologiques de la santé et l'équité en santé; toutefois, en tant que secteur à part entière, elle fait face à un certain nombre de défis complexes en matière de gouvernance qui ont trait aux mandats institutionnels et à des limites de capacités et de ressources pour participer à ce travail intersectoriel.

5.8 Priorités d'évaluation et d'amélioration continue

L'amélioration continue est une fonction clé de la gouvernance de la santé publique qui comprend la recherche, l'évaluation, le suivi et l'établissement de résultats mesurables pour améliorer la santé des populations et l'équité en santé, ainsi que la capacité des établissements de santé publique de s'acquitter de leurs responsabilités (Carlson *et al.*, 2015). Ces caractéristiques s'alignent de près sur le concept d'un système de santé apprenant, dans lequel la recherche, les données, l'expertise et la gestion du rendement sont mises à profit pour utiliser les meilleures données probantes à jour afin de favoriser l'amélioration continue (Feng *et al.*, 2021). Bien que le concept d'un système de santé apprenant soit ressorti initialement de la littérature traitant de l'amélioration de la qualité dans le contexte des soins de santé aux É.-U., on reconnaît de plus en plus la nécessité d'appliquer ce concept dans le domaine de la santé publique et de la population et de s'engager à mettre en œuvre de tels systèmes dans le contexte canadien (Feng *et al.*, 2021). Ce besoin est devenu d'autant plus visible durant la pandémie de COVID-19, où la gouvernance a dû être exercée dans un contexte caractérisé par l'incertitude et l'évolution continue des données probantes.

La santé publique est bien placée pour adopter une approche de système de santé apprenant, puisque la collecte de données, la synthèse des données probantes et l'évaluation des programmes sont couramment utilisées pour exécuter des fonctions de santé publique, y compris la surveillance, la promotion de la santé et l'évaluation de la santé des populations (Feng *et al.*, 2021). De plus, au Canada, certaines composantes d'un système de santé publique apprenant relèvent de pouvoirs fédéraux, notamment l'élaboration de stratégies et de programmes nationaux, la coordination des partenariats et des collaborations, la prestation de capacités techniques et d'expertise et l'établissement de normes et de lignes directrices nationales (Fierlbeck, 2010). Dans la section qui suit, nous examinons les considérations liées à l'affectation de ressources à un système apprenant au Canada pour renforcer la gouvernance de la santé publique à l'échelle nationale.

5.8.1 PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LES SYSTÈMES ET SERVICES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Premièrement, il est nécessaire d'établir un programme de recherche sur les systèmes et les services de la santé publique (RSSSP) qui tient clairement compte de la gouvernance de la santé publique. Un programme de RSSSP est distinct d'un programme de recherche sur les soins de santé en ce sens qu'il est axé sur « [l'examen] de l'organisation, du financement et de la prestation des services de la santé publique dans les communautés et de l'impact de ces services sur la santé [de la population] » (Graham et Sibbald, 2021; Lenaway *et al.*, 2006). Étant donné qu'une grande partie de la littérature sur les modèles et les approches de gouvernance de la santé publique prometteurs est conceptuelle ou théorique, plutôt qu'empirique, le but ultime du programme de RSSSP est d'établir une santé publique éclairée par des données probantes, où les décisions en matière de santé publique s'appuient sur une évaluation solide, des interventions fondées sur les données probantes, sur des systèmes d'information et de données couplées, sur des cadres de planification et d'évaluation des programmes et sur les besoins à l'échelle communautaire (Brownson *et al.*, 2018). Les priorités canadiennes en matière de RSSSP proposées initialement par un groupe de réflexion des IRSC et de l'ASPC en 2011 sont toujours pertinentes dans le contexte actuel, car ces priorités comprennent les structures de gouvernance et la collaboration entre le secteur de la santé publique et d'autres secteurs (Stroscher *et al.*, 2011). En outre, il y a beaucoup à apprendre des autres administrations pour aider à déterminer quelles structures de gouvernance sont efficaces et résilientes, et ce, dans quels contextes politiques (Saulnier *et al.*, 2021). Les méthodologies de recherche comparative (y compris les comparaisons aux échelles internationale, provinciale/territoriale et régionale) se prêtent bien à l'atteinte de ces objectifs, car une attention particulière est accordée à l'impact des modèles de leadership et de gouvernance en santé publique (p. ex., approches de la SdTP et intersectorielles) sur les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme en matière de santé des populations et d'équité (Saulnier *et al.*, 2021; Stroscher *et al.*, 2011). L'apprentissage tiré de l'examen d'autres systèmes de gouvernance fédérée peut présenter un intérêt particulier au Canada, particulièrement dans le cas des systèmes qui ont des structures de collaboration nationales et infranationales qui fonctionnent bien, compte tenu de l'hétérogénéité des systèmes de santé publique au Canada et des expériences variées lors d'urgences en santé publique, comme la pandémie de COVID-19.

5.8.2 LIENS ENTRE LES BOURSES D'ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE ET LA PRATIQUE

Comme l'indiquent plusieurs études, il faut renforcer les liens entre le milieu universitaire et les politiques/ pratiques en santé publique afin de (i) promouvoir une culture d'apprentissage fondé sur des données probantes au sein des organisations de santé publique appliquée et (ii) d'offrir aux chercheurs en santé publique des occasions de participer à la pratique de la santé publique (Brownson *et al.*, 2018; Di Ruggiero *et al.*, 2020; Frank *et al.*, 2004; McKee, 2019). L'intégration des universitaires au sein des milieux de pratique de la santé publique est une approche pour combler l'écart entre les connaissances, les politiques et la pratique de la santé publique (Frank *et al.*, 2004; McAteer *et al.*, 2018). L'exposition à des milieux de pratique peut aussi inciter les universitaires en santé publique à s'investir dans des disciplines traditionnellement considérées comme étant à l'extérieur de la santé publique (p. ex., l'administration publique, les sciences politiques et la gestion) (Frank *et al.*, 2004) et faciliter l'application intégrée des connaissances par la coproduction des connaissances (Kothari et Wathen, 2013; Sim *et al.*, 2018). À l'échelle internationale, on s'intéresse de plus en plus à l'élaboration de modèles intégrés pour appuyer l'amélioration continue dans le secteur de la santé publique (Ghaffar *et al.*, 2017; McAteer *et al.*, 2018; McKee, 2019; Vindrola-Padros *et al.*, 2017). Au Canada, un exemple prometteur récent est la bourse d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé des IRSC, qui place des stagiaires doctoraux et postdoctoraux en santé publique dans des organismes non universitaires sous la supervision conjointe de professeurs universitaires et de dirigeants du système de santé (McKee, 2019; McMahon et Tamblyn, 2019; Sim *et al.*, 2018). Le programme a été lancé en 2017 et son cadre

d'évaluation précise les résultats attendus, à savoir : le perfectionnement des compétences en leadership et en gestion; l'occasion de contribuer à la prise de décisions et de bâtir un réseau professionnel parmi les stagiaires; la facilitation du transfert de connaissances et la production de données probantes informées par la pratique au sein des établissements universitaires qui supervisent; et permettre le changement de culture, l'amélioration de la qualité et la pratique fondée sur des données probantes au sein des organisations hôtes (Sim *et al.*, 2018).

Le renforcement des capacités en matière de santé publique fondée sur des données probantes dans différents paliers de gouvernement est une autre stratégie clé pour une gouvernance efficace et axée sur la collaboration. Le programme US Public Health Service (USPHS) (programme appliqué de santé publique des É.-U.) est un exemple de programme de formation professionnelle offert par le gouvernement fédéral aux diplômés de programmes en santé publique et en soins de santé. Dans le cadre de ce programme, les professionnels de la santé publique assument des rôles de première ligne à l'appui des programmes de santé publique et de la recherche locale en santé publique (Office of the Surgeon General, 2019). L'adaptation de ce modèle au contexte canadien pourrait aider à accroître la coopération et la collaboration entre le gouvernement national et les autres paliers, ainsi qu'à renforcer la capacité de pointe en santé publique et, incidemment, la gouvernance de la santé publique. Par exemple, l'élargissement du Programme canadien d'épidémiologie de terrain de l'ASPC, qui forme des professionnels de la santé publique et des diplômés en épidémiologie appliquée (Gouvernement du Canada, 2017a) serait un moyen d'améliorer la collaboration à différents niveaux du système de santé publique du Canada.

Les centres, instituts ou réseaux de recherche codirigés par des organismes de santé publique et des établissements universitaires; le financement et les incitatifs pour les échanges professionnels et les nominations conjointes de professeurs; et la formation en cours d'emploi en santé publique appliquée pourraient également réduire efficacement les silos séparant la recherche, les politiques et la pratique de la santé publique (Frank *et al.*, 2004; Jansen *et al.*, 2015; Jansen *et al.*, 2008; McAteer *et al.*, 2018). Les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) sont un exemple canadien remarquable d'établissements codirigés axés sur la production de données probantes à l'appui des politiques et des pratiques de santé publique. En outre, les CCNSP sont bien placés pour créer et diffuser des répertoires de résultats de recherche et des modèles novateurs, afin d'institutionnaliser l'apprentissage continu de la gouvernance et de créer un héritage pour celui-ci (Public Health Agency of Canada et Canadian Institutes of Health Research, 2021).

5.8.3 INDÉPENDANCE, CAPACITÉ ET EXPERTISE EN MATIÈRE DE CONSEILS SCIENTIFIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE

La protection de l'indépendance, de la capacité et de l'expertise des intervenants qui fournissent des conseils au sein du gouvernement est essentielle au maintien d'un processus décisionnel fondé sur des données probantes en matière de santé publique (Gluckman *et al.*, 2021; *OECD*, 2015). Comme les données probantes scientifiques et l'expertise sont rarement les seuls facteurs considérés dans la prise de décisions politiques, les acteurs fournissant des conseils scientifiques sont outillés pour s'y retrouver dans l'interface entre le gouvernement et la science afin de synthétiser et d'intégrer les données probantes dans les politiques (Gluckman *et al.*, 2021), y compris pendant les périodes caractérisées par de l'incertitude et de l'information nébuleuse. Comme l'indique l'étude de cas du R.-U., les pressions politiques peuvent compromettre l'indépendance institutionnelle des acteurs fournissant des conseils scientifiques en santé publique, et les crises aiguës en santé publique, comme la pandémie de COVID-19, peuvent exacerber ces pressions. De plus, l'expertise des acteurs fournissant des conseils scientifiques et leur capacité de générer et d'utiliser des données probantes peuvent s'affaiblir avec la réduction de l'attention du gouvernement et l'érosion des ressources une fois les crises aiguës passées (Frank *et al.*, 2004; Graham et Sibbald, 2021). Par exemple, l'examen du Réseau mondial d'information

en santé publique (RMISP) mené en 2021 par un groupe d'experts indépendants a conclu que le RMISP n'avait pas toujours un taux suffisamment élevé d'expertise en santé publique dans ses rôles de gestion (Bloodworth *et al.*, 2021). D'autres organismes de santé publique au Canada avaient une capacité de modélisation limitée, ce qui pourrait avoir posé des difficultés supplémentaires dans leur réponse à la COVID-19. Afin de maintenir la capacité et l'expertise en santé publique, il est nécessaire de déterminer les aptitudes et les compétences appropriées des employés travaillant à différents niveaux dans les organismes qui fournissent des conseils techniques et de veiller à ce que ces employés soient soutenus dans leur travail, notamment en ayant les ressources nécessaires, et qu'ils jouissent d'indépendance (Bloodworth *et al.*, 2021). La réalisation régulière de vérifications indépendantes de la capacité au sein des organismes de santé publique pourrait également contribuer à maintenir la capacité du système de santé publique à réagir aux menaces de manière efficace.

5.8.4 GESTION DU RENDEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE

L'instauration d'une fonction de suivi et d'évaluation des systèmes de santé publique offrira un mécanisme d'imputabilité à l'égard du rendement des systèmes, y compris à l'égard de leur gouvernance (Frank *et al.*, 2004). La gestion du rendement est définie comme « la pratique consistant à utiliser activement les données sur le rendement pour améliorer la santé publique » et comporte les éléments suivants : des normes, des cibles et des objectifs de rendement; des mesures ou des indicateurs de rendement; la déclaration du progrès des mesures du rendement par rapport à des normes visant à améliorer l'imputabilité et des efforts d'amélioration de la qualité mis en œuvre en réponse aux mesures déclarées (Landrum et Baker, 2004). Un système de gestion du rendement comprend l'utilisation continue de ces étapes dans le cadre des activités de base d'un système ou d'une organisation; en outre, le rendement peut être lié à d'autres leviers politiques, comme le financement, afin d'optimiser l'allocation des ressources (Feng *et al.*, 2021; Landrum et Baker, 2004). Les recommandations formulées par le Think Tank on the Future of Public Health (groupe de réflexion national sur l'avenir de la santé publique au Canada) en 2003 préconisaient la création de rapports annuels, semblables aux « fiches de rendement » des hôpitaux, pour rendre compte de l'état des indicateurs de rendement en santé publique (Frank *et al.*, 2004).

Un cadre de suivi et d'évaluation qui décrit les normes et les indicateurs de rendement devrait être élaboré pour appuyer les efforts d'évaluation. Certaines organisations de santé publique au Canada utilisent déjà des indicateurs de rendement, comme il a été mentionné plus tôt dans la discussion sur les examens opérationnels du RSP; toutefois, il faut aussi établir des cadres d'évaluation qui définissent les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité de la collaboration entre les ministères, les organisations et les secteurs. Bauman *et al.* (2014) ont proposé un cadre d'évaluation pour les approches intersectorielles, comme la SdTP. Ce cadre est enraciné dans le modèle logique des initiatives liées à la SdTP et dans l'analyse selon un prisme santé (décrite dans l'étude de cas de l'Australie-Méridionale), qui comporte cinq étapes : (i) l'élaboration de politiques (intrants), (ii) l'analyse de politiques et la planification d'interventions, (iii) la mise en œuvre des politiques, (iv) les impacts intermédiaires et (v) les effets sur la santé des populations. Les évaluations de la première étape peuvent tenir compte du soutien de la sphère politique à la politique d'intérêt dans l'ensemble des organismes, ainsi que de la disponibilité du financement et des ressources. Les deuxième et troisième étapes comprennent des évaluations du processus politique (p. ex., la mobilisation des parties prenantes et les points de vue) et de la mise en œuvre (p. ex., la fidélité, l'équité des efforts pour joindre l'utilisateur final). Les deux dernières étapes comprennent l'évaluation des impacts à court terme (p. ex., l'adoption de politiques, les changements dans les milieux et la pratique) et à long terme (p. ex., les changements dans la santé, le bien-être et l'équité en santé). Il est essentiel d'avoir des objectifs politiques clairs alimentant un plan d'évaluation solide, car ils permettent de cerner l'efficacité de la gouvernance avec d'autres secteurs (Bauman *et al.*, 2014; Guglielmin *et al.*, 2018)

Comme les deuxième et troisième étapes (évaluations du processus d'élaboration des politiques) comprennent la mesure de la collaboration entre divers intervenants politiques, d'autres ont proposé que les partenariats de collaboration en santé publique peuvent être évalués en tenant compte des domaines suivants : des systèmes de mesure communs (c.-à-d. la mise en commun de pratiques de collecte de données dans de multiples secteurs); des activités qui se renforcent mutuellement (c.-à-d. la mise en commun de plans d'action pour guider l'activité); des communications continues et régulières entre les partenaires; et un soutien de base (c.-à-d. la disponibilité d'un organisme de supervision bien doté en ressources qui peut coordonner les activités des partenaires) (Salihu *et al.*, 2018). L'évaluation de l'impact (durant les deux dernières étapes) devrait être solide et liée à la recherche sur les résultats en matière de santé des populations et d'équité en santé (Graham et Sibbald, 2021; Naylor, 2003). Les universitaires ont fait remarquer que, bien qu'il existe une abondance d'évaluations d'impact de certaines interventions particulières en santé publique, comme les services de prévention primaire et secondaire, ou des déterminants de la santé en amont, ce genre d'évaluations portant sur les systèmes de santé publique est rare (Graham et Sibbald, 2021).

La disponibilité et la qualité des données peuvent également faciliter ou entraver les efforts d'évaluation. Par exemple, le manque de données de base a posé un défi dans les évaluations des initiatives liées à la SdTP au Danemark et en Californie, tandis que le manque de données longitudinales a entraîné la dépriorisation des indicateurs d'impact sur l'équité en santé dans les évaluations des initiatives locales liées à la SdTP au R.-U. (Guglielmin *et al.*, 2018). Enfin, pour appuyer la gestion du rendement, d'autres stratégies à volets multiples pourraient être financées pour renforcer la capacité d'évaluation des organismes de santé publique, y compris pour établir des lignes directrices communes en matière d'évaluation; créer des communautés de pratique pour orienter les activités d'évaluation dans l'ensemble du secteur public; élaborer des « guides de pratique » pour commander et réaliser des évaluations (p. ex., l'établissement des priorités de recherche, l'élaboration de modèles logiques de programme, la commande d'évaluations économiques, l'examen des rapports d'évaluation et la publication des résultats) et donner de la formation au personnel sur l'utilisation de ces guides de pratique (Edwards *et al.*, 2016).

Messages clés

L'affectation de ressources à un système apprenant pour promouvoir la santé publique fondée sur des données probantes est essentielle pour renforcer la fonction d'amélioration continue de la gouvernance de la santé publique au Canada. Voici les principales actions à prendre pour atteindre cet objectif :

- établir un programme national de recherche sur les services et les systèmes de santé publique;
- renforcer les liens entre, d'une part, les universitaires du domaine de la santé publique et, d'autre part, le monde politique/pratique, au moyen d'initiatives de formation, d'organisations codirigées et de la coproduction du savoir;
- protéger l'indépendance, la capacité et l'expertise des conseillers scientifiques au sein du gouvernement grâce à un financement adéquat, à la dotation en personnel et à des vérifications régulières;
- intégrer la gestion du rendement (à la fois au sein du secteur de la santé publique et entre ce secteur et d'autres) pour améliorer l'imputabilité grâce au suivi et à l'évaluation en continu.

Le gouvernement fédéral du Canada est bien placé pour fournir des ressources à un système de santé publique apprenant, puisque l'élaboration de programmes nationaux, la coordination des partenariats, la prestation de l'expertise technique et l'établissement de normes nationales relèvent de sa compétence.

5.9 Résumé des principaux résultats

En résumé, les architectes des structures de gouvernance de la santé publique sont confrontés à de nombreux défis et à de nombreuses occasions. Nos résultats indiquent qu'il n'y a pas d'approche ou de modèle unique à privilégier pour la gouvernance de la santé publique. En effet, la complexité de la santé publique, qui aborde de nombreux enjeux allant du développement de la petite enfance à la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, en passant par la lutte contre les iniquités raciales, sociales et sanitaires, pour n'en nommer que quelques-uns, empêche de préconiser une seule approche ou un seul modèle. Comme il est mentionné dans la section sur l'action intersectorielle, le travail en amont en santé publique doit mobiliser de nombreux acteurs (à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé) ayant des mandats, des valeurs et des ressources différents, dont bon nombre peuvent être considérés comme « responsables » ou imputables de la mise en œuvre d'initiatives de santé publique. Deuxièmement, il n'existe pas d'approche systémique de la santé publique. Au Canada, les capacités de prévoyance et de pointe sont insuffisantes pour gouverner et exploiter un système de santé publique (ou un *système de systèmes*) stratégique, cohérent et équitable qui répond à l'évolution de l'environnement sociopolitique. Nous avons discuté du besoin de renforcer la collaboration F/P/T en santé publique (peut-être au moyen de mesures législatives et d'autres modes d'approche de gouvernance « souple », comme les structures conjointes) tout en accordant une attention particulière à la gouvernance autochtone et en équilibrant les facteurs et besoins à considérer aux paliers municipal et local. Troisièmement, comme il est indiqué dans la section sur les caractéristiques d'une gouvernance de la santé publique efficace, il est évident que l'infrastructure et les ressources insuffisantes (financement et main-d'œuvre) actuelles au Canada nuisent à la capacité du système de santé publique d'appuyer la gouvernance, la mise en œuvre et l'apprentissage continu fondés sur les données probantes en tant que système intégré. Enfin, la base de données probantes sur l'efficacité des modèles de gouvernance pour la santé publique est limitée et mixte, particulièrement au Canada (mais aussi de façon plus générale). Comme nous l'avons mentionné dans la section sur l'amélioration continue, pour gouverner de manière efficace, nous devons établir et financer un programme national de recherche sur les systèmes et services de la santé publique (notamment en mettant l'accent sur les modèles de gouvernance), continuer de créer des mesures incitatives pour intégrer les universitaires au sein des milieux politiques/pratiques de santé publique, renforcer la capacité d'évaluation en santé publique et assurer le suivi et évaluer le rendement des systèmes de santé publique.

5.10 Actions recommandées au Canada

Conformément aux fonctions de gouvernance de la santé publique décrites par Carlson *et al.* (2015) et d'autres principes de gouvernance de la santé publique efficaces dont il a été question plus tôt, il est recommandé de procéder à un examen des actions suivantes au Canada. Nous reconnaissons en outre que les questions de santé publique autochtone exigent des structures et des fonctions d'autonomie gouvernementale distinctes déterminées par et pour les communautés autochtones. Pour de plus amples renseignements, nous vous encourageons à consulter ce rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2021), [Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis](#).

