

The weakening of public health: A threat to population health and health care system sustainability

We are a group of public health (PH) academics and physician leaders who are passionate about health in our communities and our country. We are alarmed by growing weaknesses in the country's PH infrastructure and thus in the system's ability to promote and protect the health of all Canadians. Yet improved population health and reduced health inequalities are key to reducing the burden of disease and ensuring the sustainability of Canada's health care system.

The evidence is clear that PH – in partnership with citizens, communities, NGOs, municipalities and others – has been central to reductions in disease and injury and improvements in health and longevity.¹ That is why in 2010, Canada's Ministers of Health stated: "the promotion of health and the prevention of disease, disability and injury are a priority and necessary to the sustainability of the health system" and that "a better balance between prevention and treatment must be achieved".²

But 15 years after SARS and the call of the landmark *Naylor Report*³ for PH to be strengthened, those bold aims have not been realized. We are again at a crisis point; PH is under siege in many jurisdictions across Canada,⁴ where it has been weakened and marginalized and cannot be fully effective. Without significant change, we believe PH systems across Canada will increasingly underperform and be unable to fully contribute to our need to "create healthier populations, and to sustain our publicly funded health system",² to the detriment of Canadians.

FOUR CRITICAL ISSUES

We identify here four key problems with current government approaches to PH across Canada that are of national concern; taken together they constitute a crisis. Each is addressed below, together with possible responses.

1. Downgrading the status of public health within governments and health authorities

Federally, the Chief Public Health Officer for Canada (CPHOC) is no longer the Deputy Minister of the Public Health Agency of Canada (PHAC). This position has been relegated to an advisory role reporting to the President of PHAC, thus undermining the authority and independence of the office, including the ability to speak on matters of public health; this situation also applies generally to Provincial Health Officers (PHOs) across the country. In health authorities (HAs), the senior Medical Officer of Health (MOH)* may not even be on the Executive of the HA, which downgrades not only the importance of primary prevention of disease and injury but the effectiveness of PH as a whole, including the ability to contribute to effective planning that also looks at non-clinical solutions.

* While we use here the titles of Provincial Health Officer and Medical Officer of Health, we recognize that different provinces may use different titles.

L'affaiblissement de la santé publique : une menace pour la santé des populations et la viabilité du système de soins de santé

Nous sommes un groupe d'universitaires et de médecins en santé publique (SP) passionnés par la santé de nos communautés et de notre pays. Nous nous inquiétons des faiblesses croissantes des infrastructures de SP à travers le pays, et donc de la capacité du système de promouvoir et de protéger la santé de tous les Canadiens. Il est pourtant essentiel d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités de santé pour alléger le fardeau de la maladie et assurer la viabilité du système de soins de santé du Canada.

Il est clairement démontré que la SP – en partenariat avec les citoyens, les communautés, les ONG, les municipalités et d'autres – a joué un rôle central dans la réduction des maladies et des blessures et dans les améliorations de la santé et de la longévité¹. C'est pourquoi les ministres de la Santé du Canada déclaraient en 2010 que « la promotion de la santé et la prévention des maladies, des incapacités et des blessures sont prioritaires et nécessaires à la viabilité du système de santé » et que « nous devons atteindre un meilleur équilibre entre la prévention et le traitement »².

Mais 15 ans après le SRAS et l'appel à renforcer la SP dans le document phare que fut le *Rapport Naylor*³, ces objectifs audacieux ne se sont pas concrétisés. Nous sommes de nouveau au bord de la crise; la SP est en état de siège dans de nombreuses provinces au Canada⁴, où elle a été affaiblie et marginalisée au point de ne pas être pleinement efficace. Sans un changement marqué, nous croyons que les systèmes de SP du Canada seront de plus en plus sous-performants et deviendront incapables de répondre entièrement à notre besoin « [d']avoir des populations en meilleure santé et [d']assurer la viabilité de notre réseau public de la santé »², au détriment des Canadiens.

QUATRE QUESTIONS NÉVRALGIQUES

Nous cernons ici quatre grands problèmes d'importance nationale dans la façon dont les gouvernements actuels abordent la SP au Canada; considérés dans leur ensemble, ces problèmes constituent une crise. Chacun est abordé ci-dessous, avec des réponses possibles.

