



On redesigning public health in Québec: lessons learned from the pandemic

Tirer les leçons de la pandémie pour repenser la santé publique au Québec

Jean-Louis Denis¹ · Louise Potvin² · Jean Rochon³ · Pierre Fournier⁴ · Lise Gauvin⁴

Received: 9 July 2020 / Accepted: 14 September 2020 / Published online: 15 October 2020
© The Canadian Public Health Association 2020

Abstract

Over the past few months, our fellow citizens have heard more about public health than ever before. The SARS-CoV-2 pandemic has shed light on the vital role played by public health for health protection and provided telling evidence about current public health capacity as well as the corrective measures to be taken and milestones to be achieved in the future. To this end, we identify several ways forward to re-empower public health in Québec and thus ensure that it can significantly contribute to population health. In particular, we propose that although reforms must continue to bolster health protection, substantial efforts are required to strengthen surveillance systems, prevention systems, health promotion systems, and accessible, effective, and overarching primary care systems.

Résumé

Depuis quelques mois, jamais nos concitoyens n'ont autant entendu parler de santé publique. La pandémie de SARS-CoV-2 a mis en lumière le rôle essentiel de la santé publique pour la protection de la santé et a été un puissant révélateur de la capacité actuelle de la santé publique ainsi que des correctifs à apporter et des exigences à rencontrer dans le futur. À cette fin, nous avons identifié plusieurs pistes pour redonner du pouvoir à la santé publique au Québec et s'assurer de cette façon qu'elle puisse contribuer de manière significative à la santé de la population. Plus particulièrement, nous proposons que même si les réformes doivent continuer d'accroître son travail de protection de la santé, des efforts substantiels sont nécessaires pour renforcer ses systèmes de surveillance, de prévention, de promotion de la santé et de soins de première ligne pour qu'ils soient accessibles, efficaces et complets.

Keywords Public health · Pandemic · Primary care · Leadership · Health system

Mots-clés Santé publique · pandémie · soins primaires · leadership · système de santé

On behalf of a think tank on the future of public health in Québec/Au nom d'un groupe de réflexion sur l'avenir de la santé publique au Québec.

✉ Jean-Louis Denis
jean-louis.denis@umontreal.ca

¹ Canada Research Chair on Design and Adaptation of Health Systems, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

² Canada Research Chair on Community Approaches and Health Inequalities, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

³ Université Laval, Quebec City, Canada

⁴ School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

Introduction

Over the past few months, our fellow citizens have heard more about public health than ever before. Over a period of 100 days, Quebecers tuned in to a daily *rendezvous* with their National Director of Public Health and the Chief Public Health Officer of Canada to hear about the evolution of the COVID-19 pandemic and public policy measures being implemented. Complex concepts like herd immunity, epidemic curve, and infectious outbreaks among others have made their way into popular discourse. Quebecers have also become acutely aware of the role of public health professionals who work in the shadows by conducting tracing enquiries and compiling data for policymakers and the public, while working towards curbing contagion even though the means and resources at their disposal are wanting (Touzin et al. 2020). Although comparisons between provinces and with international jurisdictions are challenging because of data harmonization issues and compositional differences across populations, the fact that Québec has the highest number of COVID-19 cases in Canada and that the spread of infections in long-term care facilities and among health workers was greater than in other provinces demands thoughtful attention. To this end, we identify several ways forward to re-empower public health in Québec and thus ensure that it can significantly contribute to population health. In particular, we propose that although reforms must continue to bolster health protection, substantial efforts are required to achieve this objective.

Looking back to move forward: reaffirmation of the full range of functions of public health

Although public health officials in Québec acted promptly at the onset of the pandemic, the public health system as a whole was, and still is, ailing from both dwindling and drastic budget cutbacks. For instance, in this journal, Fiset-Laniel et al. (2020) estimated that between 2004–2005 and 2017–2018, rates of budget increases for public health were consistently around 46% compared with 81% for programs that provide direct health and social services. They underscore that in 2015–2016, Québec public health authorities experienced budget cuts of 7.1% resulting in dramatic reductions in public health operating budgets. They also point out that the Québec public health system receives allocations of 2.2% of total health expenditures compared with an average of 5.4% elsewhere in Canada. The stage was set: the biggest pandemic in a century infected a population whose public health system had recently been compromised. Like an informant, the pandemic surreptitiously shed light on one of the vital roles played by the public health system: protecting the population's health. That said, we believe that it would be a mistake to circumscribe public health uniquely around health protection and to eschew strengthening other essential functions of public