Fonction de gouvernance	Actions
<p>La supervision de la santé publique exige un leadership et une intendance clairs, des objectifs et des priorités clairs, des organismes indépendants et des organismes d'experts, une attention portée à la conception du système, des preuves de l'état de préparation au changement et un contexte organisationnel où la réceptivité peut être entretenue, pour que l'imputabilité soit efficace.</p>	<p>Élaborer et mettre en œuvre une stratégie pancanadienne axée sur l'équité en santé publique, y compris des objectifs et des priorités clairs, des données, des mécanismes de renforcement des capacités et de définition des besoins en recherche, avec l'orientation d'un conseil consultatif crédible en santé publique (conformément aux principes de bonne gouvernance). Ce conseil offrira des avis à l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, qui rend ses comptes à la fois de la ministre de la Santé et aux Canadiens (Association canadienne de santé publique, 2019, 2021; Naylor, 2003). La stratégie doit ajouter de la valeur et mobiliser des groupes provinciaux, territoriaux, locaux et autochtones, et disposer de ressources adéquates.</p> <p>L'Agence de la santé publique du Canada doit maintenir son indépendance et son expertise tout en établissant et en tirant parti des relations avec les parties prenantes clés.</p> <p>Mettre sur pied un groupe d'experts indépendant et interdisciplinaire chargé de fournir une orientation stratégique pancanadienne sur les objectifs et les priorités en matière de santé publique. Tous les efforts doivent être déployés pour que ce groupe d'experts demeure un forum fondé sur des données probantes qui protège contre les préjugés et les pensées de groupe souvent intériorisés qui peuvent s'introduire dans de telles structures. Ce risque peut être atténué en veillant à l'inclusion, à l'innovation et à la diversité des membres, notamment en incluant des personnes qui ont une vision moins conventionnelle de la santé publique et de ses institutions.</p> <p>La National Academy of Medicine (Académie nationale de médecine) est un modèle possible qui pourrait être adapté au contexte canadien (John Frank, communication personnelle, mai 2021). Elle a pour but « d'améliorer la santé de tous en faisant progresser la science, en accélérant l'équité en santé et en fournissant des conseils indépendants, fiables et faisant autorité à l'échelle nationale et mondiale ». D'autres mécanismes existants pourraient également être mis à contribution, notamment l'Académie canadienne des sciences de la santé, qui a pour mission de « fournir des évaluations et des avis sur des questions d'intérêt majeur pour la santé des Canadiennes et des Canadiens » et la Société royale du Canada.</p> <p>Le mandat, les rôles et les responsabilités (supervision stratégique et des ressources) et les liens prioritaires</p>

	<p>avec les parties prenantes clés (mobilisation des partenaires) pour le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) doivent être réexaminés, afin de veiller à l'établissement de priorités claires en matière de santé publique (élaboration de politiques) et alignées sur les plans visant à revitaliser les systèmes de santé publique au Canada. Le RSP et l'ASPC ont également besoin de pouvoirs et de capacités, y compris de ressources financières et humaines suffisantes, pour réaliser les priorités communes.</p>
<p>L'intendance des ressources est nécessaire pour maintenir des infrastructures de santé publique résilientes.</p>	<p>Tirer parti du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral pour promouvoir un soutien et une collaboration accrues dans l'ensemble des infrastructures de santé publique (p. ex., fournir un financement conditionnel pour les programmes de santé publique ou conclure des contrats juridiques pour élaborer des initiatives de santé publique) (Naylor, 2003).</p> <p>Par exemple, établir un fonds d'innovation pancanadien pour la recherche concertée sur les systèmes de santé publique (y compris la recherche sur les modèles de gouvernance), en partenariat avec d'autres bailleurs de fonds (p. ex., l'ISPP des IRSC). Le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique pourrait donner des conseils sur les priorités communes F/P/T en matière d'investissement.</p>
<p>Le pouvoir conféré par la loi s'entend des lois et des règlements axés sur la santé publique à différents paliers du système.</p>	<p>Moderniser les lois en matière de santé publique au palier national.</p> <p>Élaborer une loi distincte sur la santé et le bien-être (ou une loi sur la santé publique) qui fournit des normes nationales encadrant les lois P/T en matière de santé publique, qui définit une portée claire (voir la section précédente décrivant les fonctions essentielles en santé publique) qui met l'accent sur les interventions en matière de politiques et de programmes à l'échelle populationnelle et qui facilite une approche fondée sur le modèle de la Santé dans toutes les politiques pour améliorer la santé des populations et l'équité en santé (Association canadienne de santé publique, 2019). Les programmes qui appuient la législation doivent disposer de ressources suffisantes à long terme pour contribuer à maintenir la confiance des P/T dans la continuité de l'engagement du gouvernement fédéral.</p> <p>Il faut adopter une approche systématique et transparente pour concevoir une législation modèle en matière de santé publique. Pour assurer l'adhésion, il faudra également élaborer conjointement des normes et mobiliser les acteurs F/P/T pertinents de la santé publique. Il faudrait évaluer dès le départ les coûts associés à l'élaboration de la législation (Wilson <i>et al.</i>,</p>

	<p>2012). Il faudrait également affecter des ressources à un plan de mise en œuvre et intégrer un système de suivi pour mesurer l'efficacité.</p> <p>Les lois existantes comme la <i>Loi sur la santé publique</i> du Québec (voir l'étude de cas) offrent des occasions d'apprentissage, tout comme les exemples de leçons apprises d'autres pays (voir les sections précédentes sur le R.-U. et les É.-U.).</p>
<p>L'élaboration des politiques est appuyée par des objectifs et des priorités clairement établis, qui mènent à des politiques en matière de santé publique stratégiques et adaptatives, avec un accent explicite sur l'équité.</p>	<p>Réaffirmer le mandat de l'ASPC de couvrir l'étendue du travail en santé publique en établissant des liens appropriés avec d'autres ministères et organismes gouvernementaux qui s'occupent de la santé publique et qui ont un impact sur celle-ci.</p> <p>Renforcer les mécanismes d'action intersectorielle, p. ex., des politiques sociales qui ciblent la pauvreté, les inégalités entre les sexes et les iniquités raciales et qui renforcent la solidarité intergénérationnelle grâce à une approche pangouvernementale de la Santé dans toutes les politiques et qui sont conformes au programme des Objectifs de développement durable. Pour être couronnés de succès, ces efforts devront être habilités par une structure de gouvernance qui permet d'affecter les ressources en privilégiant le modèle de la Santé dans toutes les politiques.</p>
<p>La mobilisation des partenaires implique un leadership facilitant le système, l'établissement d'une coalition et de structures de collaboration efficaces à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, incluant le gouvernement, les communautés et les intervenants du secteur privé et de la société civile³.</p>	<p>Participer à des processus ou à des groupes d'engagement formels ou informels qui font régulièrement rapport sur les différentes menaces sociétales et les évaluent, et mobiliser des secteurs à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé (voir la section précédente sur l'action intersectorielle).</p>
<p>L'amélioration continue comprend la prévoyance et la gestion de l'information, ainsi que la recherche sur des modèles de gouvernance efficaces qui peuvent servir d'éléments clés pour un système de santé publique apprenant, guidé par un programme national de recherche sur les systèmes et services de santé publique.</p>	<p>Établir et mettre en œuvre un système de santé publique apprenant au Canada qui favorise la collaboration entre les universitaires et les praticiens et fait la promotion de l'utilisation des données probantes dans la prise de décisions en santé publique.</p> <p>Établir et financer un programme national de recherche sur les systèmes et services de santé publique (avec les IRSC et d'autres bailleurs de fonds pertinents), qui met notamment l'accent sur la gouvernance de la santé publique. L'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC pourraient investir dans un tel programme de recherche conjoint.</p> <p>Investir dans la recherche continue sur les différentes structures de gouvernance à tous les paliers du système et la faciliter, y compris entre les P/T et au</p>

³ Pour de plus amples renseignements sur la mobilisation des communautés, nous vous encourageons à consulter ce rapport par Mulligan (2022), [Renforcer les liens communautaires : l'avenir de la santé publique se joue à l'échelle des quartiers](#).

	<p>sein des juridictions, en tenant compte de l'infrastructure de santé publique connexe. Évaluer l'efficacité des différentes structures de gouvernance de la santé publique sur les résultats en matière de santé ou sur le plan de l'équité en santé. Travailler avec des organisations dont le mandat est de mobiliser, de partager, d'échanger et de transférer les connaissances relatives aux résultats de l'étude sur la gouvernance de la santé publique (voir la section sur l'amélioration continue).</p> <p>Les structures de gouvernance de la santé publique doivent être éclairées par des données probantes, des prévisions et une gestion de l'information en évolution aux paliers local, provincial, territorial et fédéral. Bien que l'expertise en santé publique soit essentielle à tous les paliers, elle est parfois absente de certains paliers de gouvernement. L'expertise locale doit être valorisée et mise à profit pour garantir des interventions efficaces en santé publique.</p> <p>Les structures de gouvernance (p. ex., le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique [RSP] et les structures connexes) doivent être surveillées et évaluées sur une base régulière pour en déterminer l'efficacité. La stratégie de mesure du rendement du RSP constitue un point de départ utile.</p>
--	---

Références

- Acheson, D. (1988). *Public health in England: The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Agence de la santé publique du Canada. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2010-2011/h1n1/pdf/h1n1-fra.pdf
- Agence de la santé publique du Canada, Réseau de connaissances sur les systèmes de santé et EQUINET. (2007). *Au croisement des secteurs – Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*. Agence de la santé publique du Canada. https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_f.pdf
- Aluttis, C., Broucke, S. van den, Chiotan, C., Costongs, C., Michelsen, K. et Brand, H. (2014). Public health and health promotion capacity at national and regional level: A review of conceptual frameworks. *Journal of Public Health Research*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.4081/jphr.2014.199>
- Ansell, C. et Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Association canadienne de santé publique. (2019). *La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada : Énoncé de position*. Association canadienne de santé publique. <https://www.cpha.ca/fr/la-sante-publique-dans-le-contexte-du-renouvellement-du-systeme-de-sante-au-canada>
- Association canadienne de santé publique. (2021). *Examen de la riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID-19*. Association canadienne de santé publique. <https://www.cpha.ca/fr/examen-de-la-riposte-initiale-du-canada-la-pandemie-de-covid-19>
- Bana, R., Cram, J., Hu, J., Pawa, J. et Waddell, K. (2018). *Public health systems in Canada*. Médecins de santé publique du Canada. <https://www.phpc-mspc.ca/resources/Documents/PHSC-24Jul20.pdf>
- Baum, F., Friel, S., Baker, P., Bowen, K. et Büsst, C. (2021). Chapitre 7 : Governance for health and equity: A vision for our future. *Medical Journal of Australia*, 214(S8), S36–S40. <https://doi.org/10.5694/mja2.51020>
- Bauman, A., King, L. et Nutbeam, D. (2014). Rethinking the evaluation and measurement of health in all policies. *Health Promotion International*, 9(S1), i143–i151.
- Bekker, M. P. M., Mays, N., Kees Helderma, J., Petticrew, M., Jansen, M. W. J., Knai, C. et Ruwaard, D. (2018). Comparative institutional analysis for public health: Governing voluntary collaborative agreements for public health in England and the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 28(suppl. 3), 19–25. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky158>
- Berman, M. (2011). From health care reform to public health reform. *J Law Med Ethics*, 39(3), 328–339. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2011.00603.x>

- Bernstein, J. (2013). Beyond public health emergency legal preparedness: Rethinking best practices. *J Law Med Ethics*, 41(suppl. 1), 13–16. <https://doi.org/10.1111/jlme.12031>
- Bloodworth, M., Breton, M. et Gully, P. (2021). *Rapport final pour l'examen du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP)* Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/organismes-consultatifs-externes/liste/examen-independent-reseau-mondial-information-sante-publique/rapport-final.html#a3>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Brideau, I., et Brosseau, L. (2019). *Le partage des compétences législatives : un aperçu* (Étude générale no 2019-35-F; p. 20). Division des affaires juridiques et sociales, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement. https://bdp.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201935E?
- Brownson, R. C., Fielding, J. E. et Green, L. W. (2018). Building capacity for evidence-based public health: Reconciling the pulls of practice and the push of research. *Annual Review of Public Health*, 39(1), 27–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014746>
- Burris, S., Mays, G. P., Douglas Scutchfield, F. et Ibrahim, J. K. (2012). Moving from intersection to integration: Public health law research and public health systems and services research. *Milbank Quarterly*, 90(2), 375–408. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00667.x>
- Buse, K. et Hawkes, S. (2015). Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift? *Globalization and Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0098-8>
- Calvert, J. et Arbuthnott, G. (2021). *Failures of state: The inside story of Britain's battle with Coronavirus*. HarperCollins Publisher.
- 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. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302198>
- Castell-Florit Serrate, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev Cub Salud Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000200009>
- Clavier, C. et Gagnon, F. (2013). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *La Revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 18(2), 17.
- Cohen, D., Huynh, T., Sebold, A., Harvey, J., Neudorf, C. et Brown, A. (2014). The population health approach: A qualitative study of conceptual and operational definitions for leaders in Canadian healthcare. *SAGE Open Medicine*, 2, 205031211452261. <https://doi.org/10.1177/2050312114522618>
- Commission on Global Governance. (1995). *Our global neighborhood: The report of the commission on global governance*. Oxford University Press. <https://www.gdrc.org/u-gov/global-neighborhood/>

- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1). <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Daffé, Z. N., Guillaume, Y. et Ivers, L. C. (2021). Anti-racism and anti-colonialism praxis in global health—Reflection and action for practitioners in US academic medical centers. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 105(3), 557–560. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0187>
- Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. (2016). *Rapport sur les Objectifs de développement durable 2016*. Nations Unies. <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210582605>
- DeSalvo, K., Parekh, A., Hoagland, G. W., Dilley, A., Kaiman, S., Hines, M. et Levi, J. (2019). Developing a financing system to support public health infrastructure. *American Journal of Public Health*, 109(10), 1358–1361. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305214>
- Di Ruggiero, E. (2021). Global health governance for developing sustainability. Dans S. Benatar et G. Brock (dir.), *Global Health* (2^e éd., pp. 440–449). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108692137.037>
- Di Ruggiero, E., Papadopoulos, A., Steinberg, M., Blais, R., Frandsen, N., Valcour, J. et Penney, G. (2020). Strengthening collaborations at the public health system–academic interface: A call to action. *Canadian Journal of Public Health*, 111(6), 921–925. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00436-w>
- Dyke, E. (2017). *Public health network operational review findings and recommendations: Final report* [rapport interne]. Réseau de santé publique pancanadien. Non publié.
- Edmonstone, J. (2011). The challenge of capability in leadership development. *British Journal of Healthcare Management*, 17(12), 572–578. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2011.17.12.572>
- Edmonstone, J. D. (2018). Organisational learning. *Leadership in Health Services*, 31(4), 434–440. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2017-0050>
- Edwards, B., Stickney, B., Milat, A., Campbell, D. et Thackway, S. (2016). Building research and evaluation capacity in population health: The NSW Health approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 27(3), 264–267. <https://doi.org/10.1071/HE16045>
- Eggleton, A., Ogilvie, K. K. et Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2010). *La réponse du Canada à la Pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Sénat, gouvernement du Canada. <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/403/soci/rep/rep15dec10-f.pdf>

- Emerson, K., Nabatchi, T. et Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1–29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Fafard, P. et Forest, P.-G. (2016). The loss of that which never was: Evaluating changes to the senior management of the Agence de la santé publique du Canada. *Canadian Public Administration*, 59(3), 448–466. <https://doi.org/10.1111/capa.12174>
- Feng, P., Di Ruggiero, E. D., Reid, R., Pinto, A. et Upshur, R. (2021). *Public health and learning health systems white paper*. <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/08/Public-Health-LHS-White-Paper.pdf>
- Fierlbeck, K. (2010). Public health and collaborative governance. *Canadian Public Administration*, 53(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2010.00110.x>
- Fierlbeck, K. et Hardcastle, L. (2020). Chapter A1: Have the post-SARS reforms prepared us for COVID-19? Mapping the institutional landscape. Dans J. Philpott, S. Thériault et S. Venkatapuram (dir.), *Vulnerable: The Law, Policy and Ethics of COVID-19* (pp. 31–45).
- Frank, J., Di Ruggiero, E. et Moloughney, B. (2003). *L'avenir de la santé publique au Canada. Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle..* Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations. https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/cihr-irsc/MR21-108-2003F.pdf
- Frank, J., Di Ruggiero, E. et Moloughney, B. (2004). “Think tank on the future of public health in Canada.” *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 6–11. <https://doi.org/10.1007/BF03403625>
- Galabuzi, G. E. (2004). Social exclusion. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 235–251). Toronto: Canadian Scholars Press, Inc.
- Ghaffar, A., Langlois, E. V., Rasanathan, K., Peterson, S., Adedokun, L. et Tran, N. T. (2017). Strengthening health systems through embedded research. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 87–87. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.189126>
- Gluckman, P. D., Bardsley, A. et Kaiser, M. (2021). Brokerage at the science–policy interface: From conceptual framework to practical guidance. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 84. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00756-3>
- Gouvernement du Canada. (12 décembre 2006). *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. Site Web de la législation. <https://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/p-29.5/page-1.html#h-401111>
- Gouvernement du Canada. (2 août 2016). *Le rôle de l'administrateur en chef de la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/structure-organisationnelle/administrateur-chef-sante-publique-canada/role-administrateur-chef-sante.html>
- Gouvernement du Canada. (16 novembre 2017a). *Programme canadien d'épidémiologie de terrain*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/programme-canadien-epidemiologie-terrain.html>

- Gouvernement du Canada. (7 décembre 2017b). *Guide du sous-ministre*.
https://www.canada.ca/fr/conseil-privé/services/publications/guide-sous-ministre.html#TOC1_4
- Graham, J. R. et Sibbald, S. L. (2021). Rebuilding public health on more than thoughts and prayers. *Canadian Journal of Public Health*, 112(4), 548–551. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00529-0>
- Greer, S. L. et Jarman, H. (2021). What is EU public health and why? Explaining the scope and organization of public health in the European Union. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 46(1), 23–47. <https://doi.org/10.1215/03616878-8706591>
- Greer, S. L. et Lillis, D. F. (2014). Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy*, 116(1), 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.019>
- Grint, K. (2010). Wicked problems and clumsy solutions: The role of leadership. Dans S. Brookes et K. Grint (dir.), *The New Public Leadership Challenge* (pp. 169–186). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230277953_11
- Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. et Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*, 122(3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>
- Halseth, R. et Murdoch, L. (2020). *Appuyer l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé : leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde* (p. 80). Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/317/Ind-Self-Determine-Halseth-Murdoch-FR_NIVA_Web_2021-02-16.pdf
- Harris, Elizabeth, Australia Department of Human Services and Health et University of Sydney. National Centre for Health Promotion. (1995). *Working together: intersectoral action for health*. Canberra: Australian Government Publishing Service. <https://nla.gov.au/nla.cat-vn2832589>
- Hartsfield, D., Moulton, A. et McKie, K. (2007). A review of model public health laws. *American Journal of Public Health*, 97(suppl. 1), S 56–S61. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.082057>
- Health Canada. (2000). *Intersectoral action toolkit: The cloverleaf model for success*. Health Canada, Alberta/Northwest Territories Region.
- Hill, C. J. et Lynn Jr., L. E. (2004). Is hierarchical governance in decline? Evidence from empirical research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(2), 173–195. <https://doi.org/10.1093/jopart/mui011>
- Hodge, J., Gostin, L., Gebbie, K. et Erickson, D. (2006). Transforming public health law: The Turning Point Model state Public Health Act. *J Law Med Ethics*, 34(1), 77–84. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2006.00010.x>
- Holzscheiter, A., Bahr, T. et Pantzerhielm, L. (2016). Emerging governance architectures in global health: Do metagovernance norms explain inter-organisational convergence? *Politics and Governance*, 4(3).