1. La santé publique est rétrogradée au sein des gouvernements et des autorités sanitaires

Au palier fédéral, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada n'est plus sous-ministre de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Elle ne joue plus qu'un rôle consultatif auprès de la présidente de l'Agence, ce qui mine le pouvoir et l'indépendance de son poste, notamment sa capacité de s'exprimer sur les enjeux de santé publique; cette situation prévaut aussi fréquemment pour les directeurs/directrices provinciaux de santé publique (DPS). Au sein des autorités sanitaires, le directeur/la directrice de la santé publique ou le médecin-hygiéniste en chef (DSP-MH)[†] peut même ne pas siéger au comité exécutif, ce qui réduit non seulement l'importance de la prévention primaire des maladies et des blessures, mais l'efficacité de la SP dans son ensemble,

[†] Nous employons ici les titres de directeur provincial/directrice provinciale de la santé publique (DPS) et de directeur/directrice de la santé publique ou médecin-hygiéniste (DSP-MH), mais nous reconnaissons que ces titres peuvent varier selon la province.

Drastic centralization of PH occurred in Alberta (2008) and Nova Scotia (2015).⁵ Following these reforms, numerous PH experts now practice as senior PH leaders in departments of health, and thus struggle to protect scientific independence from political interference, a challenge that also haunts the CPHOC's office.

Incorporating PH within health authorities in some cases has led to its dismemberment, with different disciplines moved to different divisions, thus destroying the cohesive whole of a PH unit and impairing its effectiveness.

- Possible responses:
 - Make it a policy in every province that the PHO sit on the Ministry's Executive and that the senior MOH in every health authority sit on the HA's Executive.
 - Maintain or re-establish PH departments as discrete units within HAs, incorporating all the PH disciplines, with adequate resources and accountability for defined PH outcomes (e.g., disease and injury prevention and decreasing health inequities, among others).
 - Consider removing PH units from health authorities and relocating them in or in close association with municipal governments.

2. Eroding the independence of Medical Officers of Health and their ability to speak out on matters of public health concern

In several provinces, PHOs have been dismissed without cause, seemingly because they dared to speak out and question government policy⁶ – a situation in keeping with the muzzling of federal health scientists during the tenure of the Harper Government.⁷ In some provinces, MOHs feel less able to speak out because they are subservient to CEOs and bound by communications policies intended to avoid upsetting the government that funds the HA. Even where PHOs and MOHs are not dismissed, the power to marginalize them within the organization and to reduce the funding and staff allocated to PH provides silencing mechanisms.

All of this also contradicts the need for advocacy, which is a core PH competency in Canada⁸ and a duty for PH.⁹ In fact, MOHs are only explicitly protected in Ontario and British Columbia. In Ontario, the Health Protection and Promotion Act requires a two-thirds vote of the local board of health AND the written permission of the Minister of Health to dismiss a MOH. In BC, the Public Health Act requires the PHO to monitor the health of citizens and independently advise and report in the public interest; local MOHs have similar but more limited protection.

- Possible responses:
 - Make the CPHOC and PHOs officers of the legislature, with powers and independence similar to those of the Auditor General, including the duty to report to the legislature and the public on PH matters and government practices.
 - Identify in legislation the duty of MOHs to report publicly on matters of PH and confer upon them protection against arbitrary dismissal similar to that provided in Ontario.

y compris sa capacité de contribuer à une planification efficace en envisageant aussi des solutions non cliniques.

Il y a eu une centralisation drastique de la SP en Alberta (2008) et en Nouvelle-Écosse (2015)⁵. À la suite de ces réformes, de nombreux spécialistes de la SP sont devenus des cadres supérieurs au sein des ministères de la Santé, et luttent pour protéger leur indépendance scientifique contre les ingérences politiques, un défi qui hante aussi le bureau de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada.

Dans certains cas, l'intégration de la SP au sein d'une autorité sanitaire mène à son démantèlement, différentes disciplines étant affectées à différentes directions, ce qui détruit la cohésion d'une organisation de SP et entrave son efficacité.