health (Martin-Moreno et al. 2016; Rechel et al. 2018). Renewing the public health system in Québec will require concerted efforts to reinforce: *surveillance systems* that collect, compile, analyze, and share the ensemble of indicators relevant to the health of populations and their determinants in an ongoing fashion; *prevention systems* that inform the population and implement actions that reduce exposures to health risks; *health promotion systems* that, in partnership with a range of social actors, ensure that individuals and communities can make the best choices regarding their health; and accessible, effective, and overarching *primary care systems* focused towards prevention, including social services and care for mental health. We believe that re-acknowledging the full breadth of public health functions is a critical first step for renewing public health, as is full and collective consideration of the issues listed below.

Adopting a broad and encompassing definition of health

The SARS-CoV-2 pandemic has incontrovertibly underscored the centrality of health in all aspects of living on our planet and in society. Healthy people are essential to ensure the functioning of society. Conversely, health is the product of all functions of society which shape the determinants of health (CSDH 2008). As has been clearly seen, the extended yet necessary confinement generated major repercussions in all aspects of life, ranging from multiple delays of surgeries and dangers encountered by more vulnerable persons to the scarcity of essential and non-essential goods. Consequently, it is important to consider health status of a population as resulting from and being influenced by a wide range of social factors.

The crisis also revealed the inextricable interdependence between human health and the whole of life on our planet. Whether focusing on agrifood systems which hinge on healthy animal and plant populations, the therapeutic effects of domestic pets on vulnerable persons, or the substantial decrease of pollution in cities which occurred during the recent period of confinement, the health of human populations must be conceived as being a function of the intricate interactions among humans, animals, and the environment as outlined in the “one health” perspective (Zinsstag et al. 2015). Echoing the global vision of health articulated by others (Hancock 2015) that incorporates social, economic, cultural, and ecosystemic factors that jointly influence human, animal, and plant health, we believe that a second critical step for renewing public health consists of acknowledging that any and all targets for public health intervention extend beyond health systems and that an effective public health system will require coordinated and collaborative intersectoral partnerships and action. With this in mind, we now address its operationalization.

Rethinking governance to increase public health impact

The pandemic highlighted the bulkiness of a centralized governance and the weakening of public health ensuing from the 2015 reforms in Québec which resulted in significant budget cuts (7.1%) and left public health within administrative structures that were ill suited to prioritizing action on major determinants of health (Fiset-Laniel et al. 2020). Allocation of sufficient resources towards public health and reintegration of these resources on a regional basis are imperative because the governance of public health teeters between actions of a central government and regional actions which are necessarily closer to citizens (Bevir and Waring 2017). At the central level, public health requires a governance which is independent of that devoted to healthcare and which transcends the boundaries of ministries to increase its capacity and to better protect dedicated resources (Greer and Lillvis 2014; WHO 2012). A third critical step consisted of renewing governance. In Québec, a renewed governance can leverage four key instruments to support the development of sustainable health: (1) the public health act, (2) the national public health program, (3) the government policy on prevention in health, and (4) the Institut national de santé publique du Québec. In other words, the government of Québec already has a comprehensive suite of policy instruments and institutions to act upon the determinants of population health. The challenge will be to make them effective—that is, moving from policy intention to implementation to scaling up. To put this into action will require first and foremost a protected and sufficiently large budget for public health organizations and teams. However, money will not be enough. A set of population health goals can be formally adopted by the government but their attainment must be reviewed periodically by an independent agency that reports to the parliament. To achieve these population health goals, organizations and human resources within the public health system must be committed to these goals and be held accountable. Central government and regional public health authorities' actions must be oriented to achieving these goals.

In addition to working with a renewed governance of the public health system, a regional public health authority would rely on a multitude of interfaces with civil society actors and organizations, including first and foremost municipalities but also different sectors of the economy. To be effective, these public health authorities will require autonomy and resources set within a clear accountability framework to nurture productive partnerships. In so doing, public health will create bridges and gateways among the domains of politics, public administration, community organizations, and university institutions who are indispensable partners for the development, implementation, and evaluation of actions across the entire spectrum of factors that influence the health of a population (Ansell and Gash 2008; Corbin et al. 2018).