- Hooghe, L. et Marks, G. (2003). Unraveling the central state, but how? Types of multi-level governance. *American Political Science Review*, 97(02). <https://doi.org/10.1017/S0003055403000649>
- Hughes, D. L. et Mann, C. (2020). Financing the infrastructure of accountable communities for health is key to long-term sustainability: A legal and policy review to identify potential funding streams specifically for Accountable Communities for Health infrastructure activities. *Health Affairs*, 39(4), 670–678. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01581>
- Jansen, M. W. J., De Vries, N. K., Kok, G. et van Oers, H. A. M. (2008). Collaboration between practice, policy and research in local public health in the Netherlands. *Health Policy*, 86(2–3), 295–307. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.11.005>
- Jansen, M. W. J., van Oers, H. A., Middelweerd, M. D., van de Goor, I. A. et Ruwaard, D. (2015). Conditions for sustainability of Academic Collaborative Centres for Public Health in the Netherlands: A mixed methods design. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0026-7>
- Jarman, H. (2021). Chapter 3: State responses to the COVID-19 pandemic: Governance, surveillance, coercion, and social policy. Dans S.L. Greer, E. King, E. Massard da Fonseca et A. Peralta-Santos (dir.), *Coronavirus politics: The comparative politics and policy of COVID-19*. University of Michigan Press Ann Arbor. <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>
- Jarvis, T., Scott, F., El-Jardali, F. et Alvarez, E. (2020). Defining and classifying public health systems: A critical interpretive synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00583-z>
- Khalidun, J. S. (2010). In context: The Turning Point Model State Public Health Act. *AMA Journal of Ethics*, 12(9), 731–734. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.9.pfor1-1009>
- Kickbusch, I. et Buckett, K. (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Department of Health, Government of South Australia. <https://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>
- Kickbusch, I. et Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization, Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
- Kindig, D. et Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380–383.
- Kneale, D., Rojas-García, A., Raine, R. et Thomas, J. (2017). The use of evidence in English local public health decision-making: A systematic scoping review. *Implementation Science*, 12(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0577-9>
- Kothari, A. et Wathen, C. N. (2013). A critical second look at integrated knowledge translation. *Health Policy*, 109(2), 187–191. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.11.004>
- Landrum, L. B. et Baker, S. L. (2004). Managing complex systems: Performance management in public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(1), 13–18. <https://doi.org/10.1097/00124784-200401000-00003>

- Lee, K. et Kamradt-Scott, A. (2014). The multiple meanings of global health governance: A call for conceptual clarity. *Globalization and Health*, 10(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-28>
- Lenaway, D., Halverson, P., Sotnikov, S., Tilson, H., Corso, L. et Millington, W. (2006). Public health systems research: Setting a national agenda. *American Journal of Public Health*, 96(3), 410–413.
- Lynch, J. (2019). Chapter 2. Theorizing regimes of inequality: Welfare, neoliberalism, and the reframing of a social problem. Dans *Regimes of inequality: The political economy of health and wealth* (1^{re} éd.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781139051576>
- MacAulay, M., Macintyre, A., Yashadhana, A., Cassola, A., Harris, P., Woodward, C., Smith, K., de Leeuw, E., Palkovits, M., Hoffman, S. et Fafard, P. (2021). Under pressure: Understanding the role of the Chief Medical Officer in a pandemic. Non publié.
- Marchildon, G. P., Allin, S. et Merkur, S. (2020). *Canada: Health system review* (3^e éd., vol. 22). North American Observatory on Health Systems and Policies et European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.
- McAteer, J., Di Ruggiero, E., Fraser, A. et Frank, J. W. (2018). Bridging the academic and practice/policy gap in public health: Perspectives from Scotland and Canada. *Journal of Public Health*, 41(3), 632–637. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy127>
- McKee, M. (2019). Bridging the gap between research and policy and practice; Comment on “CIHR Health System Impact Fellows: Reflections on ‘driving change’ within the health system.” *International Journal of Health Policy and Management*, 8(9), 557–559. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.46>
- McMahon, M. et Tamblyn, R. (2019). The Health System Impact Fellowship: Perspectives from the Program Leads; Comment on “CIHR Health System Impact Fellows: Reflections on ‘driving change’ within the health system.” *International Journal of Health Policy and Management*, 8(10), 623–626. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.59>
- McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. et Davies, M. (dir.). (2013). Intersectoral governance for health in all policies—Structures, actions and experiences. *Revista de Direito Sanitário*, 14(1), 264. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i1p264-267>
- Moulton, A., Mercer, S., Popovic, T., Briss, P., Goodman, R., Thombly, M., Hahn, R. et Fox, D. (2009). The Scientific basis for law as a public health tool. *American Journal of Public Health*, 99, 17–24.
- Muntaner, C., Sridharan, S., Solar, O. et Benach, J. (2009). Against unjust global distribution of power and money: The report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health: Global inequality and the future of public health policy. *J Public Health Policy*, 30(2), 163–175.
- Naylor, C. D. (dir.). (2003). *Leçons de la crise du SRAS – Renouvellement de la santé publique au Canada – rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique*. Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/lecons-crise-sras-renouvellement-sante-publique-canada.html>

- O'Campo, P., Kirst, M., Shankardass, K. et Lofters, A. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé *J Public Health Policy*, 30(2), 183–188.
- OECD (2015). Scientific advice for policy making: The role and responsibility of expert bodies and individual scientists. *OECD Science, Technology and Industry Policy Papers* (n° 21).
<https://doi.org/10.1787/5js3311jcpwb-en>
- Office of the Surgeon General. (18 mars 2019). *U.S. Public Health Service Commissioned Corps*. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/corps/index.html>
- Organisation mondiale de la santé et Agence de la santé publique du Canada (dir.). (2008). *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*. Agence de la santé publique du Canada.
- Palmer, K., Tepper, J. et Nolan, M. (21 septembre 2017). *Indigenous health services often hampered by legislative confusion*. Healthy Debate. <https://healthydebate.ca/2017/09/topic/indigenous-health/>
- Pan-Canadian Public Health Network. (2019). *Performance measurement plan – PHN renewal* [Ébauche de document interne. Non publiée].
- Pan-Canadian Public Health Network. (11 septembre 2020). *Pan-Canadian Public Health Network: Overview Presentation*.
- Paquette, J. (2012). From decolonization to postcolonial management: Challenging heritage administration and governance in New Zealand. *Public Organization Review*, 12(2), 127–138.
- Plümper, T. et Neumayer, E. (2020). Lockdown policies and the dynamics of the first wave of the Sars-CoV-2 pandemic in Europe. *Journal of European Public Policy*, 1–21.
<https://doi.org/10.1080/13501763.2020.1847170>
- Polsky, C., Stagg, K., Gakh, M. et Bozlak, C. (2015). The Health in All Policies (HiAP) approach and the law: Preliminary lessons from California and Chicago. *J Law Med Ethics*, 43 (suppl. 1), 52–55.
<https://doi.org/10.1111/jlme.12216>
- Public Health Agency of Canada et Canadian Institutes for Health Research. (7 avril 2021). *Best Brains Exchange: Visioning the future of public health in Canada*.
- Raphael, D. et Bryant, T. (2006). The state's role in promoting population health: Public health concerns in Canada, USA, UK, and Sweden. *Health Policy*, 78(1), 39–55.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.09.002>
- Rechel, B., Jakubowski, E., McKee, M. et Nolte, E. (dir.). (2018). *Organization and financing of public health services in Europe*. WHO Regional Office for Europe.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507325/pdf/Bookshelf_NBK507325.pdf
- Réseau pancanadien de santé publique. (21 mars 2016). *Aperçu*. Réseau pancanadien de santé publique. <http://www.phn-rsp.ca/>

- Richardson, L. et Murphy, T. (2018). *Favoriser la réconciliation dans les soins de santé au Canada : Des pratiques judicieuses pour les leaders en santé*. SoinsSantéCan.
https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/FR/TRCC_FR.pdf?target=blank
- Sagan, A., Webb, E., Rajan, D. et Karanikolos, M. (2021). Health system resilience during the pandemic: It's mostly about governance. *Eurohealth* 27(1), 10–15.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344959/Eurohealth-27-1-10-15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salihu, H. M., Wilson, R. E. et Berry, E. “Lo.” (2018). The Collective Impact Index (CII): A New instrument to evaluate and foster collaborative partnership in public health practice. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS (IJMA)*, 7(1), 28–37. <https://doi.org/10.21106/ijma.265>
- Salinsky, E. et Gursky, E. A. (2006). The case for transforming governmental public health. *Health Affairs*, 25(4), 1017–1028. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.4.1017>
- Santé Canada. (9 mai 2006). ARCHIVÉE – Information, *Santé des autochtones*. Septembre 2004.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/prestations-systeme-soins-sante/collaboration-federale-provinciale-territoriale/rencontre-premiers-ministres-soins-sante/role-gouvernement-canada-matiere-sante-autochtones.html>
- Saulnier, D. D., Blanchet, K., Canila, C., Cobos Muñoz, D., Dal Zennaro, L., de Savigny, D., Durski, K. N., Garcia, F., Grimm, P. Y., Kwamie, A., Maceira, D., Marten, R., Peytremann-Bridevaux, I., Poroës, C., Ridde, V., Seematter, L., Stern, B., Suarez, P., Teddy, G.,... Tediosi, F. (2021). A health systems resilience research agenda: Moving from concept to practice. *BMJ Global Health*, 6(8), e006779. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006779>
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. et O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25–33. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4>
- Sheikh, K., Sriram, V., Rouffy, B., Lane, B., Soucat, A. et Bigdeli, M. (2020). Governance roles and capacities of ministries of health: A multidimensional framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.39>
- Sim, S. M., Lai, J., Aubrecht, K., Cheng, I., Embrett, M., Ghandour, E. K., Highet, M., Liu, R., Casteli, C. P., Saari, M., Ouédraogo, S. et Williams-Roberts, H. (2018). CIHR Health System Impact Fellows: Reflections on « driving change » within the health system. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(6), 325–328. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.124>
- Smits, P. et Champagne, F. (2020). Governance of health research funding institutions: An integrated conceptual framework and actionable functions of governance. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0525-z>
- Solar, O. et Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.
https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

- Sriram, V., Sheikh, K., Soucat, A., Bigdeli, M. et Campbell, S. (2020). *Addressing governance challenges and capacities in ministries of health* (p. 64). World Health Organization.
<https://hsgovcollab.org/system/files/2020-05/FINAL-WEB-3442-OMS-HSGF-WHO-WorkingPaper.pdf>
- Stier, D., Nicks, D. et Cowan, G. (2007). The courts, public health, and legal preparedness. *American Journal of Public Health*, 97 (suppl. 1), S 69–S73. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.101881>
- Strosher, H., MacDonald, M. et Hancock, H. (2011). *Advancing public health services & systems research in Canada: Developing a pan-Canadian agenda*. Proceedings from: Canadian Public Health Systems and Services Research Think Tank. University of Victoria.
https://www.uvic.ca/research/groups/cphfri/assets/docs/PHSSR_Think_Tank_report_Final.pdf
- Swedish Ministry of Health and Social Affairs. (2001). *Towards public health on equal terms*. Stockholm Sweden: Swedish Ministry of Health and Social Affairs.
- Thomson, K., Hillier-Brown, F., Todd, A., McNamara, C., Huijts, T. et Bamba, C. (2018). The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: An umbrella review. *BMC Public Health*, 18(1), 869. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5677-1>
- Turnock, B. (2004). *Public health: What it is and how it works*. Jones and Bartlett Learning.
- van der Graaf, P., Cheetham, M., Redgate, S., Humble, C. et Adamson, A. (2021). Co-production in local government: Process, codification and capacity building of new knowledge in collective reflection spaces. Workshops findings from a UK mixed methods study. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00677-2>
- Vindrola-Padros, C., Pape, T., Utlely, M. et Fulop, N. J. (2017). The role of embedded research in quality improvement: A narrative review. *BMJ Quality & Safety*, 26(1), 70–80.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004877>
- Wernli, D., Antulov-Fantulin, N., Berezowski, J., Biller-Andorno, N., Blachet, K., Bottcher, L., Burton-Jeangros, C., Clausin, M., Escher, G., Flahault, A., Fukuda, K., Helbing, D., Jaffé, P. D., Jørgensen, P., Kaspiarovich, Y., Krishnakumar, J., Lawrence, R., Lee, K., Léger, A.,... Young, O. (2021). *Governance in the age of complexity: Building resilience to COVID-19 and future pandemics*. Geneva Science-Policy Interface. https://www.leru.org/files/GSPI-PolicyBrief_resilience.pdf
- Wiley, L., Berman, M. et Blanke, D. (2013). Who's your nanny? Choice, paternalism and public health in the age of personal responsibility. *J Law Med Ethics*, 41 (suppl. 1), 88–91.
<https://doi.org/10.1111/jlme.12048>
- Williams, G., Rajan, S. et Cylus, J. (2021). Chapter 12: COVID-19 in the United Kingdom: How austerity and a loss of state capacity undermined the crisis response. Dans S.L. Greer, E. King, E. Massard da Fonseca et A. Peralta-Santos (dir.), *Coronavirus politics: The comparative politics and policy of COVID-19*. University of Michigan Press Ann Arbor.
<https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>
- Wilson, N., Nghiem, N., Foster, R., Cobiac, L. et Blakely, T. (2012). Estimation du coût d'une nouvelle législation relative à la santé publique *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 90(7), 532–539. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3397705/>

**Gouverner pour la santé du public :
options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada**

World Health Organization. (2018). *Essential public health functions, health systems, and health security: Developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272597/9789241514088-eng.pdf>

World Health Organization. (2021). *The 10 essential public health operations*. World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>

Annexe A

Méthodologie détaillée de la recension de la littérature

Les résultats ont été synthétisés à partir de renseignements provenant de sources multiples. Comme il est décrit ci-dessous, une recherche dans la littérature a été effectuée pour recenser les publications académiques pertinentes. Des experts en gouvernance de la santé publique, désignés par l'équipe de recherche, ont également été contactés pour (i) trouver d'autres sources académiques et grises (publiées et non publiées); (ii) examiner et valider les résultats et (iii) rédiger des études de cas portant sur des modèles de gouvernance particuliers. Les séances de consultation organisées par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et l'Association canadienne de santé publique au printemps 2021, auxquelles a participé l'autrice principale, ont également enrichi les résultats dont il est question dans le présent rapport.

Recherche dans la littérature académique

Sources d'information et stratégie de recherche

Les études universitaires évaluées par des pairs ont été repérées dans MEDLINE (Ovid), une importante base de données sur les sciences de la santé, et dans des bases de données spécialisées indexant la littérature sur les politiques publiques, les sciences politiques, les relations internationales et les sciences sociales (**tableau A1**).

Tableau A1. Bases de données bibliographiques universitaires spécialisées et moteurs de recherche

Base de données	Brève description
PAIS INDEX (ProQuest)	Recherche internationale dans les domaines des affaires publiques, des politiques publiques et sociales et des relations internationales.
Worldwide Political Science Abstracts (ProQuest)	Information à des fins de citation et résumés pour des recherches internationales, y compris des revues, des livres, des chapitres de livres, des critiques et des thèses.

La stratégie de recherche dans la littérature universitaire a été élaborée en consultation avec un spécialiste de l'information ayant une expertise en recherche documentaire en santé publique (Gerstein Science Information Centre, Université de Toronto). La recherche a été lancée dans MEDLINE (Ovid) et transposée dans les autres bases de données. Les limites suivantes ont été appliquées aux recherches dans les bases de données : (i) études publiées après le 1^{er} janvier 2000 (pour saisir les changements dans les systèmes de santé publique qui ont résulté d'événements de santé de portée internationale, comme le SRAS en 2003 et la grippe H1N1 en 2009); (ii) études rédigées en anglais ou en français, pour dégager de l'information dans les deux langues officielles du Canada.

Nous avons utilisé une syntaxe propre à la base de données et des mots-clés pour effectuer des recherches dans les bases de données répertoriées à l'aide des termes énumérés dans le **tableau A2** (la stratégie de recherche complète est décrite dans le **dossier supplémentaire A1**). Afin de couvrir le plus spécifiquement possible la base de données probantes, la recherche systématique dans MEDLINE a été limitée aux recensions de la littérature au moyen de filtres de recherche SIGN adaptés et prétestés pour les recensions des écrits (élaborés par Healthcare Improvement Scotland). Cependant, cette restriction n'a pas été appliquée dans les bases de données non médicales. Les études primaires pertinentes complémentaires ont été recensées en effectuant des recherches dans la littérature grise. Les mots-clés ont été combinés selon la logique suivante : santé publique ET gouvernance. Un échantillon d'articles universitaires potentiellement pertinents a été utilisé pour valider la stratégie de recherche (Carlson *et al.*, 2015; Jarvis *et al.*, 2020; Kneale *et al.*, 2017; Smits et Champagne, 2020; Thomson *et al.*, 2018).

Tableau A2. Concepts de recherche et exemples de mots-clés

Concepts de recherche	Mots-clés
Santé publique (<i>public health</i>)	Public health; population health; disease prevention and control; health promotion
Gouvernance (<i>governance</i>)	Governance; organization; administration; system; management; decision-making; policy; legislation; regulation; strategy; accountability; transparency; resource allocation; intersectoral; multisectoral; partnerships; collaboration; coordination; integration; institution; inter-institutional; reform; resource; funding; authority; leadership; stewardship; oversight; whole-of-government; whole-of-society

Processus de sélection des études

Les résultats de la recherche dans la littérature universitaire ont été exportés de chaque base de données électronique vers le logiciel de gestion des études en ligne, Covidence (www.covidence.org) afin de supprimer les citations en double et de procéder à la sélection des citations. Les citations ont été filtrées selon les critères énumérés au **tableau A3**. Le filtrage des citations s’est déroulé en deux phases : (i) le filtrage des titres et des résumés, et (ii) le filtrage des textes intégraux. Deux examinateurs indépendants ont d’abord filtré un échantillon de citations ensemble pour estimer la concordance. Les autres citations ont été divisées pour filtrage entre les deux examinateurs, et les citations incluses/exclues ont été contre-vérifiées par l’un des examinateurs à des fins de validation. Les citations dont l’admissibilité était incertaine ont fait l’objet de discussions avec l’auteure principale. Le processus de sélection de la littérature académique évaluée par les pairs est illustré dans le **dossier supplémentaire A2**.

Tableau A3. Critères d’admissibilité utilisés pour le filtrage de la littérature universitaire

Critère	Inclure	Exclure
Date de publication	Études publiées après le 1 ^{er} janvier 2000	Études publiées avant le 1 ^{er} janvier 2000
Langue	Études rédigées en français ou en anglais	Études rédigées dans des langues autres que le français ou l’anglais
Type de publication	L’étude est originale, universitaire, évaluée par des pairs et publiée	L’étude est un texte, un commentaire, une lettre à la rédaction, un résumé de conférence, un rapport technique ou un chapitre de livre.
Devis de recherche	L’étude comprend un examen de la littérature, un cadre conceptuel, une étude de cas politique (unique ou multiple) ou un autre type d’étude multinationale. Les études à méthodes mixtes comportant une ou plusieurs des composantes susmentionnées sont admissibles.	Études ne répondant pas aux critères définis
Contexte de l’étude	L’étude traite de pays membres de l’OCDE, qui sont des pays comparables au Canada. Les études multinationales incluant, entre autres, des membres de l’OCDE seront également prises en considération.	L’étude n’inclut pas de pays à revenu élevé/de pays comparables (membres de l’OCDE).
Concept clé 1 : santé publique	L’étude porte sur la santé publique (y compris la prévention ou le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, et la promotion de la santé et du bien-être de la population).	L’étude ne traite que des systèmes de santé généraux, des politiques en matière de santé ou des services de santé non spécifiques à la santé publique ou de la population. L’étude porte uniquement sur les collaborations entre des partenaires de secteurs autres que de la santé (sans la

	Le secteur de la santé participe à des modèles et structures de gouvernance axés sur la collaboration.	participation du secteur de la santé) pour atteindre les objectifs de santé et de bien-être de la population.
Concept clé 2 : gouvernance	L'étude porte sur les rôles, les fonctions et les composantes de la gouvernance (élaboration de politiques, intendance des ressources, amélioration continue, mobilisation des partenaires, pouvoir conféré par la loi et supervision par un ministère de la Santé); elle pourrait être hiérarchique ou axée sur la collaboration.	L'étude porte uniquement sur la prestation de programmes, d'interventions ou de services précis de prévention ou de santé publique, et ne contient pas de discussion sur la gouvernance.

Recherche supplémentaire dans les études universitaires et la littérature grise

La littérature universitaire et la littérature grise supplémentaires ont été principalement recensées en consultant des personnes pertinentes ayant de l'expertise dans les systèmes de santé publique et la gouvernance au Canada et à l'étranger. D'autres sources grises et universitaires ont été recensées en parcourant les listes de référence des articles recensés et en effectuant des recherches ciblées sur Google, les sites Web des gouvernements canadiens (p. ex., gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux) et les répertoires de documents (ProQuest PolicyFile Index, Harvard Kennedy School search for Think Tank materials).

Extraction et synthèse des données

Une bibliothèque de sources académiques répondant aux critères initiaux énumérés au **tableau A3** a été créée (166 articles). Ces études ont été regroupées par thème selon les catégories suivantes : orientation conceptuelle ou théorique, orientation intersectorielle ou axée sur la Santé dans toutes les politiques, orientation sur la santé publique au palier local, orientation sur les lois en matière de santé publique, étude de cas sur un système de santé publique et orientation sur la protection de la santé (y compris COVID-19). Les articles académiques prioritaires (28 sources, voir le **dossier supplémentaire A2**), comme ceux qui fournissent de nouveaux éléments d'information (par rapport aux commentaires d'experts et aux études de cas, qui ont été rédigés en parallèle), qui renferment les données probantes les plus récentes et qui contiennent les renseignements les plus complets sur chaque thème, ont été analysés par deux examinateurs à l'aide d'un formulaire d'extraction de données normalisé (élaboré sur Microsoft Excel et d'abord mis à l'essai sur un échantillon aléatoire de cinq articles). La littérature supplémentaire et grise a été ajoutée à la synthèse jusqu'à la saturation. Les résultats et les recommandations ont été organisés selon un cadre conceptuel décrivant les fonctions de la gouvernance (Carlson *et al.*, 2015).

Le formulaire d'extraction de données contenait les champs suivants : information sur la publication; milieu; définition de la gouvernance de la santé publique; détails de l'initiative de gouvernance de la santé publique (ou modèle, ou système); données probantes sur la réussite de l'initiative (y compris tout indicateur de bonne gouvernance, mesure intersectorielle et autres mesures de l'efficacité selon les auteurs); facteurs de prédisposition/habilitants et défis pour la gouvernance; définition de l'équité et des considérations relatives à l'équité; toute recommandation formulée (p. ex., pour le renforcement de la gouvernance, le transfert de modèles efficaces à d'autres contextes et l'évaluation dans le cadre de recherches futures).

Limites

Bien que nous nous soyons appuyés sur diverses sources et que nous ayons cherché à saisir les principales publications, il convient de signaler que la recension de la littérature et les études de cas utilisées pour appuyer les conclusions du présent rapport sont le fruit du travail d'experts plutôt que d'une recherche systématique. Par conséquent, le présent rapport ne fournit pas un compte rendu

exhaustif de la littérature sur la gouvernance de la santé publique. Nous nous sommes également concentrés sur la gouvernance à l'échelle nationale et, dans une mesure plus limitée, à l'échelle infranationale dans les juridictions à revenu élevé qui peuvent être considérées comme plus facilement comparables au Canada. Cependant, nous reconnaissons que des leçons utiles en matière de gouvernance peuvent également être tirées des pays non comparables et des modèles de gouvernance supranationaux.