- Réponses possibles :
 - Adopter dans chaque province une politique selon laquelle le/la DPS siège au sein de l'équipe de direction du Ministère et le/la DSP-MH de chaque autorité sanitaire siège au comité exécutif de cette autorité.
 - Garder ou rétablir l'unité des services de SP au sein des autorités sanitaires en intégrant toutes les disciplines de la SP et en leur accordant des ressources suffisantes et la responsabilité d'obtenir des résultats de SP bien définis (la prévention des maladies et des blessures et la réduction des iniquités en matière de santé, entre autres).
 - Songer à retirer les unités de SP des autorités sanitaires et à les reloger dans les administrations municipales ou en association étroite avec elles.

2. On sape l'indépendance des directeurs de la santé publique/médecins-hygiénistes et leur capacité de s'exprimer sur les questions d'intérêt pour la santé publique

Dans plusieurs provinces, des DPS ont été démis de leurs fonctions sans motif valable, apparemment pour avoir osé parler et mettre en doute les politiques du gouvernement⁶ – une situation qui s'inscrit dans la logique du musèlement des chercheurs fédéraux en santé durant le mandat du gouvernement Harper⁷. Dans certaines provinces, les DSP-MH se sentent moins libres de parler parce qu'ils relèvent de chefs de la direction et sont liés par des politiques de communication dont le but est de ne pas troubler le gouvernement, qui finance l'autorité sanitaire. Même là où les DPS et les DSP-MH ne sont pas congédiés, le pouvoir de les marginaliser au sein de l'organisation et de réduire le financement et le personnel affectés à la SP constitue un mécanisme efficace pour les réduire au silence.

Tout cela va aussi à l'encontre de la nécessité d'exercer la fonction de plaidoyer pour la santé, une compétence essentielle en SP au Canada⁸ et un devoir pour la SP⁹. En fait, les DSP-MH ne sont explicitement protégés qu'en Ontario et en Colombie-Britannique. En Ontario, le *Loi sur la protection et la promotion de la santé* exige que la décision de congédier un médecin hygiéniste soit prise par les deux tiers des membres du conseil de santé local et que le ministre de la Santé y donne son consentement écrit. En Colombie-Britannique, le *Public Health Act* exige que le/la DPS surveille la santé des citoyens et offre des conseils et des rapports indépendants dans l'intérêt public; les DSP-MH locaux jouissent d'une protection semblable, quoique plus limitée.

- Réponses possibles :
 - Faire de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada et des DPS des hauts fonctionnaires de l'assemblée

3. Limiting public health scope by combining it with primary and community care, without regard for the different functions and expertise involved

Public health staff are, and need to be, distinct from primary care staff. While there should be effective collaboration with primary care, that relationship should be only with respect to the core functions of PH; treatment, disease management and care are not core PH functions.

The biggest threat from combining PH with primary and community care is the limits it imposes on PH. Health is mostly created by broad determinants such as an adequate income, access to safe and nutritious food, safe and adequate housing, and living in safe and secure neighbourhoods in ecologically sustainable communities.¹⁰ If public health nurses (PHNs) are expected to function as primary care nurses in clinics, and community nutritionists as patient dietitians, and if environmental health officers are not allowed to inspect public spaces or medical officers of health can only advocate for more illness and injury treatment, PH's core functions and the health of Canadians are threatened.

In fact, in preliminary research results from BC,¹¹ PHNs report they are demoralized by cuts to their traditional community and population-level PH responsibilities (e.g., community development, advocacy, coalition work) in favour of individually-focused clinical tasks. Furthermore, managers/directors with PH training have been replaced with supervisors from acute care who do not understand PH. In addition, PHNs perceive that their PH leaders have no power to advocate for public health, so effective programs get cut because they are not a priority at the executive level.

- Possible responses:
 - Do not integrate PH and primary care.
 - 'Ring-fence' PH staff positions and funding and ensure they do not get drawn into primary care services of treatment, disease management and care.