Reinforcing links between public health and primary care

The pandemic cruelly demonstrated the limits of the healthcare system in containing viral spread in underprivileged areas and among seniors. Yet, public health professionals have the competencies to effectively support efforts to ensure that all individuals and especially vulnerable persons have access to appropriate and high-quality primary care (Starfield 2009; Ford-Gilboe et al. 2018). In fact, the will to implement integrated primary care services that are firmly anchored in communities was one of the foundational aims underlying the creation of the Québec public health system with its local centres for community services (CLSCs). Unfortunately, recent reforms have resulted in the medicalization of primary care and a re-centering around the delivery of health services to individuals experiencing illness. A fourth component of public health renewal would strengthen links between public health and primary care.

Although the creation of Family Medicine Groups has increased access of the population to medical services provided by family physicians, the situation for the most materially deprived group has deteriorated (Ouimet et al. 2015). In addition, there is evidence of growing unmet health needs among the population in Québec (Levesque et al. 2012). There is a need to re-prioritize a more comprehensive approach to primary care in Québec to respond to broader health needs than immediate services and to persisting inequity in access to care (Tenbenschel et al. 2017).

In relation to primary care, the primary role of public health revolves around monitoring to identify needs and situations of economic insecurity. Public health also has a role in orienting and supporting the development of accessible and high-performing services. To ensure the living situation and health of individuals in situations of economic insecurity, these services must be focussed on prevention, holistic care, and the mobilization of community resources (Valentijn et al. 2013), and they must materialize within interprofessional and intersectoral administrative structures that are informed of the needs and circumstances of the population. Public health professionals are uniquely skilled to ascertain the impact of these administrative structures on equity in access to care and population health while casting these outcomes in the context of other determinants of health (Bardsley et al. 2013; Levesque et al. 2015).

Developing capacity to collect, curate, and analyze data in real-time to manage health

The crisis has highlighted the unacceptable lag of Québec regarding the collection, curation, and analysis of data on population health and its determinants. An effective public health system is founded on a capacity to anticipate events, a

surveillance apparatus that continuously gathers data on relevant indicators, and a capacity to manage and analyze these data securely and in real-time (Nsubuga et al. 2006).

In recent decades, Québec has adopted a position of extreme caution with respect to the management of data regarding its population, which has resulted in substantial delays in the development and implementation of data-based tools to support public health decision-making and action. Whether in periods of crisis or not, these delays are counterproductive as action scenarios are difficult to craft, discuss and confront. Many researchers have deplored the near impossibility of accessing quality data to develop models of the progression of the epidemic or solutions other than those promoted by public authorities.

Developing a data policy and system that are adequate to public health's multifaceted mandate is the fifth step of public health renewal. In partnership with the population, public health officials should identify a comprehensive set of indicators to continuously monitor health securely and in real-time. These indicators would also allow for monitoring state-approved population health goals and performing analysis in a stratified manner to better pick up any inequities due to race, age, sex/gender, and socio-economic status. These data should be rendered accessible to produce transparent and replicable scenarios of the evolution of population health or health crises which can subsequently be compared against each other.

Transforming public health into an innovative and learning system

Until recently, Québec public health was renowned for being innovative because of its emphasis on and expertise in the determinants of health, health inequalities, and health in all policies. Over the past 10 years, public health innovation capacity and leadership have substantially eroded. Budget restrictions and administrative centralization have curtailed involvement in national and international research and training networks and have resulted in falling back on basic public health missions of protection and surveillance.

In many countries, the strong relationships between Schools of Public Health and professional practice milieus are foundational and shared features of their respective missions (Brownson et al. 2018). Public health is strongly anchored in Québec universities. Yet, even though many colleagues who are part of the public health workforce have university appointments, collaborative projects around COVID-19 involving public health and universities were few and far between. A sixth step in renewing public health consists of rekindling an agile and evidence-based public health that builds bridges among training, practice, and knowledge advancement and that shares expertise and experience as a byproduct of ongoing collaboration.

Systems leadership

Through its complexity and multiple layers, the pandemic has directly or indirectly affected all aspects of life in society, thus revealing the importance of extending public health leadership beyond the medical profession. The ideal of global and sustainable health goes well beyond the execution of tasks associated with basic public health functions like surveillance and the control of communicable disease and environmental risks. A real systems leadership fully integrates knowledge from a range of disciplines, including the social sciences and humanities as well as data science. Research shows the importance of developing shared or collective leadership in addressing complex problems like the pandemic and more broadly population health (Denis et al. 2012). The seventh and final component of renewal thus consists of implementation of this type of leadership to render public health organizations more agile and nurture close-knit collaborations among public health professionals, government policy-makers, and the scientific community.