Dossier supplémentaire A1. Stratégies de recherche dans les bases de données électroniques (dernière mise à jour le 3 avril 2021)

Ovid MEDLINE : Publication en ligne avant l'impression, en cours et autres citations non indexées, Ovid MEDLINE® Daily et Ovid MEDLINE® 1946 – aujourd'hui		
Nbre	Requête	Résultats
1	Public Health/	84 608
2	Population Health/	1 075
3	Decision Making/	98 009
4	Government Regulation/	21 481
5	Legislation as Topic/	15 958
6	Financing, Government/	21 056
7	Resource Allocation/	8 858
8	exp Policy Making/	26 574
9	Public Policy/	32 049
10	Health Policy/	68 180
11	Health Resources/	14 109
12	Health Planning/	21 780
13	Interinstitutional Relations/	10 751
14	Learning Health System/	83
15	Public Health Practice/	5 514
16	Public Health Administration/	15 603
17	((public health OR population health OR disease control OR disease prevention) adj4 (system* OR organiz* OR organis* OR administ* OR govern* OR manag* OR decision* OR policy OR policies OR legislat* OR law OR laws OR legal* OR regulat* OR strateg* OR accountab* OR resourc* OR intersectoral* OR inter-sectoral* OR multisectoral* OR multi-sectoral* OR partnership* OR collaborat* OR coordinat* OR co-ordinat* OR integrat* OR fund* OR infrastructur* OR infra-structur* OR institution* OR interinstitution* or inter-institution* OR authorit* OR authoris* OR authoriz* OR oversight OR steward* OR whole-of-government OR whole-of-society OR reform*)).tw,kf	50 279
18	Meta-Analysis as Topic/	19 271
19	meta analy\$.tw.	196 342
20	metaanaly\$.tw.	2 240
21	Meta-Analysis/	128 995
22	((systematic or scoping or integrat* or realist or literature or rapid or narrative or umbrella or qualitative or concept* or theoret*) adj2 (review\$1 or overview\$1 or framework\$1)).tw,kf	353 520
23	exp Review Literature as Topic/	15 665
24	or/28-33	486 443
25	cochrane.ab.	95 758
26	embase.ab.	106 423
27	(psychlit or psyclit).ab.	915
28	(psychinfo or psycinfo).ab.	41 016
29	(cinahl or cinhal).ab.	32 348
30	science citation index.ab.	3 256
31	bids.ab.	561
32	cancerlit.ab.	633
33	or/35-42	172 653
34	reference list\$.ab.	19 098
35	bibliograph\$.ab.	19 246
36	hand-search\$.ab.	7 346
37	relevant journals.ab.	1 228
38	manual search\$.ab.	4 819
39	or/44-48	46 396

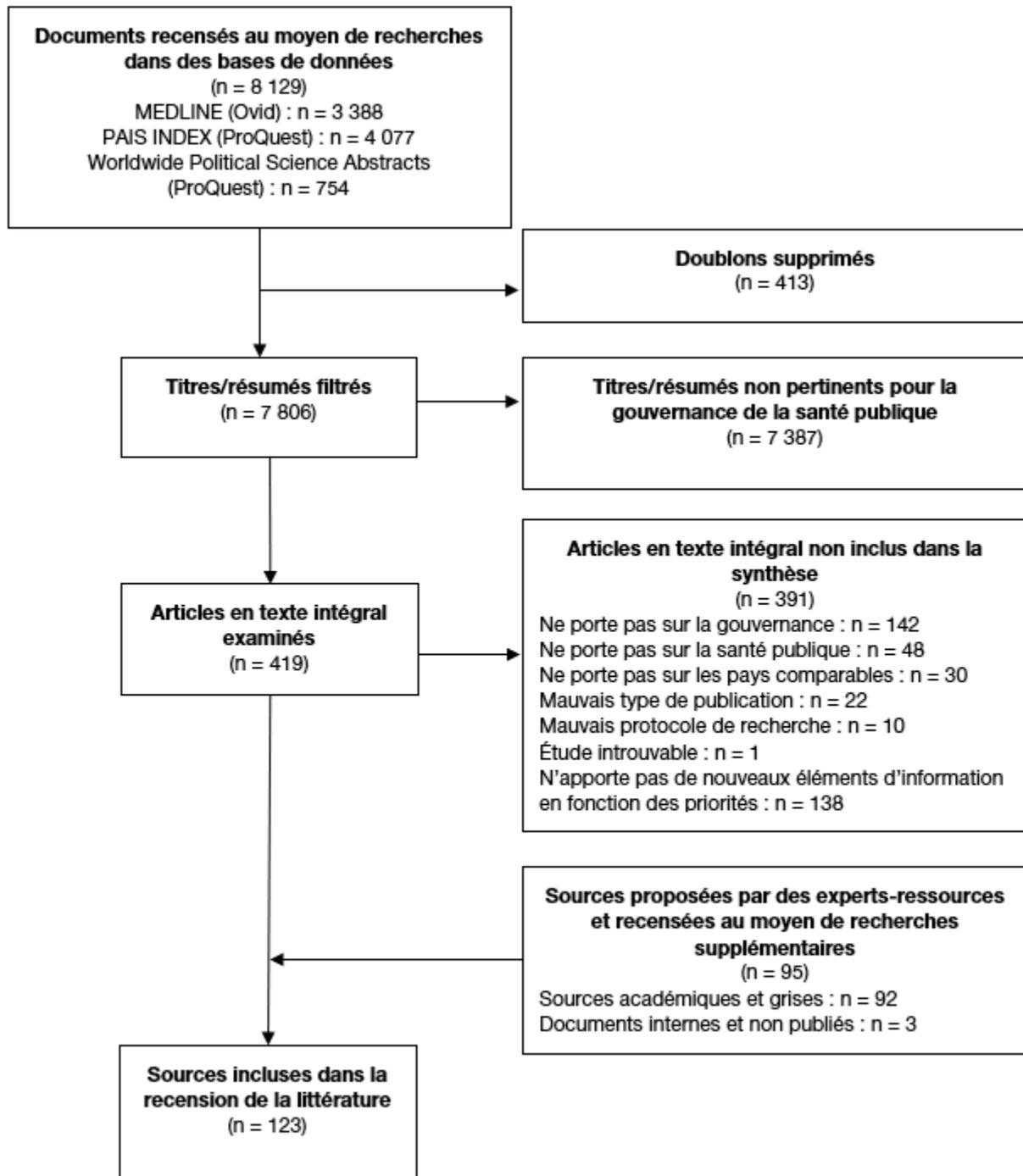
Gouverner pour la santé du public :

options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada

40	selection criteria.ab.	31 785
41	data extraction.ab.	23 844
42	or/50-51	53 235
43	Review/	2 777 609
44	and/52-53	29 948
45	Comment/	902 249
46	Letter/	1 129 421
47	Editorial/	562 769
48	animal/	6 789 212
49	human/	19 137 556
50	48 not (48 and 49)	4 775 107
51	or/45-47,50	6 652 641
52	24 or 33 or 39 or 44	541 357
53	52 not 51	516 582
54	1 or 2 [public health terms]	85 518
55	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 [governance terms]	302 346
56	15 or 16 [public health administration terms]	20 764
57	54 and 55 [public health + governance]	12 341
58	17 or 56 or 57 [all alternatives of public health governance terms]	75 560
59	53 and 58 [reviews + public health governance]	3 660
60	limit 59 to (yr="2000 -Current" and (english or french))	3 388

ProQuest – Bases de données sélectionnées		
Base de données	Requête	Résultats
PAIS INDEX	<p>ti,ab(("public health" OR "population health" OR "disease control" OR "disease prevention") NEAR/4 (system* OR organiz* OR organis* OR administ* OR govern* OR manag* OR decision* OR policy OR policies OR legislat* OR law OR laws OR legal* OR regulat* OR strateg* OR accountab* OR resourc* OR intersectoral* OR inter-sectoral* OR multisectoral* OR multi-sectoral* OR partnership* OR collaborat* OR coordinat* OR co-ordinat* OR integrat* OR fund* OR infrastructur* OR infra-structur* OR institution* OR interinstitution* OR inter-institution* OR autorit* OR autoris* OR autoriz* OR oversight OR steward* OR whole-of-government OR whole-of-society OR reform*))</p> <p>limite à l'anglais ou au français, date de publication : Du 1^{er} janvier 2000 au 3 avril 2021, revues académiques, évaluées par des pairs</p> <p>NOT commentary, editorial, news, interview, biography, speech/lecture, credit//acknowledgment, undefined, conference proceedings, letter to the editor, market research, general information, correspondence, correction/retraction</p>	4 077
Worldwide Political Science Abstracts	<p>ti,ab(("public health" OR "population health" OR "disease control" OR "disease prevention") NEAR/4 (system* OR organiz* OR organis* OR administ* OR govern* OR manag* OR decision* OR policy OR policies OR legislat* OR law OR laws OR legal* OR regulat* OR strateg* OR accountab* OR resourc* OR intersectoral* OR inter-sectoral* OR multisectoral* OR multi-sectoral* OR partnership* OR collaborat* OR coordinat* OR co-ordinat* OR integrat* OR fund* OR infrastructur* OR infra-structur* OR institution* OR interinstitution* OR inter-institution* OR autorit* OR autoris* OR autoriz* OR oversight OR steward* OR whole-of-government OR whole-of-society OR reform*))</p> <p>limite à l'anglais ou au français, date de publication : Du 1^{er} janvier 2000 au 3 avril 2021, revues académiques, revues par les pairs, excluant les doublons</p> <p>NOT commentary, editorial, news, general information</p>	754

Dossier supplémentaire A2. Diagramme du processus de sélection des sources académiques et grises



Source : Adaptée de Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. et Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Annexe B

Étude de cas : Réformes de la santé publique au R.-U. 2012-2021

Préparée par David Hunter

Résumé

Dans le cadre de la réorganisation du système de santé en Angleterre en 2012, la fonction de santé publique a fait l'objet d'une réforme majeure. À l'échelle locale, la responsabilité de direction de la santé publique a été transférée du National Health Service aux administrations locales. À l'échelle nationale, une nouvelle agence – Public Health England (PHE) – a été créée. Bien que l'impact des changements reste incertain et variable, principalement en raison des importantes réductions des dépenses publiques imposées entre 2010 et 2020 et affectant en particulier les administrations locales et la santé publique, les réformes ont généralement été bien accueillies. En raison de l'impact de la COVID-19, du manque de préparation du gouvernement à la pandémie et des échecs perçus dans le rendement de PHE, des propositions de réforme de la santé publique à l'échelle nationale ont été annoncées au début de 2021. Deux nouvelles organisations remplaceront PHE, mais les détails restent à finaliser.

Contexte

Depuis 2012, la santé publique au R.-U. a fait l'objet de réformes majeures aux paliers national et local. Alors que les quatre pays qui composent le R.-U. ont été témoins d'une réforme de l'organisation de la fonction de santé publique, l'Angleterre a connu les bouleversements les plus importants avec une nouvelle série de changements en cours. Cette étude de cas porte sur les réformes en Angleterre⁴.

Jusqu'à l'adoption de la Health and Social Care Act (HSCA) de 2012, la responsabilité de la santé publique en Angleterre incombait au National Health Service (NHS) et, à l'échelle locale, aux Primary Care Trusts (PCT) (organismes autonomes de soins primaires). Sous l'égide de l'initiative World Class Commissioning (mise en service de calibre mondial) (WCC), lancée en 2007 pour développer l'impartition et la prestation des services, les principales tâches des PCT consistaient à évaluer les besoins en santé de leurs communautés et à leur fournir des services de prévention et de soins de santé. Malgré les objectifs louables de la WCC, la santé publique est demeurée un secteur en grande partie négligé et mal financé au sein du NHS, qui s'occupait des services aux malades et des soins hospitaliers. Les dépenses en santé publique ne représentaient pas plus de 4 % du budget total des soins de santé. Même à cette époque, les budgets convenus pour la santé publique étaient souvent pillés pour maintenir le financement des services de soins aigus (Department of Health, 2006). En plus de l'insuffisance des ressources consacrées à la santé publique, un autre problème était l'étroitesse de l'approche adoptée. L'accent mis sur chacun des facteurs liés au mode de vie en aval découlait de la préoccupation dominante du NHS à l'égard de la maladie et de la mauvaise santé au niveau individuel. Cela s'est fait au détriment de l'attention accordée aux déterminants sociaux de la santé en amont, laquelle était insuffisante.

Depuis un certain temps, les praticiens et les observateurs ont reconnu le rôle important des gouvernements locaux dans la promotion de la santé et du bien-être, ainsi que dans la lutte contre les inégalités en santé. Avant les réformes énoncées dans la HSCA 2012, le gouvernement travailliste de l'époque avait introduit des postes de directeur de la santé publique (DSP), qui étaient dotés conjointement par les PCT et les autorités locales. Ces postes ont connu un succès limité en raison des obstacles organisationnels et culturels évidents au niveau du NHS et de l'administration locale (Redgrave, 2007). Pour que les postes conjoints fonctionnent de manière efficace, le DSP a besoin d'un ensemble de compétences différentes, y compris des compétences communicationnelles et politiques, ainsi qu'une compréhension approfondie des contextes locaux et, en particulier, de la façon dont les autorités locales fonctionnent en tant qu'organisations politiques.

⁴ Pour un résumé des changements introduits en 2012, visitez : <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>. Pour un compte rendu des réformes introduites en Angleterre en 2021, visitez : <https://www.kingsfund.org.uk/health-care-explained>

Réformes au palier local

Le gouvernement de coalition du R.-U. élu en 2010 s'est engagé à réformer en profondeur le NHS, même si le premier ministre avait déclaré publiquement qu'aucune autre réorganisation transformatrice n'était prévue. Inévitablement, l'avenir de la fonction de santé publique a dû être abordé et a fait l'objet de propositions de réforme distinctes (Secretary of State for Health *et al.*, 2010). Bien que les réformes du NHS aient été largement critiquées et rejetées comme étant inutiles, les changements touchant la santé publique ont été accueillis plus chaleureusement, en particulier chez ceux qui avaient longtemps soutenu que la santé publique souffrait du fait de demeurer dans l'ombre du NHS (Elson, 1999). Dans un geste inattendu et imprévu, le gouvernement a annoncé son intention de redonner le contrôle de la santé publique aux administrations locales en investissant de cette responsabilité les autorités locales de palier supérieur ou à palier unique. Cette décision est devenue inévitable étant donné que les réformes du NHS impliquaient l'abolition des PCT. Il fallait donc trouver un nouveau foyer pour la santé publique.

Le passage à une administration locale était logique étant donné l'engagement du gouvernement d'aborder les déterminants plus larges de la santé et de réduire les inégalités en santé, l'accent sur le travail local étant au cœur du système. La décision tombait à point nommé, car l'examen de Marmot, publié en 2010, et organisé par le gouvernement travailliste précédent, soulignait l'importance d'adopter une approche axée sur le cycle de vie pour améliorer la santé (Marmot *et al.*, 2010). Les administrations locales semblaient donc être un foyer plus logique pour l'ensemble de la fonction de santé publique que le NHS. En même temps, et un peu malheureusement pour ce qui est du moment choisi, les administrations locales souffraient de s'être vues dépouillées de bon nombre de leurs fonctions. Leur contrôle de l'éducation a été éliminé par l'avènement des académies gérées par le secteur privé, et de nombreux autres services, notamment les services sociaux, étaient de plus en plus externalisés au secteur privé et au secteur tertiaire. Par conséquent, les approches « adaptées au milieu » tout au long de la vie devenaient de plus en plus complexes et fragmentées. En outre, la politique d'austérité mise en place par le gouvernement de coalition en 2010, qui devait durer au moins une décennie, frappait durement tous les services publics et les administrations locales, lesquelles subissaient, avec leur nouvelle fonction de santé publique, les pires réductions des dépenses publiques.

Les changements ont obligé les directeurs de la santé publique (DSP) et leurs équipes de santé publique à migrer vers le palier du gouvernement local. Bon nombre d'entre eux s'y étaient déjà physiquement établis à la suite de la décision de créer les postes conjoints mentionnés ci-dessus. Les liens avec le NHS devaient être maintenus afin de pouvoir continuer de donner des conseils en matière de santé publique, au besoin. Certaines fonctions de santé publique (c.-à-d. vaccination et immunisation) sont demeurées au NHS. Les budgets ont été transférés en fonction des dépenses antérieures et ont été protégés (c.-à-d. réservés) pendant les premières années, bien que cela n'ait pas empêché les réductions du financement global en raison de la politique d'austérité du gouvernement, elle-même motivée par le désir de réduire la taille de l'État et de réduire les dépenses publiques afin de s'attaquer au déficit du R.-U. à la suite de la crise financière mondiale de 2008 à 2010.

Des Health and Wellbeing Boards (HWB) (conseils de santé et de bien-être) ont été mis en place dans chaque administration locale, réunissant tous les intérêts d'une région locale, y compris le NHS et le secteur tertiaire. Le principal pouvoir des HWB, et peut-être le seul, est d'entreprendre une évaluation des besoins et d'élaborer des stratégies sur la santé et le bien-être auxquelles d'autres organismes adhèrent. Toutefois, ces conseils ne disposent d'aucun pouvoir exécutif pour exiger la mise en œuvre de leurs stratégies et ne peuvent progresser que par la persuasion et l'influence. Il n'est pas surprenant que les HWB aient eu de la difficulté à avoir un impact et aient été inégaux en ce qui concerne leur travail en partenariat (Perkins *et al.*, 2020). Les organismes du NHS ont eu tendance à dominer les réunions, les représentants du public et des organismes du secteur tertiaire se sentant négligés. On a aussi reproché aux conseils de s'assimiler en grande partie à des « ateliers de discussion » et à des « organes

d'approbation automatique » en l'absence de pouvoir réel pour effectuer des changements ou orienter la stratégie et sa mise en œuvre. Contrairement à ce que l'on espérait des « leaders du système », ils se sont avérés très décevants jusqu'à présent, bien que plusieurs autorités locales aient voulu les renforcer.

La position de la santé publique au sein des autorités locales a tendance à varier en fonction de leurs circonstances et préférences particulières. Il n'existe pas de modèle unique ni d'approche acceptée, car la diversité est une caractéristique inhérente aux gouvernements locaux. Certaines autorités locales ont choisi de conserver le poste de DSP, accordant au titulaire un statut de premier rang au sein de l'équipe des agents. D'autres ont adopté un titre différent (p. ex., directeur de l'amélioration de la santé) ou ont fusionné le poste de DSP avec celui de directeur des services sociaux pour les adultes. À d'autres endroits, on a jugé que le poste de DSP avait été déclassé en raison de son repositionnement au sein d'une autre direction.

Réformes au palier national

Des changements ont également été apportés à l'organisation de la santé publique au palier national. Un nouvel organisme indépendant appelé Public Health England (PHE) a été créé pour assurer un leadership en matière de santé publique. Bien qu'il soit distinct du Department of Health (maintenant appelé Department of Health and Social Care [DHSC] [ministère de la Santé et des Soins sociaux]) et organisée en équipes régionales et locales, PHE n'avait pas l'indépendance accordée à d'autres organismes nationaux comme le National Institute for Health and Care Excellence (institut national de la santé et de l'excellence des soins [NICE]). Il était un organisme de la fonction publique qui faisait partie du DHSC central. Inspiré en grande partie du Health Protection Agency (agence de protection de la santé) qu'il a remplacé en 2012, PHE s'est vu confier la responsabilité de deux des trois domaines de la santé publique, soit la protection de la santé, y compris la protection civile, et l'amélioration de la santé. Le troisième domaine – l'amélioration de la qualité des services de santé – est demeuré au sein de NHS England, qui dirige NHS (mais seulement en Angleterre), et les organismes connexes qui s'intéressent à la qualité et à l'amélioration des soins. Malgré la création de PHE, un important groupe de fonctionnaires en santé publique est demeuré au DHSC pour épauler le ministre de la santé publique et le Chief Medical Officer (CMO) (médecin hygiéniste en chef) de l'Angleterre.

Les activités de PHE sont axées sur la résolution des problèmes de santé publique en influençant les programmes en produisant des données, des analyses et des recherches; en façonnant les politiques et les pratiques au moyen de solutions fondées sur des données probantes; en offrant des services en répondant aux urgences en santé et aux campagnes de santé publique et renforçant la capacité du système par de la formation, des avis et des normes afin d'offrir des interventions efficaces. Par exemple, PHE a dirigé un programme de Santé dans toutes les politiques (SdTP) comprenant une ressource pour appuyer les efforts des autorités locales d'élaboration d'approches collaboratives pour améliorer la santé (Connolly et Public Health England, 2016). Parmi les priorités stratégiques de PHE pour la période 2020-2025, les plus importantes sont une société sans fumée, une alimentation et un poids plus sains, un air plus pur, une meilleure santé mentale et le meilleur départ qui soit dans la vie (Public Health England, 2019).

Parmi les autres nouveautés au palier national, mentionnons la mise en œuvre d'un cadre des résultats en santé publique (CRSP). Publié pour la première fois en 2012 et examiné tous les trois ans à la suite de consultations, il comprend cinq domaines et un total de 159 indicateurs et sous-indicateurs couvrant l'ensemble de la santé publique tout au long de la vie, aux paliers local et national, et ce qui peut être mesuré de façon réaliste. Afin de renforcer et d'orienter les approches pangouvernementales pour aborder les déterminants plus vastes de la santé, un Cabinet Sub-Committee on Public Health (sous-comité du Cabinet sur la santé publique), dirigé par le Secretary of State for Health (secrétaire d'État à la Santé), semblable à celui qui existait jusqu'en 2012, a été créé pour coordonner les travaux entre les

ministères centraux. Une nouvelle « entente de responsabilité » à souscription volontaire a été mise en place et envoie le message que les entreprises et les sociétés du secteur privé devraient assumer une plus grande responsabilité quant à l'impact de leurs produits et pratiques sur la santé et le bien-être. Enfin, le CMO de l'Angleterre devait demeurer le principal défenseur de la santé publique dans l'ensemble du gouvernement.

Impact des réformes : qu'est-ce qui fonctionne bien et qu'est-ce qui ne fonctionne pas si bien?

Il n'y a pas eu beaucoup de recherches pour évaluer les changements en matière de santé publique depuis 2012, que ce soit aux paliers national ou local, mais le travail qui a été accompli fournit des informations utiles. En ce qui concerne le retour de la responsabilité de la santé publique aux administrations locales, le consensus est que la décision « avait du sens » et qu'elle était « attendue depuis longtemps » étant donné que les administrations locales sont « souvent perçues comme le foyer naturel de la santé publique » (Peckham *et al.*, 2020; Boswell *et al.*, 2019; Hunter, 2016; Marks *et al.*, 2015; Gorsky *et al.*, 2014). Une enquête menée en 2014 auprès des DSP a révélé que le transfert de la santé publique aux administrations locales « permettait de réaliser une partie des résultats et de l'orientation envisagés par les décideurs » (Jenkins *et al.*, 2016). Ces gains étaient particulièrement évidents dans les administrations locales où de bonnes relations avaient été établies entre les membres élus, les dirigeants des administrations locales et les DSP et leurs équipes. Renforçant ces résultats, une étude sur l'établissement des priorités en matière d'investissement et de désinvestissement en santé publique a révélé que la façon dont les données probantes ont été conçues et utilisées a démontré l'influence cruciale du contexte et des valeurs politiques et sociales dans l'établissement des priorités en santé publique (Marks *et al.*, 2015).