4. Decreasing funding for public health

Tracking PH investments across Canada has remained problematic.^{3,12} This lack of accurate data on PH investments persistently prevents governments from establishing – and being accountable for – PH funding levels needed to achieve targeted population health outcomes.

Even more worrisome, unprecedented cuts and chronic PH disinvestment have occurred in several provinces. In 2015, Quebec regional PH units were hit by record budget cuts of 33%.¹³ No serious rationale was offered for these arbitrary cuts, beyond the dangerous misconception that regional PH services are little more than bureaucracy in times of alleged austerity. Despite a 2005 review that named a target of investment of 4%–5%,¹⁴ PH funding in Nova Scotia has remained static at 1.3% of health care spending – one of the lowest levels in the country. In BC, despite two Select Committee reports recommending that PH funding be increased to 6% of the health care budget, thus achieving the “full ounce of prevention”,¹⁵ the share of the health budget going to PH has remained low and even declined in some HAs between 2008/2009 and 2011/2012.¹⁶ In Ontario, the implementation of a new funding model in 2015 has resulted in flat-line funding,

législative, dotés de pouvoirs et d'une indépendance semblables à ceux du vérificateur général, avec l'obligation de rendre des comptes à l'assemblée législative et au public sur les enjeux de SP et les pratiques gouvernementales.

- Inscire dans les lois l'obligation des DSP-MH de rendre publiquement des comptes sur les enjeux de SP et leur conférer, comme on le fait en Ontario, une protection contre le congédiement arbitraire.

3. On limite la portée de la santé publique en la combinant avec les soins primaires et les soins communautaires, sans égard aux différentes fonctions et compétences spécialisées qui sont en jeu

Les effectifs de la santé publique sont (et doivent être) distincts des effectifs des soins primaires. Il devrait y avoir une collaboration efficace avec les soins primaires, mais seulement en ce qui a trait aux fonctions de base de la SP; le traitement, la gestion des maladies et les soins curatifs n'en font pas partie.

La plus grande menace de la combinaison de la SP et des soins primaires et communautaires est qu'elle impose des limites à la SP. La santé découle principalement des grands déterminants : des revenus suffisants, l'accès à des aliments sains et nutritifs, des logements salubres et adéquats, et le fait de vivre dans des quartiers sécuritaires, au sein de communautés écologiquement durables¹⁰. Si les infirmières de santé publique (ISP) sont censées fonctionner comme les infirmières en soins primaires dans les cliniques, et les nutritionnistes communautaires comme les diététistes au service de patients, et si les professionnels en santé environnementale n'ont pas le droit d'inspecter les lieux publics ou que les directeurs de la santé publique ou les médecins-hygiénistes peuvent uniquement réclamer plus de traitements pour les maladies et les blessures, alors les fonctions de base de la SP, et la santé de la population canadienne, sont menacées.

De fait, selon les résultats d'une étude préliminaire menée en Colombie-Britannique¹¹, les ISP se disent démoralisées par les coupes dans leurs responsabilités traditionnelles de SP auprès des communautés et des populations (p. ex., le développement communautaire, le plaidoyer pour la santé, le travail de coalition) au profit de tâches cliniques axées sur l'individu. De plus, des gestionnaires et directeurs ayant une formation en SP sont remplacés par des superviseurs issus des soins curatifs, qui ne comprennent pas la SP. Les ISP perçoivent que les cadres supérieurs de la santé publique n'ont pas le pouvoir de défendre cette dernière; des programmes efficaces se font donc couper parce qu'ils ne sont pas une priorité pour la haute direction.

- Réponses possibles :
 - Ne pas intégrer la SP et les soins primaires.
 - « Isoler » les postes et le financement des effectifs de SP et veiller à ce qu'ils ne soient pas aspirés dans les services de soins de première ligne : le traitement, la gestion des maladies et les soins curatifs.

4. On réduit le financement de la santé publique

La traçabilité des investissements en SP au Canada demeure un problème^{3,12}. Le manque de données exactes sur les investissements en SP empêche constamment les gouvernements d'établir les niveaux de financement de la SP nécessaires à l'atteinte

significantly reducing capacity in the majority of the province's 36 boards of health.¹⁷

- Possible responses:
 - Establish targets for increased funding for PH, and a strategy to achieve them.
 - Establish clear budgets for PH and make the allocation visible. Require provincial and federal PH expenditures to be reported annually to Canadian Institute for Health Information and provincial and federal taxpayers.