A true system leadership that is committed to improving health also must identify the capacities that are essential for supporting and improving the health of a population. Determining the extent of human resources and the diversity of profiles required to effectively intervene in public health is a priority. Last but not least, in order to maintain the confidence of the population that is so essential for public health impact, citizens must see themselves reflected in public health organizations and share stated public health priorities. In addition, public health leadership must have a clear role and mandate at each level of the health system and be well connected with policy-makers whose key decisions affect the health of the population.

Conclusion

The past four months have provided a stark view of the current public health capacity in Québec. We propose a series of corrective measures to be taken and milestones to be achieved to improve the health of the population. There was a time when Québec public health was a flagship of the health system. It must find its place once again at the forefront with respect to strategies and interventions that promote sustainable health. Public health cannot and should not be thought of or made to be omnipotent, as the health of the population is attributable to actions and policies involving all sectors of the economy and social life. The pandemic clearly showcased the inescapable responsibilities that the State and government must assume with regard to the health of their populations. The “less government” slogan promoted by many for several decades seriously endangers the ideal of sustainable health. In addition, an active State must mobilize actors and

organizations across the spectrum of civil society and different levels of government. We have attempted to identify several ways forward to re-empower public health and thus ensure that it can significantly contribute to population health.

Commentaire invité

Introduction

Depuis quelques mois, jamais nos concitoyens n'ont autant entendu parler de santé publique. Pendant plus de 100 jours, les Québécois ont eu un rendez-vous quotidien avec le Directeur national de santé publique et l'Administratrice en chef de la santé du Canada pour entendre parler de l'évolution de la pandémie de la COVID-19 et des politiques publiques mises en place. Des concepts complexes comme immunité populationnelle, courbe épidémique, éclosion et autres ont fait leur chemin dans le discours populaire. Ils ont aussi pris conscience du rôle des professionnels de la santé publique qui travaillent dans l'ombre afin de mener des enquêtes, compiler des données pour les décideurs et le grand public et qui travaillent à juguler la contagion même si les moyens et ressources à leur disposition sont insuffisants (Touzin et al. 2020). Bien que les comparaisons entre les provinces et à l'international représentent un défi en ce qui concerne l'harmonisation des données et les différences entre les populations, le fait que le Québec ait le plus haut nombre de cas de COVID-19 au Canada et que la propagation de l'infection en CHSLD (centres d'hébergement de soins de longue durée) et chez les travailleuses et travailleurs de la santé soit plus élevée que dans les autres provinces demande une attention particulière. À cette fin, nous avons identifié plusieurs pistes pour redonner du pouvoir à la santé publique au Québec et s'assurer de cette façon qu'elle puisse contribuer de manière significative à la santé de la population. En particulier, nous proposons que même si les réformes doivent continuer d'accroître son travail de protection de la santé, des efforts substantiels sont nécessaires pour y parvenir.

Regarder en arrière pour aller de l'avant : réaffirmation de l'ensemble des fonctions de la santé publique

Quand bien même que les responsables de la santé publique au Québec aient agi rapidement dès le début de la pandémie, le système de santé publique en entier souffrait, et souffre encore, des compressions budgétaires et de leurs baisses drastiques. Par exemple, dans cette revue, Fiset-Laniel et al. (2020) ont estimé qu'entre 2004-2005 et 2017-2018, les taux d'augmentation du budget pour la santé publique étaient constamment autour de 46 % comparativement à 81 % pour les programmes qui fournissent directement des services sociaux et de santé. Ils