Cependant, bien que le retour de la santé publique dans le portefeuille de responsabilités des administrations locales ait été bien accueilli par de nombreux intervenants et considéré comme le bon endroit pour aborder les déterminants plus vastes de la santé, il a coïncidé exactement avec le moment où d'importantes réductions des dépenses ont été imposées (Hunter, 2016; Buck, 2020). Bien que les budgets de santé publique soient considérés comme offrant une certaine protection contre les réductions de dépenses, de nombreux gouvernements locaux estiment que le cantonnement va à l'encontre de la notion voulant que la santé publique devienne pleinement intégrée aux travaux de l'autorité locale et soit considérée comme l'activité légitime de toutes ses fonctions. Le fait d'isoler une fonction ou une activité à des fins de protection par le cantonnement budgétaire est considéré comme indéfendable et source de division.

Compte tenu de ce problème budgétaire, et malgré certaines données probantes encourageantes démontrant que les changements ont un impact positif (Buck, 2020; Buck, 2021), les premiers résultats de la recherche de Peckham *et al.* (2020) sont plus mitigés lorsqu'il s'agit de cerner le degré de réussite des cinq principaux changements envisagés. Ceux-ci sont : améliorer la prise de décisions et l'imputabilité au palier local pour améliorer la santé des populations locales; offrir des occasions d'aborder efficacement les déterminants plus vastes de la santé; mettre l'accent sur les activités axées sur les résultats; veiller à ce que les décisions et les activités soient dirigées par ce qui fonctionne; et accroître l'efficacité en créant un système plus rationalisé et intégré. Les chercheurs concluent ce qui suit: « à la suite des bouleversements considérables provoqués par le transfert de la santé publique au portefeuille de responsabilités des autorités locales, et des restructurations presque constantes exigées par les compressions budgétaires... les responsabilités, l'équilibre des actions et des approches en matière de santé publique locale sont encore très instables » (Peckham *et al.*, 2020). De plus, tel que souligné plus tôt, les Health and Wellbeing Boards, établis en 2012, ont été en grande partie décevants quant à leur rôle de leaders du système à l'échelle locale. Il n'est donc pas étonnant que des initiatives comme la SdTP n'aient pas réussi jusqu'ici à produire les améliorations espérées en matière de santé

préventive et qu'elles aient fait preuve de « lacunes en ce qui concerne la mise en œuvre » (Cairney *et al.*, 2021).

Il subsiste également des frictions au niveau de l'interface entre le gouvernement local et le NHS, et la crainte que le rôle du NHS en matière de santé publique soit dilué ou négligé davantage à mesure que la responsabilité de la santé publique devient de plus en plus l'apanage des autorités locales. Pour contrebalancer ce risque, le NHS England a reconnu que le NHS doit se consacrer davantage à la santé des populations et augmenter ses investissements pour prévenir les hospitalisations et encourager des modes de vie plus sains pour éviter l'admission dans des établissements de soins. Le plan à long terme du NHS, publié au début de 2019, consacre un chapitre entier au rôle du NHS dans l'amélioration de la santé des populations et la prise en charge des déterminants de la santé, ainsi qu'une annexe sur le soutien du NHS à des objectifs sociaux plus vastes, y compris l'emploi et l'environnement (NHS England, 2019). Pour que tous ces changements soient couronnés de succès, il faut que le NHS travaille en étroite collaboration avec les administrations locales, ce qui demeure un défi, même si le transfert de la responsabilité de la santé publique aux administrations locales devrait faciliter cette collaboration. Les réformes en cours au NHS en Angleterre sont axées sur l'établissement de systèmes de soins intégrés (SSI) dans tout le pays. Il s'agit d'organismes locaux conçus expressément pour renforcer la collaboration entre tous les intervenants clés.

Bien que les changements à l'échelle locale aient été bien accueillis de façon générale, mis à part le resserrement du financement sur 10 ans qui a entravé les progrès et contribué à l'incertitude entourant la priorité accordée à la santé publique, à l'échelle nationale, PHE a suscité des opinions partagées. Plus particulièrement, diverses enquêtes du Parliamentary Committee (comité parlementaire) ont fait ressortir des préoccupations voulant que PHE ait manqué de moyens suffisamment solides pour influencer les autorités locales afin d'assurer des progrès par rapport à l'ensemble de ses priorités principales, comme mesurés par rapport au CRSP, et que dans l'ensemble, il se soit montré trop timide, omettant de faire usage d'un « franc-parler » en confrontant des intérêts puissants (House of Commons Committee of Public Accounts, 2015; House of Commons Health Committee, 2014). Un point de vue commun a également été exprimé selon lequel PHE devait faire davantage pour travailler dans l'ensemble du gouvernement central afin de s'assurer que tous les ministères étaient d'accord avec ses priorités (House of Commons Health Committee, 2016).

Le manque d'indépendance de PHE par rapport au gouvernement a également été considéré comme problématique, surtout à la lumière des preuves démontrant qu'il y avait eu ingérence politique pour supprimer ou retarder la publication des rapports, plus récemment en ce qui concerne certains de ses conseils et certains de ses avis liés à la COVID-19, mais aussi en ce qui concerne certains de ses travaux antérieurs sur les services de prévention sanitaire. Par exemple, le House of Commons Health Committee (comité de la santé de la Chambre des communes) a jugé que la relation entre le Department of Health et PHE demeurait problématique. À l'appui de cette affirmation, des preuves donnent à penser qu'il y a eu ingérence politique pour supprimer ou retarder la publication des rapports de PHE, comme son examen des données probantes concernant la consommation de sucre et les effets sur l'obésité, qui se sont révélés critiques à l'égard de la politique gouvernementale, ou plutôt l'absence de celle-ci (Tedstone *et al.*, 2015). En ce qui concerne le Sub-Committee on Public Health, le House of Commons Health Committee n'était pas convaincu qu'il « avait été un facteur clé de changement ou qu'il devait être rétabli » (House of Commons Health Committee, 2016, p. 39). Sa solution préférée pour assurer une politique intégrée plus efficace et un travail interministériel permettant d'améliorer la santé et le bien-être consistait à confier la responsabilité d'assurer le leadership politique à un ministre du ministère responsable de la coordination du travail ministériel – le Cabinet Office (bureau du conseil des ministres).

Cependant, les observateurs n'ont pas tous été aussi critiques à l'égard de PHE et de son rendement global. Une étude sur l'institutionnalisation de la santé préventive dans trois pays – l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Angleterre – a félicité l'agence pour son « engagement osé à l'égard des questions importantes » (Boswell *et al.*, 2019, p. 207). Plutôt que d'essayer de faire usage d'un « franc-parler » en confrontant des intérêts puissants, les chercheurs ont conclu que PHE « a pris soin de maintenir un équilibre délicat, c'est-à-dire de maintenir son indépendance par rapport au gouvernement, mais en se gardant de verser dans le “lobbying” préventif en matière de santé » (Boswell *et al.*, 2019, p. 208). L'approche est décrite comme étant une « défense discrète », PHE poursuivant son programme « en catimini, en établissant un climat de confiance avec d'autres intervenants puissants et en en tirant profit » (Boswell *et al.*, 2019, p. 208). PHE s'est bâti une réputation de « courtier de connaissances » indépendant, évitant ainsi une prise de position publique et un programme politique solide. On allègue donc que PHE a acquis une légitimité généralisée en recourant à ce genre de moyens. Mais bien qu'il ait pu atteindre le succès en tant qu'institution, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il a réalisé des gains politiques pour le programme de prévention. C'est sur cette question que de nombreux intervenants du milieu de la santé publique en général ont été les plus critiques à l'endroit de l'approche discrète de PHE et de sa tendance à adopter des positions controversées, notamment en ce qui a trait à son examen des cigarettes électroniques dans lequel il a prétendu qu'elles étaient 95 % plus sûres pour la santé que le tabac traditionnel (Public Health England, 2015). Une telle conclusion a été accueillie avec beaucoup d'hostilité et une opposition généralisée de la part de nombreux intervenants, mais pas tous, du milieu de la santé publique. Cette conclusion a également opposé PHE à des organismes comme l'OMS, qui avait conclu que les cigarettes électroniques étaient loin d'être sûres pour la santé. PHE a également fait l'objet de critiques à l'égard de la proximité perçue de l'industrie des boissons et pour ne pas avoir été plus critique à l'endroit de puissants intérêts commerciaux.

Si PHE pensait que son approche discrète à profil bas, qui met l'accent sur la formulation de demandes réalistes en matière de changement de politique, assurerait sa survie, l'arrivée de la pandémie a rapidement mis fin à cette aspiration. À peine huit ans après sa création, en 2020, le gouvernement du R.-U. a décidé, à la lumière de la participation de PHE à la gestion de la pandémie de COVID-19, qu'il ne convenait plus à sa raison d'être dans sa forme actuelle et que sa fonction de lutte contre les maladies infectieuses devait être séparée de sa fonction plus large relative aux services de prévention en santé.

Changements futurs en santé publique

Le gouvernement a publié les changements proposés au plan à long terme du NHS et à la santé publique en février 2021, après avoir été directement informé des développements déjà en cours découlant du plan à long terme du NHS mentionné ci-dessus et de l'impact de la COVID-19 sur le système de santé du R.-U. (Department of Health and Social Care, 2021a). Un projet de loi sur la santé et les soins qui mettrait en œuvre les changements apportés au NHS sera déposé plus tard en 2021. Entre-temps, deux nouvelles organisations de santé publique pour remplacer PHE sont déjà prêtes à reprendre le flambeau (Department of Health and Social Care, 2021b). La décision de remplacer PHE a été prise de façon inattendue en août 2020 à la suite des critiques formulées à l'égard de son rendement, dans les premiers temps de la COVID-19, en particulier à l'égard de son inaction en matière de dépistage et de traçage et suivi des cas, et, plus généralement, de son manque de préparation à une pandémie. La création du UK Health Security Agency (agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni) a été annoncée en mars 2021. Elle assumera la responsabilité de la préparation aux pandémies et aux menaces externes à la grandeur du R.-U., même si la santé est une fonction dévolue. Mais elle aura aussi un mandat plus large pour stimuler la croissance économique, « agissant comme le moteur » de l'industrie des sciences de la vie et du diagnostic.

Les fonctions restantes de PHE en ce qui concerne la santé publique en général, y compris l'amélioration de la santé et la santé des populations, seront transférées à un nouvel Office for Health

Promotion (bureau de la promotion de la santé) (rebaptisé par la suite Office for Health Improvement and Disparities (bureau de l'amélioration de la santé et de l'élimination des disparités)) établi en octobre 2021. Il sera établi au sein du DHSC et relèvera conjointement du Secretary of State for Health et du CMO. Son mandat se limitera à l'Angleterre puisque les nations auxquelles des responsabilités ont été transférées ont chacune leur propre organisme de santé publique à l'échelle nationale. Trois directeurs des politiques sont en train d'être recrutés – un pour s'occuper du portefeuille de l'alimentation, de l'obésité et des comportements sains; un autre pour s'occuper du portefeuille de la toxicomanie et de l'inclusion; et un troisième pour s'acquitter d'un mandat vaste et potentiellement puissant couvrant les politiques publiques favorables à la santé, l'innovation et les systèmes comportant des fonctions transversales et habilitantes. Ces directeurs relèveront conjointement de l'Office for Health Improvement and Disparities (OHID) – son directeur général (DG), un fonctionnaire et ancien DG de la santé publique au DHSC, et un nouveau CMO adjoint nommé en septembre 2021, dont le mandat couvrira les maladies non transmissibles, l'amélioration de la santé et la santé publique en général. En s'appuyant sur le travail de PHE, les priorités de l'OHID comprendront la lutte contre l'obésité, l'amélioration de la santé mentale, la promotion de l'activité physique et d'autres enjeux relatifs à la santé des populations, y compris les inégalités. Il assurera le suivi des politiques de prestation des services dans l'ensemble du gouvernement et veillera à la pleine participation des administrations locales qui abritent des unités de santé publique. L'histoire des efforts pangouvernementaux en Angleterre n'est pas encourageante, surtout lorsqu'ils sont dirigés par un ministère. L'OHID doit remonter une pente abrupte s'il veut diriger un programme transformateur touchant l'ensemble des déterminants de la santé. Pour faciliter cette tâche, on a annoncé la création d'un nouveau groupe de travail ministériel pangouvernemental sur la promotion de la santé, dont le mandat consiste à diriger un effort à travers l'ensemble du gouvernement visant à améliorer la santé du pays, soutenir la reprise et la stabilisation économiques. Les modalités de la réalisation de ce mandat demeurent vagues. Malgré de nombreuses initiatives politiques mises en œuvre au fil des ans dans les domaines énumérés ci-dessus et proposés par les gouvernements qui se sont succédés, les progrès ont été limités et, dans certains cas, notamment en ce qui concerne l'obésité infantile, la situation a stagné ou s'est détériorée (Exworthy et Hunter, 2011). Même si le gouvernement est déterminé à lutter contre l'obésité, en particulier chez les enfants, où le R.-U. est aux prises avec une épidémie, l'accent qu'il met sur l'obésité reste flou et les détails des interventions politiques restent vagues. Plus particulièrement, l'orientation politique adoptée jusqu'ici semble être axée sur le changement de comportement individuel et les choix de mode de vie plutôt que sur l'encadrement de l'influence des intérêts directs de l'industrie sur la santé en amont.

Il reste aussi à déterminer comment les différentes composantes de la protection de la santé et de la santé publique seront intégrées. Il y a aussi un risque que la séparation du mandat de protection de la santé du mandat global de la santé publique pousse cette fonction dans une position dominante par rapport à d'autres aspects de la santé publique. Compte tenu de ce que la COVID-19 nous a appris sur la contribution des inégalités en santé et du mauvais état de santé, on craint que les efforts de protection de la santé et de contrôle des infections soient voués à l'échec s'ils ne tiennent pas aussi compte des enjeux que sont les inégalités, la pauvreté et la stigmatisation sociale (Faculty of Public Health, 2021).

Dans l'ensemble, on craint que les changements soient apportés à la hâte en omettant d'effectuer un minimum de consultations, à un moment où les impacts de la COVID-19 sur le système de santé et ses effectifs font encore l'objet d'études. Plus particulièrement, les changements sont actuellement perçus comme une distraction inutile, alors que les pressions exercées sur les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique sont particulièrement élevées. Les motifs qui ont poussé le gouvernement à apporter ces changements à ce moment prévus soulèvent des questions, ce qui n'inspire pas confiance quant à leur légitimité ou à leur véritable fin. Il reste donc à voir quel sera leur impact probable et s'ils seront couronnés de succès.

Conclusion : Messages clés

- Les changements apportés à la santé publique par les Anglais en 2012 ont été largement accueillis favorablement, en particulier la réattribution du portefeuille de la santé publique locale au gouvernement local.
- Au palier local, la santé publique a eu de la difficulté à avoir un impact dans son nouveau territoire, principalement en raison des importantes réductions de dépenses instaurées en 2010 par le gouvernement dans le cadre de sa campagne d'austérité visant à réduire la taille de l'État à la suite de la crise financière de 2008 à 2010.
- Au palier national, une nouvelle entité, Public Health England (PHE), a été créée et a reçu un accueil mitigé, la plupart des commentaires étant critiques à son endroit et centrés sur son manque perçu d'indépendance par rapport au gouvernement ainsi que sur son incapacité à faire usage d'un « franc-parler » en confrontant des intérêts particuliers puissants.
- On ne saura jamais si PHE aurait survécu, car en raison de ses échecs perçus quant à sa gestion de la pandémie jusqu'en 2020, à la surprise de tous, le gouvernement britannique a décidé de l'abolir et de le remplacer en 2021 par deux nouvelles entités, l'une axée sur le contrôle des maladies infectieuses, la sécurité sanitaire et les pandémies, et l'autre sur la promotion et l'amélioration de la santé.
- Comme le révèle l'examen de Marmot (2020), le fossé des inégalités en santé continue de se creuser en Angleterre, principalement en raison de l'austérité, ce qui suggère un échec à la fois au palier local, et surtout au palier national, des efforts déployés pour aborder les déterminants de la santé.
- Bien que le gouvernement demeure résolu à améliorer la santé publique par l'adoption d'une approche pangouvernementale, il subsiste une tension entre l'atteinte de cet objectif, en misant en grande partie sur un changement de comportement individuel d'une part, et en s'attaquant aux causes de la mauvaise santé en amont qui pourraient exiger une intervention gouvernementale par le biais de mesures fiscales, la réglementation et la confrontation de puissantes entreprises commerciales, d'autre part. La réalisation d'un tel programme par l'intermédiaire du DHSC à partir de l'OHID, où il est situé, sera une tâche ardue.
- Les détails des politiques de lutte contre l'obésité, sur lesquelles le gouvernement souhaite axer une grande partie de ses efforts, demeurent plutôt vagues et semblent converger vers l'interdiction de la publicité sur la malbouffe à la télévision.
- Enfin, en cherchant à améliorer la santé et le bien-être, il reste à voir si le système de santé publique dans son ensemble est capable de relever le défi et de tirer les leçons des réformes antérieures et de leur impact, ou s'il ne finira que par en répéter un grand nombre.

Références

- Boswell, J., Cairney, P. et St Denny, E. (2019). The politics of institutionalizing preventive health. *Social Science & Medicine* (1982), 228, 202–210. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.051>
- Buck, D. (2020). *The English local government public health reforms: An independent assessment*. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/local-government-public-health-reforms>
- Buck, D. (1^{er} avril 2021). *Public health reform: A whole-government priority?* The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2021/04/public-health-reform-whole-government-priority>
- Cairney, P., St Denny, E. et Mitchell, H. (2021). The future of public health policymaking after COVID-19: A... *Open Research Europe*, 1(23). <https://open-research-europe.ec.europa.eu/articles/1-23>
- Connolly, A. M. et Public Health England. (2016). Local wellbeing, local growth: Why we need Health in All Policies. *Public Health Matters*. <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2016/10/25/local-wellbeing-local-growth-why-we-need-health-in-all-policies/>
- Department of Health. (2006). *The Chief Medical Officer on the state of public health: Annual Report 2005* (p.81). Department of Health.
- Department of Health and Social Care. (2021a). *Integration and Innovation: Working together to improve health and social care for all*. Department of Health and Social Care.
- Department of Health and Social Care. (2021b). *Transforming the public health system: Reforming the public health system for the challenges of our times* [Policy Paper]. Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/publications/transforming-the-public-health-system/transforming-the-public-health-system-reforming-the-public-health-system-for-the-challenges-of-our-times>
- Elson, T. (1999). Public health and local government. Dans S. Griffiths et D. J. Hunter (dir.), *Perspectives in Public Health*. Radcliffe Medical Press.
- Exworthy, M. et Hunter, D. J. (2011). The challenge of joined-up government in tackling health inequalities. *International Journal of Public Administration*, 34(4), 201–212. <https://doi.org/10.1080/01900692.2011.551749>
- Faculty of Public Health. (2021). *FPH response to the Government policy paper: Transforming the public health system: Reforming the public health system for the challenges of our times (April 2021)*. Faculty of Public Health. <https://www.fph.org.uk/media/3223/fph-response-to-ph-system-reforms-april-2021.pdf>
- Gorsky, M., Lock, K., & Hogarth, S. (2014). Public health and English local government: Historical perspectives on the impact of “returning home.” *Journal of Public Health*, 36(4), 546–551. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt131>
- House of Commons Committee of Public Accounts. (2015). *Public Health England's grant to local authorities. Forty-third Report of Session 2014-15, HC 893*. The Stationery Office. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201415/cmselect/cmpubacc/893/89302.htm>

- House of Commons Health Committee. (2014). *Public Health England. Eighth Report of Session 2012-13, HC 694*. The Stationery Office.
<https://publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmcomloc/694/694.pdf>
- House of Commons Health Committee. (2016). *Public Health Post-2013. Second Report of Session 2016-17. HC 140*. The Stationery Office.
<https://publications.parliament.uk/pa/cm201617/cmselect/cmhealth/140/140.pdf>
- Hunter, D. J. (2016). Public health: Unchained or shackled? Dans M. Exworthy (dir.), *Dismantling the NHS?: Evaluating the impact of health reforms*. Policy Press.
<https://policypress.universitypressscholarship.com/view/10.1332/policypress/9781447330226.001.0001/upso-9781447330226>
- Jenkins, L. M., Bramwell, D., Coleman, A., Gadsby, E. W., Peckham, S., Perkins, N. et Segar, J. (2016). Integration, influence and change in public health: Findings from a survey of Directors of Public Health in England. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 38(3), e201–e208.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv139>
- Marks, L., Hunter, D. J., Scalabrini, S., Gray, J., McCafferty, S., Payne, N., Peckham, S., Salway, S. et Thokala, P. (2015). The return of public health to local government in England: Changing the parameters of the public health prioritization debate? *Public Health*, 129(9), 1194–1203.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.07.028>
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. et Geddes, I. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. University College London and the Marmot Review.
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- NHS England. (2019). *The NHS Long Term Plan*. NHS Executive.
<https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
- Peckham, S., Coleman, A., Gadsby, E., Segar, J., Perkins, N. et Bramwell, D. (2020). The changing public health system: An examination of the new commissioning infrastructure. Dans P. Allen, K. Checkland, V. Moran et S. Peckham (dir.), *Commissioning Healthcare in England: Evidence, Policy and Practice* (pp. 123–142). Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvz938mt.14>
- Perkins, N., Hunter, D. J., Visram, S., Finn, R., Gosling, J., Adams, L. et Forrest, A. (2020). Partnership or insanity: Why do health partnerships do the same thing over and over again and expect a different result? *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(1), 41–48.
<https://doi.org/10.1177/1355819619858374>
- Public Health England. (2015). *E-cigarettes around 95% less harmful than tobacco estimates landmark review*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/news/e-cigarettes-around-95-less-harmful-than-tobacco-estimates-landmark-review>
- Public Health England. (2019). *PHE Strategy 2020 to 2025*.
<https://www.gov.uk/government/publications/phe-strategy-2020-to-2025>
- Redgrave, P. (2007). Making joint director of public health posts work. Dans S. Griffiths et D. Hunter (dir.), *New Perspectives in Public Health* (2nd ed.). Radcliffe Publishing.