The health of Canadians and the sustainability of their health care system depend in part upon recognizing that public health's "most valuable work lies upstream", and that governments should be investing in a strong system of public health services as a priority.¹⁸ Governments have a duty to ensure such a system is in place, a duty in which they are failing. We therefore believe it is time to undertake a national inquiry into the state of Public Health in Canada.

This proposed review should address the issues raised here and consider the suggested responses, as well as the need for a 'whole of government' approach to population health promotion¹⁹ and the role of PH in supporting and guiding this approach. It should be informed by existing PH service standards,²⁰ and by the international body of evidence in public health systems and services research, and should address funding, human resource, and structural requirements for a strong Canadian PH system.

*Ak'ingabe Guyon, MSc, MDCM, CCFP, FRCPC,
Public Health and Preventive Medicine Specialist, Public Health
Clinical Department, Montreal, QC and Assistant Clinical Professor,
School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, QC*

*Trevor Hancock, MB, BS, MHSc, HonFFPH (UK),
Professor and Senior Scholar, School of Public Health and Social
Policy, University of Victoria, Victoria, BC*

*Megan Kirk, RN, BNSc, MSc,
University of Victoria, Victoria, BC*

*Marjorie MacDonald, RN, PhD,
Professor, School of Nursing and Co-Director, Research in Public
Health Systems and Services Initiative, University of Victoria,
Victoria, BC*

*Cory Neudorf, BSc, MHSc, MD, FRCPC,
Associate Professor, University of Saskatchewan and CMHO,
Saskatoon Health Region, Saskatoon, SK*

*Penny Sutcliffe, MD, MHSc, FRCPC,
Medical Officer of Health/CEO, Sudbury & District Health Unit,
Sudbury, ON*

*James Talbot, MD, PhD, FRCPC,
Adjunct Professor, School of Public Health, University of Alberta,
Edmonton, AB*

de résultats ciblés en santé des populations – et d'en assumer la responsabilité.

Plus inquiétant encore, il y a des compressions sans précédent et un désinvestissement chronique en SP dans plusieurs provinces. En 2015, les directions régionales de SP du Québec ont été touchées par des compressions budgétaires record de 33 %¹³. Aucune justification sérieuse n'a été avancée pour ces compressions arbitraires, sauf l'idée fautive et dangereuse que les services régionaux de SP ne sont guère plus que de la bureaucratie en période d'austérité présumée. En Nouvelle-Écosse, malgré un rapport ministériel complété en 2005 qui énonçait une cible d'investissement de 4 % à 5 %¹⁴, le financement de la SP est resté inchangé à 1,3 % des dépenses en soins de santé – l'un des plus bas niveaux au pays. En Colombie-Britannique, malgré les rapports de deux comités spéciaux recommandant d'accroître le financement de la SP à 6 % du budget des soins de santé¹⁵, la part du budget de la santé allouée à la SP est restée faible et a même diminué dans certaines autorités sanitaires entre 2008–2009 et 2011–2012¹⁶. En Ontario, l'application d'un nouveau modèle de financement en 2015 a fait stagner ce financement, ce qui a considérablement réduit les capacités dans la majorité des 36 unités de santé publique de la province¹⁷.

- Réponses possibles :
 - Établir des cibles d'accroissement du financement de la SP et une stratégie pour les atteindre.
 - Établir des budgets clairs pour la SP et rendre apparente l'allocation des fonds. Exiger que les dépenses provinciales et fédérales en SP soient déclarées annuellement à l'Institut canadien d'information sur la santé et aux contribuables provinciaux et fédéraux.

La santé des Canadiens et la viabilité de leur système de soins de santé dépendent en partie de ce que l'on reconnaisse que le travail le plus précieux de la santé publique se fait en amont, et que les gouvernements devraient investir en priorité dans un système de services de santé publique vigoureux¹⁸. Les gouvernements ont le devoir de veiller à ce qu'un tel système soit en place, mais ils manquent à ce devoir. Nous croyons donc qu'il est temps de mener une enquête nationale sur l'état de la santé publique au Canada.