soulignent qu'entre 2015 et 2016, les autorités québécoises de santé publique ont connu des coupures de 7,1 % résultant en des réductions dramatiques dans les budgets de santé publique. Ils ont également mis de l'avant que le système de santé publique du Québec reçoit des allocations équivalentes à 2,2 % des dépenses totales de santé contrairement à une moyenne de 5,4 % partout ailleurs au Canada. La scène était placée : la plus grosse pandémie depuis un siècle infectait une population dont le système de santé publique avait récemment été compromis. Lançant l'alerte, la pandémie a furtivement mis en lumière l'un des rôles vitaux joué par le système de santé publique : protéger la santé de la population. Ceci dit, nous croyons que l'erreur serait de circonscrire l'action de santé publique uniquement à son travail de protection et d'éviter de renforcer ses autres fonctions toutes aussi essentielles (Martin-Moreno et al. 2016; Rechel et al. 2018). Renouveler le système de santé publique au Québec va nécessiter des efforts concertés afin de renforcer : *ses systèmes de surveillance* qui recueillent, compilent, analysent et partagent l'ensemble des indicateurs pertinents sur la santé d'une population et ses déterminants de manière continue, *ses systèmes de prévention* qui informent la population et mettent en place les actions qui permettent la réduction de l'exposition aux risques pour la santé, et *ses systèmes de promotion de la santé* qui, avec un ensemble d'acteurs de la société, font en sorte que les individus et les collectivités puissent faire les meilleurs choix pour leur santé et *ses systèmes de soins de première ligne* orientés vers la prévention, l'accessibilité, l'efficacité et l'exhaustivité, incluant les services sociaux et de santé mentale. Considérer la santé publique dans toutes ses fonctions est la première étape et est important pour son devenir, et pour ce faire voici un certain nombre d'éléments à considérer dans notre réflexion collective.

Se doter d'une définition large et englobante de la santé

La pandémie de SARS-CoV-2 a mis en lumière la centralité de la santé dans tous les aspects de la vie sur notre planète et en société. Il faut des individus en bonne santé pour assurer le fonctionnement de la société. Inversement aussi, la santé est le produit de toutes ces autres fonctions de la société, les déterminants de la santé (CSDH 2008). On l'a bien vu, le confinement prolongé qui s'avérait nécessaire a généré des répercussions majeures dans tous les secteurs de la vie, qu'il s'agisse des retards accumulés dans les chirurgies, des dangers encourus par les personnes plus vulnérables, des pénuries annoncées pour certains biens essentiels ou autres. La santé résulte donc de, et influence, un ensemble de facteurs sociaux.

La crise a aussi révélé toute l'ampleur de l'interdépendance entre la santé humaine et l'ensemble de la vie sur notre planète. Qu'il s'agisse des systèmes agroalimentaires largement tributaires de populations animales et végétales saines, des effets thérapeutiques des animaux de compagnie auprès de personnes fragilisées, ou de la diminution

importante de la pollution en milieu urbain pendant la récente période de confinement, la santé des populations humaines doit se concevoir à travers les interactions étroites entre humains, animaux et environnement, comme le démontre la perspective d'une seule santé (Zinsstag et al. 2015). En écho à la vision globale de la santé articulée par les autres (Hancock 2015) qui inclue les facteurs sociaux, économiques, culturels et écosystémiques qui influencent la santé humaine, animale et environnementale, nous pensons que la seconde étape importante pour renouveler le système de santé publique consiste à reconnaître que toutes les cibles d'intervention vont au-delà des systèmes de santé et qu'un système de santé publique efficace requiert des actions et des partenariats intersectoriels coordonnés et collaboratifs. Ayant ceci en tête, nous pouvons maintenant aborder l'opérationnalisation.

Repenser la gouvernance pour accroître l'impact de la santé publique

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 coupures budgétaires (7,1 %) et s'est retrouvée noyée dans des structures inadaptées à prioriser l'action auprès des grands déterminants de la santé (Fiset-Laniel et al. 2020). 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 (Bevir and Waring 2017). 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 (Greer and Lillvis 2014; WHO 2012). Une troisième étape critique consiste à renouveler la gouvernance. Au Québec, cette gouvernance renouvelée pourra influencer quatre instruments clés pour favoriser le développement d'une santé durable : 1) la loi de santé publique, 2) le programme national de santé publique, 3) la politique gouvernementale de prévention en santé et 4) l'Institut national de santé publique du Québec. En d'autres mots, le gouvernement du Québec a déjà un ensemble complet d'instruments politiques et d'institutions pour agir sur les déterminants de la santé. Le défi sera de les rendre efficaces. À savoir, de passer de l'intention politique à l'implantation puis à la mise en œuvre. Dans le but de concrétiser cette action, il faudra avant tout attribuer un budget garanti et suffisamment grand aux organisations et aux équipes de santé publique. Par contre, l'argent ne sera pas suffisant. Certains objectifs concernant la santé de la population peuvent être officiellement adoptés par le gouvernement, mais leur réalisation devra être révisée périodiquement par une agence indépendante qui fera des rapports au parlement. Dans le but

d'atteindre ces objectifs, les organisations et les ressources humaines du système de santé publique doivent être activement engagées à y parvenir ainsi que tenues responsables. Les actions du gouvernement et des autorités régionales de santé publique doivent être dédiées à la réalisation de ces objectifs.