**Gouverner pour la santé du public :
options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada**

Secretary of State for Health, Stationery Office (Great Britain) et Stationery Office (Great Britain). (2010). *Healthy lives, healthy people: Our strategy for public health in England*. The Stationery Office.

Tedstone, A., Targett, C. et Allen, R. (2015). *Sugar Reduction: The evidence for action*. Public Health England.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/470179/Sugar_reduction_The_evidence_for_action.pdf

Annexe C

Étude de cas : Résumé du cadre de la santé publique au Québec

Préparée par Clara Champagne, Jean-Louis Denis et Emmanuelle Arpin

Fonctions et définitions de la santé publique

La *Loi sur la santé publique* de 2001 fournit le cadre législatif principal pour les fonctions de santé publique, y compris la surveillance de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé, en particulier dans les situations d'urgence sanitaire (Arpin *et al.*, 2021).

L'article 7 de la Loi crée notamment l'obligation d'élaborer un Programme national de santé publique (PNSP), qui doit se décliner en programmes de santé publique régionaux et locaux (articles 11 et 14) (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2018). Le PNSP décrit en détail tous les services fournis par la santé publique (Arpin *et al.*, 2021). Il met l'accent sur les cinq fonctions de santé publique essentielles définies par l'Organisation mondiale de la santé, soit l'évaluation de la santé des populations, la surveillance de la santé, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des traumatismes et la protection de la santé (Arpin *et al.*, 2021).

Contrairement à d'autres provinces, la santé publique du Québec n'est pas responsable de la protection de la santé liée à la salubrité des aliments et de l'eau. Cette responsabilité incombe au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et au ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (Arpin *et al.*, 2021).

Le Québec adhère à une approche de « Santé dans toutes les politiques » en ce qui concerne la santé publique (Bernier, 2006). Le rapport publié en février 2021 par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) fait état d'une série de programmes, de lois, de plans d'action, de politiques et d'autres outils qui servent de leviers pour réaliser cette approche de « Santé dans toutes les politiques » (Bastien *et al.*, 2021). Parmi ces outils, mentionnons la *Loi sur la santé publique* et le PNSP décrit ci-dessus. Il y a aussi la *Loi sur le développement durable*, qui exige que toutes les mesures administratives publiques soient cohérentes avec une vision de développement durable, un élément central d'une approche axée sur la « Santé dans toutes les politiques » (Bastien *et al.*, 2021). La *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être* décrit le rôle du commissaire à la santé et au bien-être, dont le mandat 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) et son *Plan d'action interministériel (PAI) 2017-2021* fournissent un plan d'action détaillé pour tous les ministères du Québec sur la façon de contribuer à l'amélioration de la promotion et de la prévention de la santé (Bastien *et al.*, 2021). Enfin, l'évaluation d'impacts sur la santé, une disposition incluse à l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, établit un cadre et un ensemble de procédures pour évaluer l'impact de l'ensemble des programmes et des politiques proposés sur la santé (Bastien *et al.*, 2021).

Structure administrative formelle et principaux acteurs des services de la santé publique

Au Québec, la santé publique relève du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et sa mise en œuvre est assurée par la Direction générale de la santé publique (DGSP). Selon Arpin *et al.*, les responsabilités du MSSS en matière de santé publique comprennent : « l'établissement des priorités, le développement et la mise en œuvre de politiques, le développement d'un plan provincial en santé publique, l'allocation et la gestion des ressources, la coordination des services entre les différents secteurs et régions, la nomination d'un directeur national ou d'une directrice nationale (à l'échelle provinciale) et des directrices et directeurs régionaux de santé publique, et l'évaluation des résultats de santé à l'échelle provinciale » (Arpin *et al.*, 2021; Collège des médecins du Québec, 2020).

La DGPS, la direction générale du MSSS responsable de la santé publique, a été créée en 1992; elle supervise la coordination des actions de santé publique dans l'ensemble de la province (Arpin *et al.*, 2021). La DGPS est dirigée par le directeur national de santé publique, qui relève du sous-ministre et du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce poste a été créé en 2001, année de l'adoption de la *Loi*

sur la santé publique. Le directeur national de santé publique remplit également la fonction de sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette personne assume donc « les responsabilités consultatives et de gestion d'un cadre supérieur de la fonction publique » (Arpin *et al.*, 2021; Fafard *et al.*, 2018). Son rôle est « [d'appuyer] le ministre dans toutes les matières liées à la santé publique, dont les urgences sanitaires », et de « [coordonner], avec les directeurs de santé publique régionaux, le Programme national de santé publique [du Québec] » (Arpin *et al.*, 2021, citant l'Association canadienne de santé publique, 2019; Institut national de santé publique, 2018). De plus, en vertu de l'article 5.1 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (1985), « [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 » (Institut national de santé publique, 2018). Selon la typologie de Fafard *et al.* (2018), le directeur national de santé publique joue un rôle semblable à celui du « Loyal Executive », comme en Nouvelle-Écosse et en Alberta (Fafard *et al.*, 2018). Fafard *et al.* (2018) soulignent en outre que ce rôle « s'assimile davantage à celui d'un haut fonctionnaire typique et est axé sur le soutien et la prestation de conseils à la ministre de la Santé et au gouvernement de façon plus générale pour ce qui est de la conception et de l'exécution des fonctions de santé publique du gouvernement [...] [Ils] ont des rôles de gestion importants, mais n'ont pas le pouvoir législatif de communiquer publiquement » (Fafard *et al.*, 2018).

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sont deux centres d'expertise qui relèvent directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. L'INSPQ a pour mission de diriger des activités visant à améliorer la santé et le bien-être des Québécois (Arpin *et al.*, 2021). Il le fait en contribuant « au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique » et « en rendant disponibles [son] expertise et [ses] services spécialisés de laboratoire et de dépistage » (Arpin *et al.*, 2021; Institut national de santé publique du Québec, s.d.). Pour sa part, l'INESSS a pour mission « de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux » (Arpin *et al.*, 2021; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, s.d.). L'INESSS met également sur pied des comités d'excellence clinique (Arpin *et al.*, 2021; Institut National d'excellence en Santé et en Services Sociaux, s.d.).

À l'échelle régionale, les Directions régionales de santé publique (DRSP) coordonnent les services et les ressources de santé publique dans 18 régions sociosanitaires (Arpin *et al.*, 2021). Les DRSP sont intégrées administrativement aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Dans les régions où il y a plusieurs CISSS/CIUSSS, comme à Montréal et en Montérégie, la DRSP est hébergée dans l'un des CISSS/CIUSSS, mais conserve la responsabilité de la santé publique pour l'ensemble de la région.

Les DRSP sont dirigées par un directeur régional de santé publique qui, selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS), est nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux à la recommandation du directeur national, pour un mandat d'une durée maximale de quatre ans, mais il peut être renouvelé (Arpin *et al.*, 2021). Le directeur régional doit être un médecin qui a reçu une formation en santé communautaire ou qui cumule cinq années d'expérience dans ce domaine (Arpin *et al.*, 2021). En vertu de l'article 375 de la LSSS, les directeurs régionaux informent le directeur national de toute urgence de santé publique dans leur région (Arpin *et al.*, 2021).

Le directeur régional est un administrateur à part entière au sein du CISSS/CIUSSS où se trouve la DRSP. Ainsi, le directeur régional relève à la fois du directeur national/MSSS et du président-directeur général de son CISSS/CIUSSS. Quant aux médecins-hygiénistes, ils doivent rendre des comptes aux services cliniques de la santé publique au sein du CISSS/CIUSSS (Arpin *et al.*, 2021). Cette intégration

de la santé publique régionale dans les établissements du réseau de soins est une caractéristique particulière du système de santé du Québec.

Le système de santé du Québec est très centralisé. Le gouvernement central (c'est-à-dire le MSSS) intervient directement dans la gouvernance du système de santé. La situation de la santé publique présente également des caractéristiques de centralisation élevée. La bureaucratie du gouvernement central joue un rôle de gestion directe dans les activités de santé publique. Par exemple, comme il a été mentionné précédemment, les directeurs régionaux de santé publique sont nommés par le ministre de la Santé. Ils doivent rendre compte au Ministère quant aux budgets, à la gestion et aux interventions. Malgré ce degré élevé de centralisation, les DRSP relèvent administrativement des autorités sanitaires territoriales et ont des rôles à la fois consultatifs et de gestion qui sont enchâssés dans la loi et qui sont distincts des mandats juridiques provinciaux. Elles peuvent élaborer des programmes autonomes et prendre des décisions autonomes en matière de santé publique dans leur région. Plus précisément, bien qu'elles soient tenues d'observer le plan provincial de santé publique, on s'attend à ce qu'elles l'adaptent à leurs réalités locales.

À l'échelle locale, l'article 80 de la LSSS prévoit que les centres locaux de services communautaires fournissent des services de santé publique (Arpin *et al.*, 2021). Les travailleurs de première ligne, intégrés dans les CLSC qui sont maintenant intégrés aux CISSS/CIUSSS, offrent des services de santé publique directement à la population (comme des services de vaccination, de dépistage, etc.).

Vision et priorités en matière de santé publique

Le PNSP 2003-2014 a été renouvelé en 2015 et le PNSP 2015-2025 comporte cinq axes : le développement global des enfants et des jeunes, l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires, la prévention des maladies infectieuses, la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires et un axe transversal, la surveillance continue de l'état de santé des populations et de ses déterminants (Arpin *et al.*, 2021). De plus, chaque service régional de santé publique doit se doter d'un Plan d'action régional qui tient compte à la fois des objectifs du PNSP et des priorités régionales particulières.

Ressources en santé publique

Pour l'exercice 2018-2019, la proportion du budget du MSSS consacrée à la santé publique était de 0,8 % (349 millions de dollars sur 43,2 milliards de dollars) (Arpin *et al.*, 2021). Cela correspond à un budget de 41 \$ par personne, le plus petit budget par personne parmi les provinces canadiennes. Les données de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) font état d'une augmentation des dépenses totales en santé publique correspondant à 100 \$ par personne. Quoi qu'il en soit, c'est encore le chiffre par personne le plus bas de toutes les provinces canadiennes. La proportion était auparavant plus élevée (0,92 % en 2012-2013 selon les données du MSSS), mais le secteur de la santé publique a subi d'importantes compressions budgétaires en 2015-2016 (9 %) (Arpin *et al.*, 2021). Si la croissance des dépenses en santé publique depuis 2012-2013 avait été égale à celle du budget total du MSSS, le budget de la santé publique en 2018-2019 aurait été de 16 % supérieur (55 millions de dollars). Il faut aussi noter que la réduction de 9 % en 2015-2016 a surtout touché les services de santé publique régionaux, dont les budgets ont été réduits de plus de 30 %. En fait, selon une analyse de Fiset-Laniel *et al.* (2020), le financement de la santé publique au Québec s'est érodé de façon importante de 2004 à 2018. L'augmentation du budget de la santé publique au cours de la même période ne correspondait qu'à la moitié de celle du secteur des soins aigus (Fiset-Laniel *et al.*, 2020).

En ce qui concerne le personnel, il est très difficile de déterminer le nombre et la répartition précise des professionnels de la santé publique puisque la définition de « professionnel de la santé publique » n'est ni claire ni standardisée au Canada. Le seul type de professionnels dont l'évolution est facile à suivre est celui des médecins, puisque les données sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Selon l'ICIS, depuis 2010, le nombre de spécialistes en santé publique et en médecine préventive travaillant au Québec a augmenté d'environ 6 %, passant de 189 à 201 en 2018. Ce nombre de spécialistes en santé publique et en médecine préventive représente un taux de 2,4 médecins de santé publique pour 100 000 personnes, un taux beaucoup plus élevé que ceux, par exemple, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse. Ce taux élevé de médecins est probablement attribuable à des considérations budgétaires. En effet, comme tous les autres médecins du Québec, les médecins en santé publique sont rémunérés directement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il est donc avantageux pour les organisations de santé publique d'embaucher des médecins plutôt que d'autres professionnels, car ils ne figurent pas sur les listes de paye de ces organisations. Bien que l'effectif de la santé publique du Québec comprenne divers professionnels de la santé publique ayant des expériences diverses, ce facteur budgétaire pourrait entraîner une moins grande diversité, sur le plan de la formation, de la main-d'oeuvre en santé publique comparativement à d'autres juridictions.

Vulnérabilités et voies de renouvellement

Comme il a été mentionné précédemment, l'organisation de la santé publique du Québec est fondée sur une série d'instruments de politique qui appuient les interventions et l'amélioration de la santé des populations. Ces divers instruments sont considérés comme potentiellement percutants et pertinents (Bastien *et al.*, 2021; Diallo et Freeman, 2020). Les défis résident dans leur mise en œuvre et leur activation complète par un gouvernement élu. Comme dans toute juridiction, la politique a un impact majeur sur la façon dont la santé publique est soutenue, consolidée et prise en compte dans l'élaboration des politiques. Cette étude de cas révèle que l'histoire récente de la santé publique au Québec est caractérisée par de nombreuses vulnérabilités qui ne cessent de se multiplier.

Le niveau de financement, comparativement à d'autres programmes de santé, est considéré comme faible et insuffisant; il n'a pas progressé de façon favorable au fil du temps, même par rapport aux autres provinces canadiennes. Le budget de santé publique du Québec par personne correspond à environ la moitié de celui de l'Ontario, le tiers de celui de la Colombie-Britannique et le quart de celui de l'Alberta (Smith *et al.*, 2021a; Smith *et al.*, 2021b; Smith *et al.*, 2021c). Une analyse historique réalisée sur une période de 14 ans par Fiset-Laniel *et al.* montre que depuis 2004, les capacités en santé publique au Québec se sont érodées gravement (Fiset-Laniel *et al.*, 2020). De plus, un rapport publié en 2021 par l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) a révélé que le ministère de la Santé était très au fait de cette détérioration de la santé publique avant la pandémie de COVID-19 (Bastien *et al.*, 2021). En 2019, la ministre de la Santé, Danielle McCann, a déclaré que la réforme de 2015-2016 a réduit d'un tiers les budgets régionaux de santé publique : « Il faut quand même que je rappelle qu'en 2015-2016, malheureusement, la Santé publique a été marquée par des coupures 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, Morel et Parenteau, 2021, p.10). Cette vulnérabilité persistante limite la capacité du gouvernement de mettre pleinement en œuvre les instruments de politique disponibles et d'en tirer parti. On peut présumer avec confiance que ce manque extrême de ressources a un impact sur la capacité du Québec à répondre aux crises. Dans le cas de la COVID-19, plus de ressources auraient pu se traduire par une meilleure surveillance épidémiologique et une meilleure préparation aux situations d'urgence. De plus, dès que les premiers cas de COVID-19 ont été détectés, le Québec aurait dû mettre en place des tests de dépistage et des mesures d'isolement

plus rapides ainsi qu'un traçage de cas plus robuste et plus intensif, des mesures qui se sont avérées presque impossibles avec les ressources actuelles.

Une deuxième vulnérabilité connexe est la crainte que la santé publique recentre ses efforts uniquement sur les services de protection de la santé, compte tenu des leçons tirées de la crise de la COVID-19 et de l'état affaibli de la santé publique au début de la crise. La décision de mettre l'accent sur la protection est certainement justifiée, mais elle ne devrait assurément pas être prise au détriment d'autres fonctions de santé publique.

De plus, les récentes réformes des soins primaires au Québec ont mené à la médicalisation des soins primaires par le renforcement des pratiques de soins primaires dirigées par des médecins et l'affaiblissement des centres de santé communautaire, qui étaient davantage axés sur la prévention, la promotion de la santé et l'action communautaire. Par exemple, les CLSC en milieu urbain n'offrent plus de soins médicaux.

Une quatrième vulnérabilité est le manque de liens entre les décideurs du ministère de la Santé et les réalités locales. Malgré l'existence de DRSP, la prise de décisions en santé publique au Québec est hautement centralisée. Denis *et al.* (2020) écrivent que :

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 gouvernance 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 et al., 2020).

La question de la centralisation est liée à une cinquième vulnérabilité, soit le risque élevé d'ingérence politique dans la prise de décisions en matière de santé publique. Au Québec, le ministère de la Santé intervient directement dans la gestion des services de santé (y compris de santé publique). Dans certaines autres provinces, dont l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé délègue une partie de ses responsabilités à une entité semi-autonome. Dans ces provinces, le Ministère fait la promotion des normes et joue un rôle de supervision, mais il ne participe pas directement à la prestation et à la gestion des services de santé. La gestion de la santé est donc partiellement, ou au moins peut potentiellement être, dépolitisée par cette distanciation de la gestion des machinations technocratiques et politiques. Au Québec, il n'y a pas de telle distance formelle. En fait, non seulement le ministre de la Santé participe-t-il à la gestion quotidienne du système, mais le directeur national de santé publique est un sous-ministre adjoint de la Santé. Il jongle à la fois avec des responsabilités de gestion et des responsabilités politiques, créant un risque d'ingérence politique dans les décisions en matière de santé publique, une préoccupation importante au Québec.

Une analyse récente de la situation de la santé publique au Québec (Denis *et al.*, 2020) suggère que la santé publique du Québec doit faire l'objet d'une refonte majeure. Les auteurs ont proposé sept étapes pour le renouvellement de la santé publique au Québec. La première consiste à réaffirmer l'étendue des fonctions de santé publique. En effet, il est essentiel que les interventions en santé publique soient conceptualisées comme exigeant des efforts concertés en fonction de quatre systèmes connexes, soit la surveillance, la prévention, la promotion de la santé et les soins primaires axés sur la prévention.

La deuxième étape est le renouvellement de la gouvernance de la santé publique : « Centralement, la santé publique requiert une gouvernance indépendante de celles des systèmes de soins et qui transcende les frontières des ministères pour accroître ses capacités d'action et pour mieux protéger les ressources qui y sont dédiées » (Denis *et al.*, 2020). En outre, au niveau régional, les autorités de santé publique devraient s'efforcer de « créer des passerelles entre les univers du politique, de l'administration publique, de l'activité communautaire et socioéconomique et les institutions universitaires, partenaires indispensables pour le développement, l'implantation et l'évaluation d'interventions sur toute la gamme des facteurs qui influencent la santé d'une population » (Denis *et al.*, 2020).

La troisième étape proposée consiste à renforcer les liens entre la santé publique et les soins primaires. Les CLSC étaient autrefois un pilier de la prévention et des interventions en santé communautaire à l'échelle locale, mais, comme nous l'avons vu précédemment, les récentes réformes des soins primaires au Québec ont réduit leur rôle dans la prestation des soins de santé à la population, particulièrement dans les régions urbaines.

La quatrième étape proposée est l'élaboration d'un meilleur système de collecte, de conservation et d'analyse des données en temps réel. Cela est essentiel pour la surveillance de la santé des populations et des menaces et pour l'analyse des inégalités sociales et sanitaires potentielles. L'accès aux données est un problème persistant et inquiétant au Québec. L'ASPQ écrit : « Bien 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, Morel and Parenteau, 2021, p. 19). Denis *et al.* (2020) abondent aussi dans ce sens :

*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'imaginer 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 (Denis *et al.*, 2020).*

Assurer l'accès aux données afin de maximiser leur utilisation dans la recherche et dans la prise de décisions semble donc être une étape cruciale vers l'amélioration de la santé publique au Québec.

La cinquième étape proposée est la transformation de la santé publique en un système novateur et apprenant. Il s'agit de renforcer les liens entre la formation, la recherche et la pratique afin que la santé publique devienne encore davantage fondée sur des données probantes et plus capable d'apprendre de l'expérience en tant que système.

La sixième voie proposée est étroitement liée, c'est-à-dire qu'elle consiste à repenser le leadership des systèmes pour intégrer pleinement un éventail de disciplines afin d'obtenir un leadership partagé et collectif pour s'attaquer aux problèmes complexes de santé publique. Nous devons « développer des collaborations étroites entre les intervenants de santé publique, les décideurs gouvernementaux et la communauté scientifique » (Denis *et al.*, 2020).

La septième et dernière étape proposée consiste à réaffirmer le caractère central d'une approche de la Santé dans toutes les politiques en santé publique. On insiste depuis longtemps sur le besoin de se doter d'une approche intersectorielle de la santé publique et, comme nous l'avons vu plus haut, le Québec adhère déjà à une approche de la Santé dans toutes les politiques. L'article 54 de la *Loi sur la*

santé publique du Québec stipule que le ministre « donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ». De plus, le même article stipule que le ministre « doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population ».

Un nombre limité d'études ont évalué la mise en œuvre et l'impact de cette approche sur la santé. Addy *et al.* (2014) écrivent que le Programme de santé publique adopté en 2002 par le gouvernement du Québec a été un important catalyseur pour appuyer les politiques et les mesures intersectorielles. Ils soulignent qu'en raison des difficultés à obtenir des ressources suffisantes pour appuyer la réalisation d'objectifs ambitieux en matière de santé publique, le gouvernement a cherché à établir des partenariats officiels avec le secteur privé ou la société civile. Le programme bien financé sur le mode de vie et l'obésité, appuyé par la Fondation Chagnon, illustre ce changement dans les politiques en matière de santé publique et dans l'approche du financement au Québec. Dans ce cas-ci, le gouvernement devait verser un financement de contrepartie égal à celui fourni par la fondation privée. Les auteurs ont également noté l'impact du contexte politique et économique plus vaste et du cycle électoral sur la mise en œuvre d'une approche de la Santé dans toutes les politiques relatives aux enjeux sanitaires.