Ce projet d'enquête devrait aborder les questions soulevées ici et étudier les réponses suggérées, ainsi que le besoin d'adopter une démarche « pangouvernementale » à l'égard de la promotion de la santé des populations¹⁹ et du rôle de la SP pour soutenir et guider une telle démarche. L'enquête devrait être éclairée par les normes existantes pour les services de SP²⁰ et par le corpus de données internationales de recherche sur les systèmes et les services de santé publique, et elle devrait aborder les besoins financiers, structurels et de ressources humaines d'un système de SP vigoureux au Canada.

*Ak'ingabe Guyon, M.Sc., MDCM, CCFP, FRCPC,
Spécialiste en santé publique et médecine préventive, Département
clinique de santé publique, Montréal (Québec) et professeure de
clinique adjointe, École de santé publique, Université de Montréal,
Montréal (Québec)*

*Trevor Hancock, M.B., B.Sc., M.Sc.S., HonFFPH (Royaume-Uni),
Professeur et chercheur-boursier principal, École de santé publique
et de politique sociale, Université de Victoria,
Victoria (Colombie-Britannique)*

Gaynor Watson-Creed, MSc, MD, CCFP, FRCPC,
Adjunct Professor, Department of Community Health and
Epidemiology, Dalhousie University, Halifax, NS

Correspondence: Dr. Ak'ingabe Guyon, E-mail: Akingabe.guyon@mail.mcgill.ca

doi: 10.17269/CJPH.108.6143

Megan Kirk, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.,
Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique)

Marjorie MacDonald, inf. aut., Ph.D.,
Professeure, École des sciences infirmières, et codirectrice de
l'initiative Research in Public Health Systems and Services,
Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique)

Cory Neudorf, B.Sc., M.Sc.S., M.D., FRCPC,
Professeur agrégé, Université de la Saskatchewan, et médecin-
hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon, Saskatoon
(Saskatchewan)

Penny Sutcliffe, M.D., M.Sc.S., FRCPC,
Médecin hygiéniste et chef de la direction, Service de santé publique
de Sudbury et du district, Sudbury (Ontario)

James Talbot, M.D., Ph.D., FRCPC,
Professeur associé, École de santé publique, Université de l'Alberta,
Edmonton (Alberta)

Gaynor Watson-Creed, M.Sc., M.D., CCMF, FRCPC,
Professeure associée, Département de santé communautaire et
d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Correspondance : D^{re} Ak'ingabe Guyon, courriel : Akingabe.guyon@mail.mcgill.ca