En plus de travailler avec une nouvelle gouvernance du système de santé publique, une autorité régionale de santé publique devra s'appuyer sur de nombreuses interfaces avec les acteurs et organisations de la société civile dont, au premier chef les municipalités, et des différents secteurs de la vie économique. Afin d'être efficace, ces autorités de santé publique vont avoir besoin d'autonomie et de ressources développées dans un cadre de responsabilisation permettant d'entretenir des partenariats productifs. Elle pourra mieux 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 (Ansell and Gash 2008; Corbin et al. 2018).

Renforcer les interfaces entre la santé publique et les soins de première ligne

La pandémie a montré cruellement les limites du système de soins pour contenir la contagion dans les milieux défavorisés et dans les résidences pour personnes âgées. Or, les professionnels de santé publique possèdent les compétences pour soutenir les efforts pour assurer à tous et en particulier aux personnes les plus vulnérables, l'accès à des soins de première ligne de qualité et appropriés (Starfield 2009; Ford-Gilboe et al. 2018). La volonté de mettre en place des soins primaires globaux et ancrés dans les communautés était pourtant bien affirmée lors de la mise en place de notre système public de santé avec la création des CLSC. Malheureusement, les réformes récentes ont eu comme effet de médicaliser la première ligne et de la recentrer sur la prestation de soins à des individus malades. Un quatrième élément du renouvellement de la santé publique renforcerait les liens entre la santé publique et les soins primaires.

En dépit du fait que la création des groupes de médecine familiale ait amélioré l'accès de la population aux services médicaux fournis par les médecins de famille, la situation des individus les plus défavorisés s'est détériorée (Ouimet et al. 2015). De plus, il y a des signes de croissance de la non satisfaction des besoins en matière de santé au sein de la population québécoise (Levesque et al. 2012). Il est nécessaire de redonner la priorité à une approche plus compréhensive et globale des soins primaires au Québec afin de répondre aux besoins plus larges que les services immédiats et à l'iniquité persistante dans l'accès aux soins (Tenbensen et al. 2017).

En lien avec la première ligne, le premier rôle de la santé publique en est un de vigilance pour identifier les besoins et situations de précarité. Elle a aussi un rôle d'orientation et de soutien au développement de services accessibles et performants. Pour assurer le maintien et la santé dans la communauté des personnes en situation précaire, ces services doivent être axés sur la prévention, la prise en charge globale et la mobilisation des ressources communautaires (Valentijn et al. 2013), et se matérialiser dans des structures interprofessionnelles et intersectorielles informées des besoins et circonstances de la population. Les professionnels de santé publique sont bien équipés pour évaluer les résultats de ces structures sur l'équité d'accès et la santé des populations pour les mettre en perspective avec les autres déterminants de la santé (Bardsley et al. 2013; Levesque et al. 2015).

Développer une capacité de recueillir, traiter et analyser en temps réel, toutes les données nécessaires à la gestion de la santé

La crise a mis en évidence le retard inacceptable du Québec concernant le recueil, le traitement et l'analyse des données concernant la santé de la population et ses déterminants. Une santé publique efficace repose sur une capacité d'anticipation des phénomènes, un appareil de surveillance fondé sur le recueil en continu d'indicateurs pertinents et une capacité de gérer et traiter ces données en temps réel et de façon sécuritaire (Nsubuga et al. 2006).

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.

Développer une politique et des systèmes de données adéquats pour les divers mandats de santé publique est la cinquième étape de son renouveau. Il faudra définir, de concert avec la population, des indicateurs de santé à suivre en temps réel et de manière sécuritaire. Ces indicateurs vont également permettre de surveiller l'atteinte des objectifs de santé de la population approuvés par le gouvernement. Ces données devront être accessibles de sorte à produire de manière transparente et vérifiable des scénarios d'évolution de la santé ou des crises qui pourront être confrontés les uns aux autres.