L'évaluation d'impacts sur la santé (EIS) (article 54 de la *Loi sur la santé publique*) est considérée comme une stratégie cruciale pour atteindre le plein potentiel de l'approche « Santé dans toutes les politiques ». Une étude menée par Nour *et al.* (2019) a examiné la mise en œuvre de l'EIS dans les municipalités et dans le contexte de la gouvernance régionale de la santé publique. Les auteurs concluent qu'un ensemble de facteurs influent sur la capacité de mettre pleinement en œuvre l'EIS et de mesurer son impact potentiel sur la santé et les politiques en matière de santé. Par exemple, ils ont déterminé que la participation des décideurs municipaux pertinents, une connaissance pratique de l'EIS par les intervenants ou les décideurs concernés, l'application de l'EIS à des initiatives bien ciblées, un suivi approprié des résultats de l'EIS, des ressources suffisantes ou disponibles pour appuyer l'EIS et la capacité d'agir en fonction des résultats de l'évaluation sont essentielles pour obtenir le maximum d'effets sur la santé. En outre, le type de leadership et la participation soutenue des unités régionales de santé publique, y compris sur le plan du soutien financier, semblent essentiels pour accroître la réussite de la mise en œuvre et l'impact de l'EIS. Une autre étude réalisée par Jabot *et al.* (2020) sur la mise en œuvre de l'EIS en Montérégie a démontré qu'à l'échelle régionale, les organismes de santé publique ont une culture bien établie de participer à une action intersectorielle avec les intervenants municipaux et sont fermement engagés à agir en ce sens (Jabot *et al.*, 2020).

La Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) et son Plan d'action interministériel (PAI) 2017-2021 mentionnés précédemment ont aussi fourni de solides mesures incitatives à la mise en œuvre d'activités intersectorielles mobilisant les gouvernements municipaux pour établir des environnements favorables à la promotion de la santé.

Dans l'ensemble, l'article 54 et d'autres instruments de politique connexes, comme l'EIS et la PGPS, symbolisent l'engagement à intégrer l'approche de la Santé dans toutes les politiques. On les considère comme des innovations politiques qui peuvent avoir un impact favorable sur la santé des populations. Il semble y avoir un véritable engagement de la part de nombreuses parties prenantes à adhérer à une approche de la Santé dans toutes les politiques, mais d'autres recherches sont nécessaires pour en évaluer plus précisément l'impact.

Conclusion

Nous avons donné un aperçu de la structure de la gouvernance de la santé publique et de la prestation des services au Québec, du ministère de la Santé provincial aux centres locaux de services communautaires. Nous avons également souligné certaines caractéristiques intéressantes de la santé publique au Québec, comme les priorités « officielles » et documentées en matière de santé publique et l'évolution de son budget. La deuxième partie de cette étude de cas a dégagé certains thèmes d'analyse qui méritent d'être approfondis, soit le manque de ressources, l'accent mis sur les systèmes de protection de la santé, la médicalisation des soins primaires, la centralisation élevée et son impact sur le manque de lien entre les décideurs et les réalités locales, ainsi que l'imbrication de la politique et de la santé publique. Nous avons aussi résumé les étapes du renouvellement de la santé publique au Québec proposées par Denis *et al.* (2020). En théorie, les structures qui constituent le système de santé publique du Québec sont bien fondées et pourraient offrir des bases solides pour l'expansion de la santé publique dans les années à venir. Dans la pratique, toutefois, le système présente de nombreuses vulnérabilités qui doivent être corrigées pour que la santé publique atteigne son impact maximal. Comme l'ont souligné Denis *et al.* (2020), le système de santé publique du Québec était autrefois un phare, « l'un des fleurons de notre système de santé » (Denis *et al.*, 2020). Le système a été affaibli ces dernières années, et la crise de la COVID-19 a mis en lumière ces vulnérabilités. La période de rétablissement après la COVID-19 représente une occasion de renouveler la santé publique au Québec, afin qu'elle redevienne un modèle de protection et de promotion de la santé des populations et de réduction des inégalités.

Références

- Addy, N. A., Poirier, A., Blouin, C., Drager, N. et Dubé, L. (2014). Whole-of-society approach for public health policymaking: A case study of polycentric governance from Quebec, Canada. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1331, 216–229. <https://doi.org/10.1111/nyas.12503>
- Arpin, E., Smith, R. W., Cheung, A., Thomas, M., Luu, K., Li, J., Allin, S., Rosella, L., Pinto, A. D. et Quesnel-Vallée, A. (2021). *Profils des systèmes de santé publique au Canada : Québec* [à venir]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>
- Association canadienne de santé publique. (2019). *La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada : Énoncé de position*. Association canadienne de santé publique. <https://www.cpha.ca/fr/la-sante-publique-dans-le-contexte-du-renouvellement-du-systeme-de-sante-au-canada>
- Bastien, T., Morel, A.-M. et Parenteau, M.-A. (2021). *La santé publique du XXI^e siècle : Propositions pour le plein déploiement de la santé publique au Québec*. Association pour la santé publique du Québec. https://www.aspq.org/app/uploads/2021/02/2021-02-19_memoire_investissements_en_prevention_au_qc.pdf
- Bernier, N. (2006). La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : Vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois? *Lien social et politiques*, 55, 13–23. <https://doi.org/10.7202/013220ar>
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2018). *Profil structurel de la santé publique au Canada*. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profil-structurel-de-la-sante-publique-au-canada/>
- Collège des médecins du Québec. (2020). Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec Document ALDO-Québec. Collège des médecins du Québec. <https://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2019-04-18-fr-aldo-quebec.pdf>
- Denis, J.-L., Potvin, L., Rochon, J., Fournier, P. et Gauvin, L. (2020). On redesigning public health in Québec: Lessons learned from the pandemic. *Canadian Journal of Public Health*, 111(6), 912–920. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00419-x>
- Diallo, T. et Freeman, S. (2020). Health impact assessment—Insights from the experience of Québec. *Environmental Health Review*, 63(1), 6–13. <https://doi.org/10.5864/d2020-002>
- Fafard, P., McNena, B., Suszek, A. et Hoffman, S. J. (2018). Contested roles of Canada's Chief Medical Officers of Health. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 109(4), 585–589. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0080-3>
- 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 = Revue canadienne de santé publique*, 111(3), 383–388. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00342-1>

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (s.d.-a). À propos. INESSS. <https://www.inesss.qc.ca/a-propos/mission-vision-valeurs.html>
- Institut national de santé publique Québec. (s.d.). Le soutien à l'évaluation des programmes et interventions de santé publique. <https://www.inspq.qc.ca/programmation-2017-2020/soutien-l-evaluation-programmes-interventions-sante-publique>
- Jabot, F., Tremblay, E., Rivadeneyra, A., Diallo, T. A. et Lapointe, G. (2020). A Comparative analysis of health impact assessment implementation models in the regions of Montérégie (Québec, Canada) and Nouvelle-Aquitaine (France). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6558. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186558>
- Nour, K. (2019). Evaluation of the effects of health impact assessment (hia) practice in Monteregie. *European Journal of Public Health*, 29 (suppl. 4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.289>
- Smith, R W., Allin, S., Rosella, L., Luu, K., Thomas, M., Li, J. et Pinto, A.D. (2021a). *Profils des systèmes de santé publique au Canada : Ontario*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2021-Profils-des-systemes-de-sante-publique-au-Canada-Ontario.pdf>
- Smith, R.W., Allin, S., Jarvis, T., Thomas, M., Rodrigues, A., Luu, K., Li, J., Rosella, L. et Pinto, A.D. (2021b). *Profils des systèmes de santé publique au Canada : Colombie-Britannique* [à venir]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>
- Smith, R. W., Allin, S., Jarvis, T., Li, J., Thomas, M. et Pinto, A.D. (2021c). *Profils des systèmes de santé publique au Canada : Alberta* [à venir]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>

Annexe D

Étude de cas : Renforcer la Santé dans toutes les politiques : L'expérience du processus politique de l'Australie-Méridionale

Préparée par Carole Clavier

Approche de l’Australie-Méridionale pour intégrer la Santé dans toutes les politiques

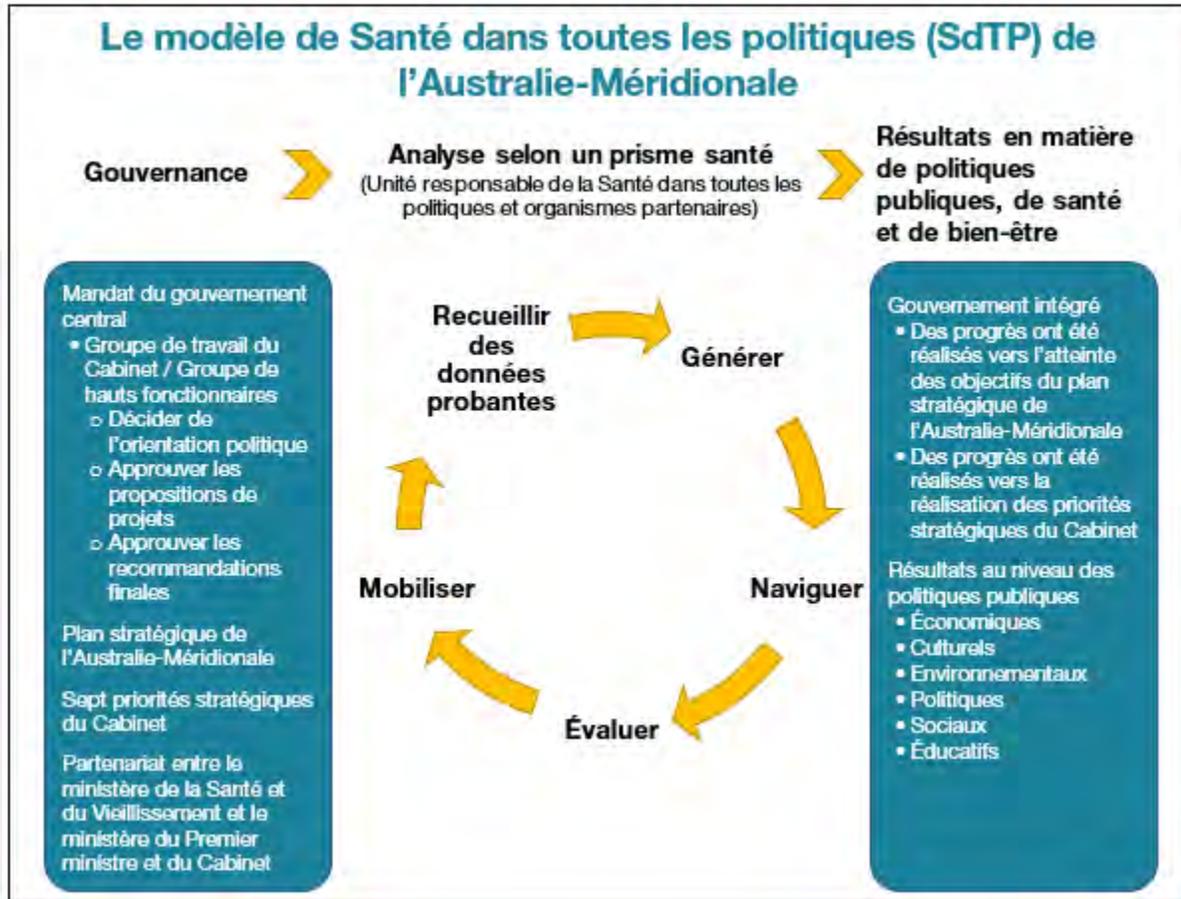
Le modèle de la Santé dans toutes les politiques (SdTP) de l’Australie-Méridionale est centralisé; il est appuyé par un **mandat du gouvernement central** et, de 2008 à 2013, une **unité responsable de la SdTP dotée de personnel** située dans le Health Department (ministère de la Santé) (responsable des soins de santé et de la santé publique) était chargée de mener des analyses selon un prisme santé avec des organismes partenaires (Baum *et al.*, 2013). L’unité responsable de la SdTP était au cœur du modèle de la SdTP de l’Australie-Méridionale. Elle était responsable de mobiliser d’autres secteurs dont les mesures et la législation pouvaient avoir des effets sur la santé, de trouver un terrain d’entente entre la mission relative à la santé et la mission de base de ces autres secteurs, de recueillir des données probantes sur l’impact des politiques d’autres secteurs sur la santé et, surtout, d’établir un lien de confiance avec les autres acteurs du secteur. L’unité a été dissoute vers la fin de 2013 à la suite de compressions budgétaires, et son personnel a été transféré à la nouvelle administration appelée Public Health Partner Authorities (administration des partenaires en santé publique), au sein du Health Department. Le concept des Public Health Partner Authorities a été établi pour officialiser les partenariats volontaires avec des organisations externes qui sont des parties prenantes en santé publique, comme d’autres ministères du secteur, des universités ou des organismes non-gouvernementaux (ONG)⁵. Bien que cela ait ralenti le travail sur la SdTP, les acteurs d’autres secteurs se sont appuyés sur des expériences antérieures avec l’unité responsable de la SdTP pour continuer de tenir compte de la santé dans la préparation de nouveaux documents de politiques (Baum *et al.*, 2017).

L’**analyse selon un prisme santé** (APS) est la principale méthodologie utilisée pour engager le dialogue avec le personnel d’autres secteurs des politiques et trouver un terrain d’entente « entre la santé et les activités de base des autres secteurs » (Baum *et al.*, 2017, p. 4). « Elle comporte cinq étapes : le personnel responsable de la SdTP fait participer d’autres ministères à des travaux intersectoriels pour promouvoir la santé, recueillir des données probantes et produire des extraits qui seront utiles pour faire progresser un programme de santé (rapports, recommandations, politiques), faire cheminer ces extraits dans les processus et structures bureaucratiques et politiques pour susciter le changement, et évaluer l’efficacité du processus » (Baum *et al.*, 2017, p. 4). Des méthodes plus rapides sont également utilisées comme solutions de rechange aux APS (étude de bureau, 90 day projects [projets de 90 jours]⁶). La figure 1 ci-dessous représente le modèle de la SdTP de l’Australie-Méridionale (Delany *et al.*, 2016, p. 890).

⁵ <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/about+us/about+sa+health/health+in+al+l+policies/public+health+partner+authorities/public+health+partner+authorities>

⁶ https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/0c5bde78-8d27-4db7-8bca-274df4a20bcf/FINAL_HiAP_Model_and_Methods_2017.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-0c5bde78-8d27-4db7-8bca-274df4a20bcf-nwLgM-o

Figure 1. **Modèle de SdTP de l’Australie-Méridionale 2007-2013 (adaptée et traduite de Government of South Australia, 2011)**



L’approche de la SdTP a été appliquée à une vingtaine d’initiatives de 2009 à 2016, mobilisant de un (1) à six (6) autres secteurs et générant plusieurs documents notant les impacts et les résultats sur la santé (Baum *et al.*, 2017). La sélection des initiatives a nécessité l’accord du secteur de la santé publique et des autres secteurs des politiques, en fonction de l’identification d’avantages mutuels (Baum *et al.*, 2019, 12). Certaines des initiatives ont pris la forme d’APS complètes, d’autres d’études de bureau et d’autres d’exercices de production de données probantes et de formulation de conseils à l’appui des priorités politiques. Les initiatives portaient sur la participation des parents à l’alphabétisation, sur l’approvisionnement en eau, sur l’aménagement axé sur le transport en commun favorisant la santé, sur la technologie numérique, sur l’environnement et les ressources naturelles, etc. (pour une liste complète, voir Baum *et al.*, 2017, pp. 5-6).

Le processus politique : naissance du modèle de la SdTP de l’Australie-Méridionale

À l’aide du cadre Multiple Streams (cadre des volets multiples) de Kingdon, les chercheurs et le personnel participant à l’approche de la SdTP de l’Australie-Méridionale ont cerné les facteurs contextuels qui ont joué un rôle clé dans l’intégration de la SdTP dans le programme du gouvernement régional (Baum *et al.*, 2013). Selon le cadre de Kingdon, les problèmes peuvent figurer à l’ordre du jour de l’agenda politique lorsque les trois volets indépendants que sont les problèmes, les solutions et la politique convergent. Cette convergence peut se présenter de trois manières différentes : 1) sous l’influence d’un événement mobilisateur; 2) en raison d’un changement de gouvernement ou dans

l'opinion publique; ou 3) en raison du travail des entrepreneurs des politiques pour lier les solutions politiques aux problèmes et à la politique. **L'introduction du modèle de la SdTP au programme du gouvernement de l'Australie-Méridionale est le résultat d'un événement marquant et du travail de plusieurs entrepreneurs des politiques, soutenus par un gouvernement favorable.** Les auteurs précisent par ailleurs qu'elle s'est inscrite dans un contexte historique d'initiatives interministérielles et d'innovation sociale en Australie-Méridionale.

Le principal événement marquant était le récit de la crise du budget de la santé qui mettait en garde que la poursuite des tendances en matière de dépenses des années 2000 ferait en sorte que « les dépenses en santé accapareront la totalité du budget de l'État d'ici 2030 » (Baum *et al.*, 2013, 197).

L'investissement dans le modèle de la SdTP a été proposé – et accepté – comme un moyen de réduire les dépenses en santé. Un autre scénario établissant un lien entre la santé et l'économie voulait qu'une population en meilleure santé favorise une productivité économique accrue.

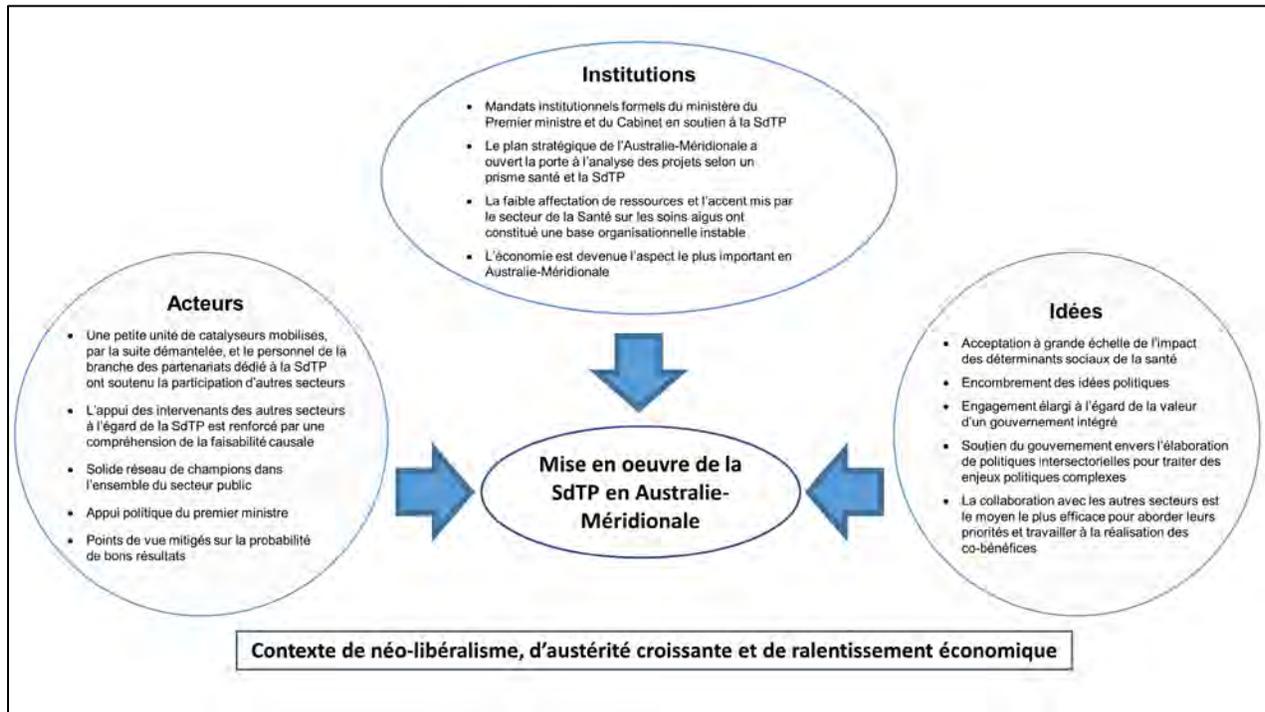
Plusieurs entrepreneurs des politiques ont travaillé à diffuser l'idée de la SdTP et à rehausser le profil de l'action politique sur les déterminants sociaux de la santé. Fran Baum, de l'Université Flinders, l'un des principaux chercheurs participant à l'étude sur le modèle de la SdTP, a été nommée membre de la prestigieuse Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé. Le gouvernement de l'Australie-Méridionale a également mis en place le programme Adelaide Thinker in Residence (programme des penseurs invités d'Adélaïde), pour susciter de nouvelles idées et solutions politiques. En 2007, la professeure Ilona Kickbusch, réputée pour ses travaux sur la promotion en santé mondiale à l'OMS, a été invitée à participer au programme Adelaide Thinker in Residence. En collaboration avec des défenseurs locaux de l'action intersectorielle en matière de santé, elle a contribué au façonnement du modèle de la SdTP de l'Australie-Méridionale (Baum *et al.*, 2013).

La combinaison des événements mobilisateurs et du travail minutieux des entrepreneurs des politiques a permis de lier la proposition du modèle de la SdTP aux priorités politiques du gouvernement (le volet de la politique dans le cadre de Kingdon), lequel était stable et dans son troisième mandat (Baum *et al.*, 2013). À l'époque, le premier ministre de l'Australie-Méridionale était déterminé à éliminer les silos entre les ministères gouvernementaux et utilisait le programme Thinker in Residence à cette fin (Baum *et al.*, 2017). Cet engagement a renforcé la fonction de gouvernance de la santé publique responsable de la mobilisation des partenaires, car il vise à faciliter le travail intersectoriel entre tous les organismes gouvernementaux.

Le processus d'élaboration des politiques : Les facteurs qui ont influencé la mise en œuvre du modèle de la SdTP et ses effets sur l'équité et la santé

Une équipe de chercheurs et de praticiens a étudié en profondeur l'approche de la SdTP de l'Australie-Méridionale. Ces études ont mis en évidence le rôle central que jouent plusieurs facteurs pour que la mise en œuvre du modèle de la SdTP soit couronnée de succès, ainsi que la réactivité de ces facteurs aux changements contextuels (Baum *et al.*, 2017; Baum *et al.*, 2013; Delany *et al.*, 2016; Lawless *et al.*, 2018). Les chercheurs ont également étudié les effets, le cas échéant, de l'approche de la SdTP sur la santé des populations et l'équité en santé (Baum *et al.*, 2019; van Eyk *et al.*, 2017). La figure 2 ci-dessus illustre comment les institutions, les acteurs, les idées et le contexte ont influencé la mise en œuvre du modèle de la SdTP en Australie-Méridionale.