doi: 10.17269/CJPH.108.6143

REFERENCES

- Rutty C, Sullivan S. *This is Public Health: A Canadian History*. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association, 2010. Available at: http://www.cpha.ca/uploads/history/book/historybook-print_all_e.pdf. See especially *History of Public Health: 12 Great Achievements*. Available at: <http://www.cpha.ca/en/programs/history/achievements.aspx> (Accessed February 26, 2017).
- Ministers of Health and Health Promotion/Healthy Living. *Creating a Healthier Canada: Making Prevention a Priority. A Declaration on Prevention and Promotion from Canada's Ministers of Health and Health Promotion/Healthy Living*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada, 2010. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-eng.pdf> (Accessed March 5, 2017).
- National Advisory Committee on SARS and Public Health. *Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada*. Health Canada, 2003.
- Potvin L. Canadian public health under siege. *Can J Public Health* 2014;105(6): e401-3. doi: 10.17269/cjph.105.4960.
- National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. *Structural Profile of Public Health in Canada*. Quebec, QC: The Centre, 2015. Available at: http://ncchpp.ca/76/Multimedia.ccnpps?id_article=205 (Accessed March 5, 2017).
- New Brunswick Medical Society. *Strong, Independent, Medical Officers of Health*. Fredericton, NB: The Society, 2014. Available at: <http://www.nbms.nb.ca/assets/Care-First/MedicalOfficersofHealthPaper.pdf> (Accessed March 5, 2017).
- Russell E. We deserve a government that respects scientific integrity. *CMAJ* 2015;187(15):1107. PMID: 26391718. doi: 10.1503/cmaj.151006. Available at: <http://www.cmaj.ca/content/early/2015/09/21/cmaj.151006.full.pdf> (Accessed March 5, 2017).
- Public Health Agency of Canada. *Core Competencies for Public Health in Canada, Release 1.0*. Ottawa, ON: The Agency, 2008. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf> (Accessed March 5, 2017).
- Hancock T. Advocacy: It's not a dirty word, it's a duty. *Can J Public Health* 2015;106:e86-88. PMID: 26125246. doi: 10.17269/cjph.106.5094.
- World Health Organization. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: Commission on the Social Determinants of Health, 2008.
- Kirk M, MacDonald M, Schreiber R, Kothari A. Exploring the changing nature of public health nursing practice. Presented at the 22nd International Union for Health Promotion and Education World Conference on Health Promotion, Curitiba, Brazil, May 22-26, 2016.
- Ballinger G. Refining estimates of public health spending as measured in National health expenditure accounts: The Canadian experience. *J Public Health Manag Pract* 2007;13(2):115-20. PMID: 17299314. doi: 10.1097/00124784-200703000-00006.
- Guyon A, Perreault R. Public health systems under attack in Canada: Evidence on public health system performance challenges arbitrary reform. *Can J Public Health* 2016;107(3):e326-29. PMID: 27763850. doi: 10.17269/cjph.107.5273.
- Moloughney BW. *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*. Halifax, NS: Ministry of Health, 2005. Available at: <http://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Renewal-of-Public-Health-Report.pdf> (Accessed March 5, 2017).
- Select Standing Committee on Health. *The Path to Health and Wellness: Making British Columbians Healthier by 2010*. Victoria, BC: The Legislative Assembly of British Columbia, 2004. Available at: <https://www.leg.bc.ca/content/legacy/web/cmt/37thparl/session-5/health/reports/PDF/Rpt-HEALTH-37-5-1stRpt-PathToHealthWellness-2004-NOV-25.pdf> (Accessed March 5, 2017) and Select Standing Committee on Health. *A Strategy for Combating Childhood Obesity and Physical Inactivity in British Columbia*. Victoria, BC: The Legislative Assembly of British Columbia, 2006. Available at: <https://www.leg.bc.ca/content/legacy/web/cmt/38thparl/session-2/health/reports/Rpt-Health-38-2-29Nov2006.pdf> (Accessed March 5, 2017).
- Auditor General of BC. *Health Funding Explained*. Victoria, BC: The Auditor General, 2013.
- Association of Local Public Health Agencies. *Letter to Hon. Eric Hoskins, Minister of Health and Long-Term Care, Re: Public Health Funding Model*, November 3, 2015. Available at: http://cymcdn.com/sites/www.alpha.web.org/resource/collection/72B0AB89-895D-4FCB-BB76-856482D6E54D/alPHA_Letter_PHF031115_FINAL.pdf (Accessed March 5, 2017).
- Sudbury and District Health Unit. *2017 Pre-Budget Consultation: Investing in Public Health*. Sudbury, ON: SDHU.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Rutty C, Sullivan S. *La santé publique : une histoire canadienne*. Ottawa, ON: Association canadienne de santé publique, 2010. Sur Internet : http://www.cpha.ca/uploads/history/book/history-book-print_all_f.pdf. Voir surtout *L'histoire de la santé publique : 12 grandes réalisations*. Sur Internet : <http://www.cpha.ca/fr/programs/history/achievements.aspx> (consulté le 26 février 2017).
- Ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité, Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf> (consulté le 5 mars 2017).
- Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*. Santé Canada, 2003.
- Potvin L. La santé publique canadienne en état de siège. *Rev can santé publique* 2014;105(6):e401-3.
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Profil structurel de la santé publique au Canada*. Québec, QC: le Centre, 2015. Sur Internet : http://www.ccnpps.ca/83/multimedia.ccnpps?id_article=204 (consulté le 5 mars 2017).
- Société médicale du Nouveau-Brunswick. *Des voix plus fortes pour la santé publique : les médecins-hygiénistes de la santé publique*. Fredericton, NB: la Société, 2014. Sur Internet : <http://smnb.ca/assets/News/20140525MOHfr.pdf> (consulté le 5 mars 2017).
- Russell E. We deserve a government that respects scientific integrity. *CMAJ* 2015;187(15):1107. PMID: 26391718. doi: 10.1503/cmaj.151006. Sur Internet : <http://www.cmaj.ca/content/early/2015/09/21/cmaj.151006.full.pdf> (consulté le 5 mars 2017).
- Agence de la santé publique du Canada. *Compétences essentielles en santé publique au Canada, version 1.0*. Ottawa, ON: l'Agence, 2008. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf> (consulté le 5 mars 2017).
- Hancock T. Advocacy: It's not a dirty word, it's a duty. *Rev can santé publique* 2015;106:e86-88. PMID: 26125246. doi: 10.17269/cjph.106.5094.
- Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Genève, Switzerland: Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008.