Faire de la santé publique un système innovant et apprenant

Jusqu'à récemment, la santé publique québécoise était reconnue comme des plus innovantes. L'approche sur les déterminants de la santé, l'importance accordée aux inégalités de santé et à la santé dans toutes les politiques sont des domaines dans lesquels l'expertise québécoise était reconnue. Depuis une dizaine d'années, la capacité d'innovation et le leadership de la santé publique se sont grandement érodés. Les restrictions budgétaires et la centralisation administrative ont limité la participation à des réseaux nationaux et internationaux de recherche et de formation et entraîné un repli de la santé publique sur les missions de base que sont la protection et la surveillance.

Dans plusieurs pays, les Écoles de santé publique et les liens qu'elles entretiennent avec la pratique sont des éléments fondamentaux de leur mission (Brownson et al. 2018). La santé publique est très présente dans les universités québécoises. Or, bien que plusieurs collègues de la santé publique jouissent d'un statut universitaire, les projets collaboratifs au sujet de la COVID-19 impliquant la santé publique et les universités étaient rares. Le sixième échelon pour le renouvellement de la santé publique consiste à raviver celle-ci pour qu'elle soit agile et fondée sur les données probantes tout en construisant des passerelles entre la formation, la pratique, et la production des savoirs, et partageant l'expertise et l'expérience en tant que sous-produits d'une collaboration continue.

Un leadership de système

Problème complexe aux multiples facettes et qui a touché directement ou indirectement tous les aspects de la vie en société, la pandémie révèle l'importance d'élargir le leadership de la santé publique au-delà de la profession médicale. Le projet d'une santé durable et globale dépasse largement l'exercice des fonctions de base de la santé publique que sont la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles et des risques environnementaux. Un véritable leadership de système fait une place importante à une diversité de connaissances et d'expertise dont les sciences humaines et sociales et la science des données pour assumer les fonctions de prévention des maladies et de promotion de la santé. La recherche montre l'avantage de recourir à un leadership pluriel ou collectif pour faire face à des problèmes complexes comme celui de la pandémie et plus largement celui d'améliorer la santé de la population (Denis et al. 2012). La septième et dernière étape du renouveau consiste à la mise en place d'un tel leadership afin de rendre agile l'organisation de la santé publique et développer des collaborations étroites entre les intervenants de santé publique, les décideurs gouvernementaux et la communauté scientifique.

Un véritable leadership de système dédié à l'amélioration de la santé commande aussi une réflexion sur les capacités requises pour soutenir et améliorer la santé d'une population. La question des ressources humaines et des profils requis pour intervenir efficacement en matière de santé publique est prioritaire. Enfin, pour lui accorder la confiance nécessaire à son efficacité, la population doit pouvoir se reconnaître dans les organisations de santé publique et partager ses priorités. Il faut ajouter que le leadership en santé publique doit avoir un rôle clair et un mandat à chaque échelon du système de santé ainsi qu'être bien connecté avec les décideurs politiques dont les décisions affectent la santé de la population.

Conclusion

Les quatre derniers mois ont été un révélateur puissant de la capacité actuelle de la santé publique au Québec. Nous proposons une série de correctifs à apporter pour le futur et des exigences à rencontrer pour améliorer la santé de la population. Rappelons que la santé publique au Québec a déjà été l'un des fleurons de notre système de santé. Elle doit retrouver sa place à l'avant plan des stratégies et interventions en faveur d'une santé globale et durable. La santé publique ne pourra et ne doit pas être pensée ou rendue omnipotente, car la santé de la population relève d'actions et politiques concertées impliquant l'ensemble des secteurs de la vie économique et sociale. La pandémie a montré au grand jour les responsabilités incontournables que doit assumer un État et un gouvernement en matière de santé des populations. Le moins d'état, promu par plusieurs depuis des décennies met gravement en danger le projet d'une santé durable. De plus, cet État actif se doit aussi d'agir en mobilisant les acteurs et organisations de l'ensemble de la société civile et des différents niveaux de gouvernement. Nous avons proposé ici des pistes pour donner la capacité nécessaire à la santé publique et nous assurer qu'elle pourra contribuer significativement à la santé de la population.