Figure 2. Croisement des institutions, des idées et des acteurs relativement au modèle de la SdTP en Australie-Méridionale (adaptée et traduite de Baum *et al.*, 2017, p. 7)



D'après ces études, la mise en œuvre du modèle de la SdTP s'appuyait sur trois facteurs principaux, soit : un mandat central fort, des ressources dédiées (en particulier du personnel qualifié) et des pratiques visant à mobiliser d'autres secteurs. Ces facteurs sont liés à quatre des six fonctions de gouvernance de la santé publique, à savoir le leadership politique (il y a une stratégie claire, approuvée au plus haut niveau du gouvernement), l'intendance des ressources (le personnel qualifié est la principale ressource puisque le budget est limité) et la mobilisation des partenaires (la collaboration avec d'autres secteurs est l'activité centrale de l'unité responsable de la SdTP).

La mise en œuvre du modèle de la SdTP en Australie-Méridionale a été appuyée par un **mandat central fort**. Le modèle de la SdTP a été entériné par le State Cabinet en 2008, inclus dans le 2010 South Australia Strategic Plan (plan stratégique de 2010 de l'Australie-Méridionale) et dans les 2011 Seven Strategic Priorities of Cabinet (sept priorités stratégiques du Cabinet de 2011). La responsabilité de sa mise en œuvre a été confiée au Department of the Premier and Cabinet (ministère du premier ministre et du Cabinet), en collaboration avec le Health Department (ministère de la Santé) (Delany *et al.*, 2016). « En 2016, le gouvernement s'est engagé à faire de l'Australie-Méridionale un État du bien-être et le modèle de la SdTP a joué un rôle central dans l'élaboration d'un énoncé intersectoriel sur le bien-être qui incorporait certains éléments des déterminants sociaux de la santé » (Baum *et al.*, 2019, 7). Le nouveau Public Health Act (loi sur la santé publique) a permis la mise en œuvre continue de l'approche liée à la SdTP et a également été à l'origine de la création des Public Health Partner Authorities et des plans régionaux de santé (Baum *et al.*, 2019).

L'existence d'une **unité responsable de la SdTP dédiée** de 2007 à 2013 a également joué un rôle clé dans la mise en œuvre de l'approche de la SdTP. Même si l'unité était officiellement située au sein du Health Department, son lien avec le Department of the Premier and Cabinet lui conférait une légitimité lorsque le personnel mobilisait des acteurs d'autres secteurs. Le personnel de l'unité responsable de la

SdTP a élaboré un ensemble de **compétences caractéristiques des intervenants intermédiaires**, à savoir ceux qui travaillent à la jonction entre les organisations ou les secteurs (Clavier *et al.*, 2012). Ces compétences sont *stratégiques* (p. ex., « gestion ascendante dans le secteur de la santé et dans l'ensemble du Department of the Premier and Cabine pour assurer le soutien du travail sur la SdTP, et établir d'autres alliances externes »), *liées aux connaissances* (p. ex., « capacité d'interpréter les données probantes et de les traduire d'une manière pertinente pour les activités de base d'autres secteurs ») et *relationnelles* (p. ex., « être proactif et faire des appels à froid auprès de fonctionnaires d'autres secteurs ») (Baum *et al.*, 2017, p. 11). De plus, l'approche de la SdTP a été appuyée par un réseau d'entrepreneurs des politiques et de champions. Elle a également reçu des ressources financières, même si celles-ci étaient limitées : « le budget de la santé de l'Australie-Méridionale de 2015-2016 était de 5,8 milliards de dollars. Le modèle de la SdTP a exigé au total 0,00948 % de ce budget » (Baum *et al.*, 2019, p. 13).

L'autre facteur clé à l'appui de la mise en œuvre du modèle de la SdTP était l'ensemble des **stratégies utilisées pour mobiliser d'autres secteurs**. Delany *et al.* (2016) ont insisté sur la confiance, y compris le fait de consacrer le temps nécessaire pour établir un lien de confiance avec d'autres intervenants du secteur, et sur les efforts visant à harmoniser les priorités du modèle de la SdTP avec les activités de base des autres ministères, notamment en prêtant attention à la terminologie utilisée pour éviter d'utiliser le jargon du secteur de la santé. Malgré les avantages qu'il présentait pour établir la confiance et favoriser l'échange de connaissances, le processus était parfois considéré comme trop long. Delany *et al.* ont conclu que « les collaborateurs ont besoin d'échéanciers clairement définis et de jalons de réalisation pour appuyer la faisabilité du modèle de la SdTP » (Delany *et al.*, 2016). La stratégie était donc pragmatique et axée sur des projets, conçue pour gagner progressivement la confiance des autres intervenants du secteur et transformer progressivement leurs pratiques et habitudes, afin qu'ils tiennent compte de la santé et de l'équité dès la conception de nouvelles lois ou initiatives.

Cependant, les facteurs qui ont soutenu la mise en œuvre du modèle de la SdTP ont également été réactifs au contexte sociopolitique. Les changements dans l'économie, les changements dans les priorités politiques et les règles d'imputabilité ministérielle ont eu un impact sur plusieurs fonctions de la gouvernance de la santé publique, à savoir l'élaboration de politiques et le pouvoir conféré par la loi (le modèle de la SdTP et la gouvernance intersectorielle ont perdu leur priorité de haut niveau au profit de l'économie), l'intendance des ressources (les budgets ont été réduits) et la mobilisation des partenaires (tension entre la primauté des activités de base d'autres secteurs et la connaissance existante de l'impact des activités de base des autres secteurs sur la santé publique).

Confronté à des difficultés économiques en 2013, **le gouvernement de l'Australie-Méridionale a recentré ses priorités sur l'économie** et la création d'emplois. Dans ce contexte, le secteur de la santé a réduit le financement consacré à la prévention et à la promotion de la santé et, en 2014, l'unité responsable de la SdTP dédiée a été démantelée (Baum *et al.*, 2017). En dépit de ces changements, « le soutien apporté par les puissants fonctionnaires d'autres secteurs au modèle de la SdTP a permis de garder l'espace politique ouvert pour ce modèle » (Baum *et al.*, 2017, p. 9), mais les initiatives liées à la SdTP ont été ralenties pendant quelques années.

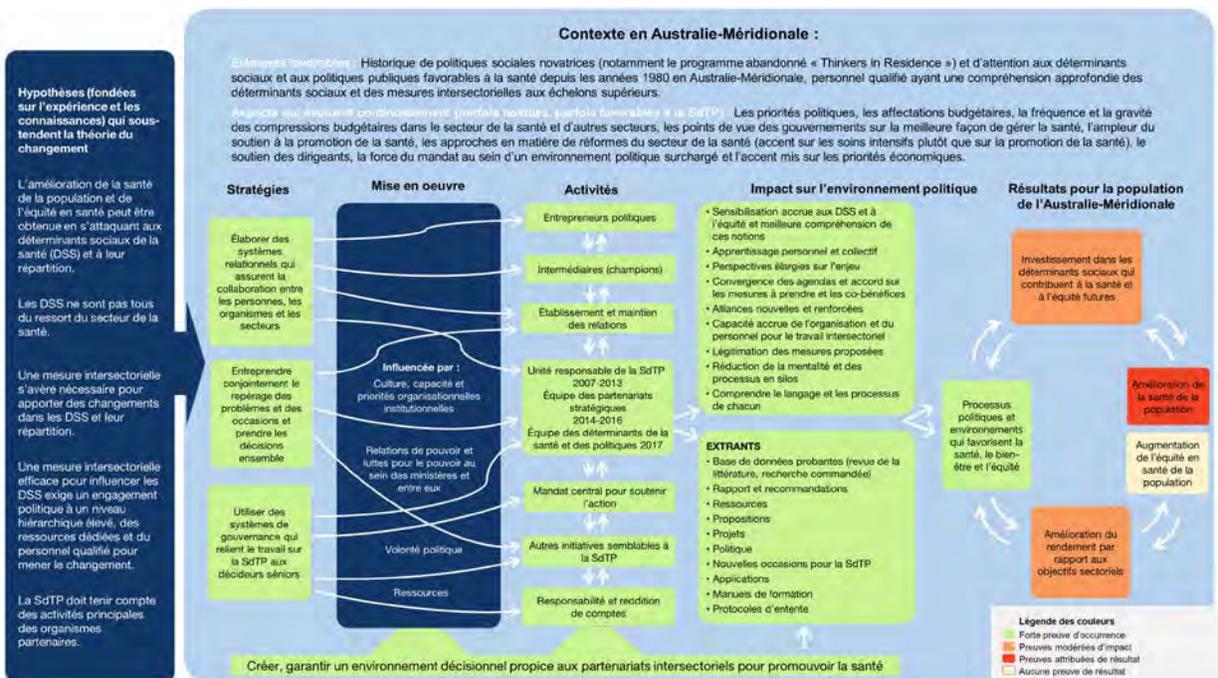
L'évaluation de l'approche liée à la SdTP a montré l'influence écrasante du **paradigme néolibéral** des gouvernements, qui instrumentalisaient la santé pour soutenir l'économie. Bien que cette instrumentalisation ait contribué à inscrire le modèle de la SdTP dans le programme gouvernemental, elle a aussi limité la portée du programme à des domaines comme les modes de vie sains, l'aménagement urbain et les politiques environnementales (Baum *et al.*, 2017, 14). La subordination de la santé publique à l'économie était également évidente lorsque le gouvernement a modifié ses priorités en 2013.

Le **contexte institutionnel** a également influencé la mise en œuvre du modèle de la SdTP. Même lorsque l'unité responsable de la SdTP existait toujours, la collaboration avec d'autres secteurs était difficile lorsque les cadres supérieurs d'autres ministères offraient un soutien limité au modèle de la SdTP. Les idées sectorielles bien ancrées et les règles de reddition de comptes ministérielles sont devenues un obstacle important à la collaboration. Même si le gouvernement de l'Australie-Méridionale s'était d'abord engagé à promouvoir le travail conjoint et à éliminer les silos dans l'administration publique, les gestionnaires demeuraient responsables des activités de base de leurs administrations respectives (Delany *et al.*, 2016).

Répercussions et résultats de l'initiative de la SdTP de l'Australie-Méridionale

L'équipe de recherche a élaboré, avec les intervenants concernés par le modèle de la SdTP, un modèle logique pour évaluer le fonctionnement de l'approche de la SdTP en Australie-Méridionale, ses impacts sur l'environnement politique et ses résultats en matière d'équité et de santé des populations. Ce modèle logique est fondé sur les expériences pratiques des acteurs de l'approche de la SdTP et sur les théories des sciences politiques mettant l'accent sur le rôle des institutions, des idées, des acteurs (entrepreneurs des politiques) et du contexte (Baum *et al.*, 2019; Lawless *et al.*, 2018) – voir la figure 3 ci-dessous. Il met l'accent sur la contribution de la plupart des fonctions de gouvernance de la santé publique (élaboration de politiques, pouvoir conféré par la loi, intendance des ressources, mobilisation des partenaires et amélioration continue) à la mise en œuvre des stratégies et des activités de gouvernance intersectorielles.

Figure 3. Modèle logique de l'approche de la SdTP en Australie-Méridionale (adaptée et traduite de Baum *et al.*, 2019).



L'initiative de la SdTP a apporté des **changements à l'environnement politique** qui pourraient être propices à de meilleurs résultats en matière de santé et d'équité; d'autres secteurs ont pris davantage conscience des effets de leur mission principale sur la santé et l'équité, et le travail intersectoriel a été plus efficace et reçu un meilleur appui. L'initiative de la SdTP a toutefois apporté des **changements plus limités aux résultats en matière de santé des populations et d'équité** : « Les contraintes institutionnelles et politiques [c.-à-d. la crise économique et les changements de priorités politiques qui en ont découlé] ont fait en sorte que le modèle de la SdTP de l'Australie-Méridionale a été axé sur l'amélioration des conditions de vie quotidienne et qu'il n'a pas pu être utilisé pour aborder les facteurs sous-jacents aux inégalités en santé » (Baum *et al.*, 2019, 13). Les idées dominantes ont également contribué à ces résultats, car les intervenants politiques ont compris l'équité comme le fait « d'intervenir auprès des groupes vulnérables..., ce qui a limité la possibilité que les mesures politiques adoptent une approche différente, comme l'aplanissement d'un gradient par des stratégies universelles » (van Eyk *et al.*, 2017, pp. 19-20). Les acteurs politiques connaissaient déjà le concept du travail intersectoriel, mais l'équité était un concept nouveau pour la plupart d'entre eux.

Conclusion

Parallèles avec l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec

À l'instar de l'initiative de la SdTP de l'Australie-Méridionale, l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* (2001) du Québec bénéficie d'un mandat juridique officiel et de ressources et d'instruments spécialisés (comité interministériel, évaluation des impacts sur la santé). L'article 54 fait du ministre de la Santé et des Services sociaux « le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique » (L.R.Q. chapitre S-2.2, cité dans Gagnon *et al.*, 2008, 79). À ce titre, il peut conseiller d'autres ministres sur les conséquences pour la santé publique de leurs projets de loi et de règlements. L'article 54 stipule également que chaque ministère devrait évaluer les impacts de ses actes sur la santé et, si ces impacts sont jugés importants, consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux. Malgré ce mandat, les avantages pour la santé des populations ne sont pas toujours au cœur des efforts politiques d'un autre secteur. Une unité du ministre de la Santé et des Services sociaux était auparavant responsable de la mise en œuvre de l'article 54 (Gagnon *et al.*, 2008). Cette unité s'appuie sur un réseau de fonctionnaires dont le rôle est de contribuer à la collecte de données probantes et à la détermination des impacts sur la santé des mesures prises par leur ministère. Ce réseau a facilité la diffusion des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé (Gagnon *et al.*, 2007; Smits *et al.*, 2016). La production et la diffusion de connaissances liées aux politiques publiques favorables à la santé constituent la deuxième stratégie de mise en œuvre de l'article 54.

Outre l'article 54, « La *Politique gouvernementale de prévention en santé* (2016) appuie explicitement l'EIS (évaluation d'impacts sur la santé) aux paliers régional et local, que l'on désigne comme outil permettant aux municipalités de mieux intégrer les critères de santé dans les processus d'urbanisme (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016) » (Diallo et Freeman, 2020, p. 9). Les régions de la Montérégie (au sud de Montréal) et de la Capitale nationale (Québec et les municipalités environnantes) ont entrepris des projets pilotes pour mettre en œuvre des évaluations d'impacts sur la santé à l'échelle locale (Diallo et Freeman, 2020).

La mise en œuvre de l'article 54 s'est également heurtée à des obstacles semblables à ceux qui ont touché l'initiative de la SdTP de l'Australie-Méridionale. Malgré le mandat juridique, les gouvernements qui se sont succédés n'étaient pas fermement déterminés à mettre en œuvre l'article 54. Les avantages pour la santé des populations passent souvent après les objectifs économiques ou les activités de base de l'autre secteur lorsqu'on essaie d'élaborer des solutions pour contrer la perception qu'un projet de loi ou de règlement entraîne des impacts négatifs sur la santé. Au départ, les ministères des Finances, du Revenu et des Relations internationales s'étaient retirés du réseau de fonctionnaires

qui appuyaient la mise en œuvre de l'article 54 (Gagnon *et al.*, 2008). Comme dans le cas de l'initiative de la SdTP de l'Australie-Méridionale, ces obstacles nuisent à la capacité des acteurs d'évaluer les impacts sur la santé des politiques qui influent sur les causes sous-jacentes de l'inégalité.

Le modèle de la SdTP et les fonctions de gouvernance de la santé publique

La mobilisation des partenaires est au cœur de l'élaboration du modèle de la SdTP, mais la réussite de sa mise en œuvre dépend d'autres fonctions de gouvernance de la santé publique, de fonctions de gouvernance dans d'autres secteurs des politiques et du contexte politique, institutionnel, économique et social. En Australie-Méridionale, comme au Québec, la mobilisation des partenaires repose sur une participation volontaire et cherche à déterminer les avantages mutuels pour tous les secteurs concernés. Elle s'est avérée utile pour sensibiliser aux effets sur la santé et l'équité qu'entraînent les activités de base des autres secteurs, renforcer la confiance et la coopération entre les intervenants de différents secteurs et soutenir l'intégration du modèle de la SdTP. Un mandat central fort et un personnel dévoué et compétent pour travailler au point de jonction entre les différents secteurs des politiques sont deux des facteurs qui ont été à la base du soutien des pratiques de mobilisation des partenaires. En Australie-Méridionale, le changement des priorités gouvernementales et le démantèlement de l'unité dédiée ont affaibli le statut de l'approche SdTP après 2013. En outre, les stratégies de mobilisation des partenaires à participation volontaire se sont butées à des contraintes qui ne permettaient pas l'établissement de partenariats avec des ministères dont les politiques influencent fortement les inégalités en santé, en particulier chez ceux qui souscrivent à des approches hiérarchiques de la gouvernance et des idées de politiques sectorielles bien ancrées.

Des documents récents sur le modèle de la SdTP soutiennent que les obstacles à la mise en œuvre et les tensions entre les fonctions de gouvernance comme celles décrites dans cette étude de cas ne représentent pas des échecs de la mise en œuvre (Cairney *et al.*, 2021). Ils devraient plutôt être considérés comme une caractéristique du processus d'élaboration des politiques, c.-à-d. les « forces omniprésentes auxquelles il faut s'adapter » (Cairney *et al.*, 2021). Dans leur revue de la littérature, la nature complexe et politique de l'élaboration du modèle de la SdTP limite nécessairement le changement de politiques et la capacité des décideurs d'agir en fonction des données probantes et de contrôler la mise en œuvre des politiques. Cairney, St Denny et Mitchell (2021) concluent qu'il faut modifier le « Guide du modèle de la SdTP » très structuré et linéaire pour tenir compte de cette complexité. L'élaboration d'un modèle de la SdTP devrait : 1) s'adapter aux lacunes en matière de mise en œuvre, plutôt que d'essayer de les combler; et 2) « s'attaquer aux dilemmes de gouvernance », surtout dans le cas des dilemmes qui se présentent au croisement de la gouvernance hiérarchique et de la gouvernance axée sur la collaboration (Cairney *et al.*, 2021, 24-25). Dans le même ordre d'idées, faisant le point sur les conflits politiques qui se présentent relativement à la prise de décisions collectives, Holt remet en question l'hypothèse du modèle de la SdTP selon laquelle « la santé devrait être une visée primordiale à l'échelle du gouvernement (Holt, 2018, p. 1163). L'auteur suggère de déplacer le point de mire de la santé à l'équité et du secteur de la santé publique à d'autres secteurs « les [déterminants sociaux de la santé] pourraient être abordés plus efficacement au moyen d'une action sectorielle dans divers secteurs autres que celui de la santé, en mettant l'accent sur l'équité plutôt que sur la santé » (Holt, 2018, p. 1163).

Références

- Baum, F., Delany-Crowe, T., MacDougall, C., Lawless, A., van Eyk, H. et Williams, C. (2017). Ideas, actors and institutions: Lessons from South Australian Health in All Policies on what encourages other sectors' involvement. *BMC Public Health*, 17(1), 811. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4821-7>
- Baum, F., Delany-Crowe, T., MacDougall, C., van Eyk, H., Lawless, A., Williams, C. et Marmot, M. (2019). To what extent can the activities of the South Australian Health in All Policies initiative be linked to population health outcomes using a program theory-based evaluation? *BMC Public Health*, 19, 88. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6408-y>
- Baum, F., Lawless, A. et Williams, C. (2013). Health in All Policies from international ideas to local implementation: Policies, systems, and organizations. Dans C. Clavier et E. de Leeuw (dir.), *Health Promotion and the Policy Process* (pp. 188–217). Oxford University Press. <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199658039.001.0001/acprof-9780199658039-chapter-10>
- Cairney, P., St Denny, E. et Mitchell, H. (2021). The future of public health policymaking after COVID-19: A qualitative systematic review of lessons from Health in All Policies. *Open Research Europe*, 1(23). <https://doi.org/10.12688/openreseurope.13178.1>
- Clavier, C., Sénéchal, Y., Vibert, S. et Potvin, L. (2012). A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Sociology of Health & Illness*, 34(5), 791–805. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01408.x>
- Delany, T., Lawless, A., Baum, F., Popay, J., Jones, L., McDermott, D., Harris, E., Broderick, D. et Marmot, M. (2016). Health in All Policies in South Australia: What has supported early implementation? *Health Promotion International*, 31(4), 888–898. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav084>
- Diallo, T. et Freeman, S. (2020). Health impact assessment—Insights from the experience of Québec. *Environmental Health Review*, 63(1), 6–13. <https://doi.org/10.5864/d2020-002>
- Gagnon, F., Turgeon, J. et Dallaire, C. (2008). L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : Lorsque la loi devient levier d'action. *Télescope*, 14(2), 79–94.
- Gagnon, F., Turgeon, J. et Gagné, D. (2007). *Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé au Québec, de 1995 à 2005 – Perspectives centrales et régionales*. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS). <http://www.ncchpp.ca/docs/RapportfinalGEPPS31-01-07.pdf>
- Government of South Australia. (2011) The South Australian Approach to Health in All Policies: Background and Practical Guide, Version 2. Government of South Australia, Adelaide.
- Holt, D. H. (2018). Rethinking the Theory of Change for Health in All Policies; Comment on « Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. » *International Journal of Health Policy and Management*, 7(12), 1161–1164. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.96>

- Lawless, A., Baum, F., Delany-Crowe, T., MacDougall, C., Williams, C., McDermott, D. et van Eyk, H. (2018). Developing a framework for a program theory-based approach to evaluating policy processes and outcomes: Health in All Policies in South Australia. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 510–521. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.121>
- Smits, P., Prével, J. et Denis, J.-L. (2016). Prendre en compte la santé dans les politiques publiques. Étude d'un régime de gouvernamentalité au Québec. *Sciences sociales et santé*, vol. 34(2), 45–70.
- van Eyk, H., Harris, E., Baum, F., Delany-Crowe, T., Lawless, A. et MacDougall, C. (2017). Health in All Policies in South Australia—Did it promote and enact an equity perspective? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1288. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111288>



Pour consulter les autres rapports,
visitez :

ccnsp.ca



UNIVERSITY OF TORONTO
DALLA LANA SCHOOL OF PUBLIC HEALTH