19. The Senate of Canada. *A Healthy, Productive Canada: A Determinant of Health Approach*. Ottawa, ON: Sub-Committee on Population Health, 2009.
20. Accreditation Canada. *Standards for Public Health Services*. Ottawa, ON: Accreditation Canada, 2017. Available at: <https://accreditation.ca/public-health-services> (Accessed March 5, 2017).
11. Kirk M, MacDonald M, Schreiber R, Kothari A. Exploring the changing nature of public health nursing practice. présenté à la 22^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, Curitiba, Brésil, 22–26 mai 2016.
12. Ballinger G. Refining estimates of public health spending as measured in National health expenditure accounts: The Canadian experience. *J Public Health Manag Pract* 2007;13(2):115–20. PMID: 17299314. doi: 10.1097/00124784-200703000-00006.
13. Guyon A, Perreault R. Public health systems under attack in Canada: Evidence on public health system performance challenges arbitrary reform. *Rev can santé publique* 2016;107(3):e326–29. PMID: 27763850. doi: 10.17269/cjph.107.5273.
14. Moloughney BW. *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*. Halifax, NS: ministère de la Santé, 2005. Sur Internet : <http://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Renewal-of-Public-Health-Report.pdf> (consulté le 5 mars 2017).
15. Colombie-Britannique. Select Standing Committee on Health. *The Path to Health and Wellness: Making British Columbians Healthier by 2010*. Victoria, BC: The Legislative Assembly of British Columbia, 2004. Sur Internet : <https://www.leg.bc.ca/content/legacy/web/cmt/37thparl/session-5/health/reports/PDF/Rpt-HEALTH-37-5-1stRpt-PathToHealthWellness-2004-NOV-25.pdf> (consulté le 5 mars 2017) et Select Standing Committee on Health. *A Strategy for Combating Childhood Obesity and Physical Inactivity in British Columbia*. Victoria, BC: The Legislative Assembly of British Columbia, 2006. Sur Internet : <https://www.leg.bc.ca/content/legacy/web/cmt/38thparl/session-2/health/reports/Rpt-Health-38-2-29Nov2006.pdf> (consulté le 5 mars 2017).
16. Colombie-Britannique. Auditor General. *Health Funding Explained*. Victoria, BC: The Auditor General, 2013.
17. Association of Local Public Health Agencies. *Lettre à Eric Hoskins, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, au sujet du modèle de financement de la santé publique*, 3 novembre 2015. Sur Internet : http://c.yimcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/72B0AB89-895D-4FCB-BB76-856482D6E54D/allPHa_Letter_PHFm_031115_FINAL.pdf (consulté le 5 mars 2017).
18. Service de santé publique de Sudbury et du district. *2017 Pre-Budget Consultation: Investing in Public Health*. Sudbury, ON: SSPSD.
19. Sénat du Canada. *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. Ottawa, ON: Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 2009.
20. Agrément Canada. *Normes pour les services de santé publique*. Ottawa, ON: Agrément Canada, 2017. Sur Internet : <https://accreditation.ca/fr/services-desant%C3%A9-publique> (consulté le 5 mars 2017).