Acknowledgements/Remerciements We thank the following for contributing to the ideas described in this text/Nous remercions les individus suivants ayant participé à la réflexion qui a mené à ce texte : Thomas Bastien, MSc, Québec Public Health Association/Association pour la santé publique du Québec; Ak'ingabe Guyon, MD, MSc CCFP, FRCPC, School of Public Health, Université de Montréal and Faculty of Medicine, McGill University/École de santé publique, Université de Montréal et Faculté de médecine, Université McGill; David-Martin Milot, MD, MSc, FRCPC, School of Medicine, Université de Sherbrooke/Faculté de médecine, Université de Sherbrooke; Anne-Marie Morel,

Québec Public Health Association/Association pour la santé publique du Québec; Réal Morin, MD, MBA, FRCPC, Institut national de santé publique du Québec; Amélie Quesnel-Vallée, PhD, CRC Policies and Health Inequalities, McGill University/CRC Politiques et inégalités de santé, Université McGill.

Nous remercions Madame Jany St-Cyr, étudiante au baccalauréat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal et agente de recherche au CRCHUM pour la mise en forme du texte en français.

References/Références bibliographiques

- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Bardsley, M., Steventon, A., Smith, J., & Dixon, J. (2013). *Evaluating integrated and community-based care*. London: Nuffield Trust.
- Bevir, M., & Waring, J. (Eds.). (2017). *Decentring health policy: learning from British experiences in healthcare governance*. London: Routledge.
- Brownson, C. C., Fielding, J. E., & 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, 27–53.
- Corbin, J. H., Jones, J., & Barry, M. M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33(1), 4–26.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Denis, J. L., Langley, A., & Sergi, V. (2012). Leadership in the plural. *Academy of Management Annals*, 6(1), 211–283.
- Fiset-Laniel, J., Guyon, A., Perreault, R., & Strumpf, E. (2020). Public health investments: neglect or willful omission? Historical trends in Québec and implications for Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111(3), 383–388.
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., et al. (2018). How equity-oriented health care affects health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 635–671.
- Greer, S. L., & Lillvis, D. F. (2014). Beyond leadership: political strategies for coordination in health policies. *Health Policy*, 116(1), 12–17.
- Hancock, T. (2015). Population health promotion 2.0: An eco-social approach to public health in the Anthropocene. *Canadian Journal of Public Health*, 106, e252–e255.
- Levesque, J. F., Haggerty, J. L., Hogg, W., et al. (2015). Barriers and facilitators for primary care reform in Canada: Results from a deliberative synthesis across five provinces. *Health Policy*, 11(2), 44–57.
- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B., & Prud'homme, A. (2012). Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Family Practice*, 13(1), 66.
- Martin-Moreno, J. M., Harris, M., Jakubowski, E., & Kluge, H. (2016). Defining and assessing public health functions: A global analysis. *Annual Review of Public Health*, 37, 335–355.

- Nsubuga, P., White, M. E., Thacker, S. B., Anderson, M. A., Blount, S. B., Broome, C. V., Chillier, T. M., Espitia, V., Imtiaz, R., Sosin, D., Stroup, D. F., Tauxe, R. V., Vijayaraghavan, M., & Tristle, M. (2006). Public health surveillance: A tool for targeting and monitoring interventions. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Gleason, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (Eds.), *Disease control priorities in developing countries, 2nd edition* (pp. 997–1016). Washington: The World Bank.
- Ouimet, M. J., Pineault, R., Prud'homme, A., Provost, S., Fournier, M., & Levesque, J. F. (2015). The impact of primary healthcare reform on equity of utilization of services in the province of Quebec: A 2003–2010 follow-up. *International Journal for Equity in Health, 14*(1), 139.
- Rechel, B., Jakubowski, E., McKee, M., & Nolte, E. (2018). *Organization and financing of public health services in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Starfield, B. (2009). Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity & Society, 33*(1–2), 56–73.
- Tenbensel, T., Miller, F., Breton, M., Couturier, Y., Morton-Chang, F., Ashton, T., ... & Wodchis, W. (2017). How do policy and institutional settings shape opportunities for community-based primary health care? A comparison of Ontario, Québec and New Zealand. *International Journal of Integrated Care, 17*(2).
- Touzain, C., Gagnon, K., Duchaine, G., Lacoursière, A., Tremblay, M. (2020). Au front les jambes coupées. *La Presse*, 29 mai. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-29/au-front-les-jambes-coupees>.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care, 13*, e010.
- World Health Organization. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., Whittaker, M., & Tanner, M. (2015). *One Health: The theory and practice of integrated health approach*. Wallingford: CABI.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.