

Leçons de santé publique retenues de la pandémie de COVID-19

Médecins de santé publique du Canada (MSPC)
www.phpc-mspc.ca

Janvier 2022

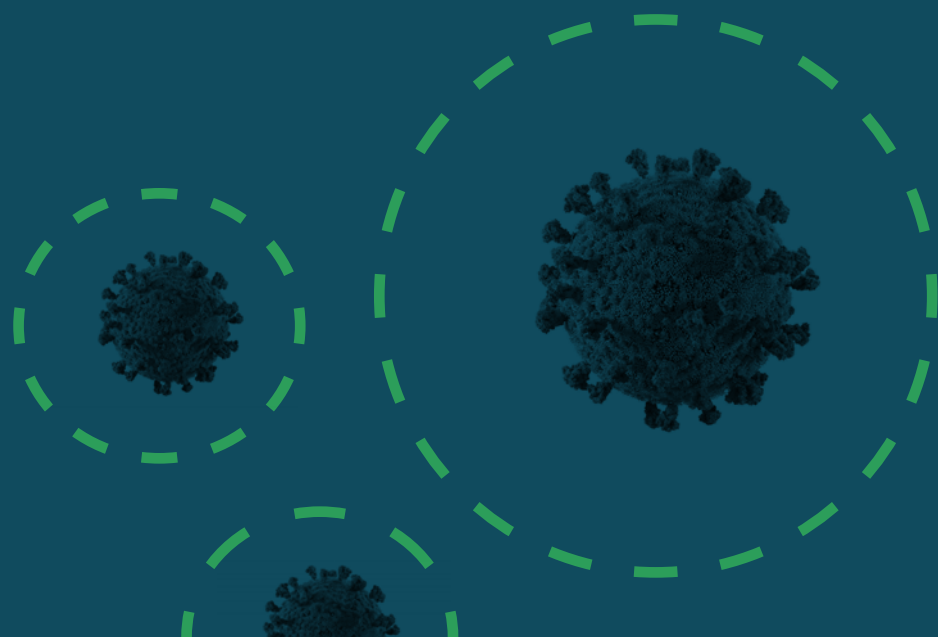
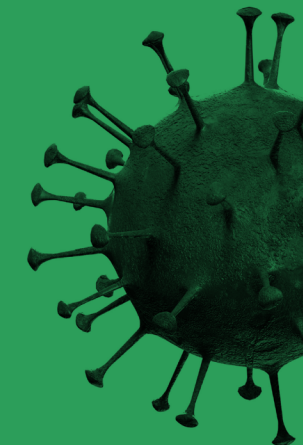
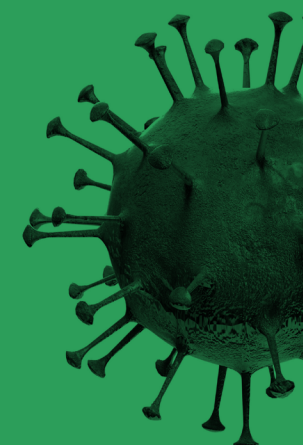
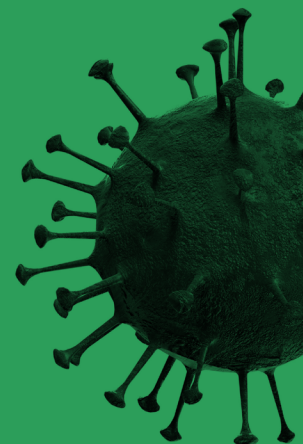
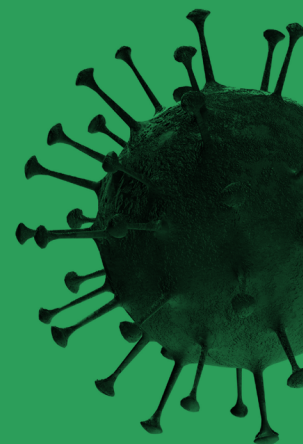


TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS ET AUTEURS DU RAPPORT	3
RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION	8
BUT VISÉ	6
LE RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	10
LEÇONS RETENUES	13
REGARD VERS L'AVENIR	29
CONCLUSION	31
RÉFÉRENCES	33
ANNEXE 1. APPELS ANTÉRIEURS À RENFORCER LES INFRASTRUCTURES DE SANTÉ PUBLIQUE	35
ANNEXE 2. FONCTIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE	41
ANNEXE 3. LIENS VERS D'AUTRES RAPPORTS PERTINENTS ACCESSIBLES AU PUBLIC	43



RENSEIGNEMENTS ET AUTEURS DU RAPPORT

Financement

Les auteurs remercient l'Association médicale canadienne (AMC) pour son soutien financier à la production du présent rapport et pour le rôle joué par son personnel et les membres de son équipe. De plus amples informations sur l'AMC sont disponibles sur www.cma.ca.

Citation suggérée

Médecins de santé publique du Canada (MSPC).
Leçons de santé publique retenues de la pandémie de COVID-19, Ottawa, janvier 2022.
Disponible : www.phpc-mspc.ca

Les Médecins de santé publique du Canada (MSPC)

Les Médecins de santé publique du Canada (MSPC, www.phpc-mspc.ca) sont la société nationale des spécialistes en santé publique et en médecine préventive (SPMP). Porte-parole des médecins de santé publique, ils représentent les intérêts à la fois des spécialistes en SPMP et des autres médecins qui travaillent en santé publique au Canada. Les MSPC ont été créés à l'origine sous le nom de la Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire (SNSMC) et sont devenus les Médecins de santé publique du Canada en 2012. Leurs objectifs sont les suivants (1) :

- Soutenir les médecins de santé publique dans l'exercice de la profession par le réseautage, l'échange de connaissances et le développement professionnel continu.
- Favoriser l'avancement éducatif et scientifique de l'exercice de la médecine de santé publique en tissant des liens avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et d'autres organismes d'enseignement, de recherche et de formation.
- Promouvoir le rôle des spécialistes en SPMP et des autres médecins de santé publique au sein du système de santé canadien.

Publié par les Médecins de santé publique du Canada (MSPC)

Canada

Janvier 2022

Titre : Leçons de santé publique retenues de la pandémie de COVID-19

Format : numérique

Numéro de publication : 978-1-7780587-0-7

Pour en savoir plus, contacter :

Les Médecins de santé publique du Canada

1525, avenue Carling, bureau 404

Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

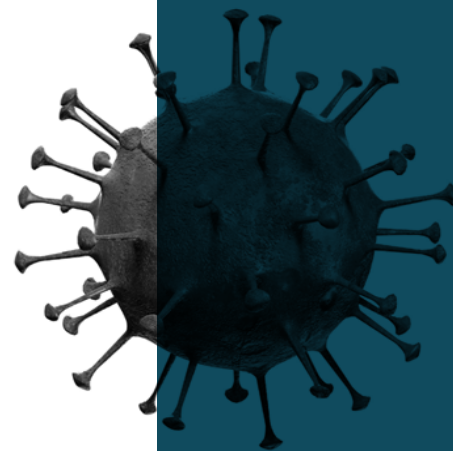
Téléphone : 613-725-3769 x480

Courriel : phpc@cpha.ca

Remerciements

Merci à toutes les personnes qui ont travaillé sur ce rapport, tant au sein des MSPC qu'à l'AMC. Une version provisoire du rapport a été envoyée à tous les médecins de santé publique membres de la Société, et des douzaines ont envoyé des commentaires écrits. Les recommandations planifiées ont aussi été présentées à des gens de l'AMC pour recueillir leurs commentaires et leurs réactions. Le rapport a été rédigé et publié grâce au travail acharné du personnel de première ligne et du personnel d'intervention contre la COVID-19, d'autres partenaires de la santé publique et de tous les citoyens et les citoyennes du Canada qui s'efforcent de respecter les mesures sanitaires.

Avis de non-responsabilité : À utiliser à votre propre discrétion; toutes nos excuses pour les erreurs et omissions.



RÉSUMÉ

Les effets de la COVID-19 (maladie à coronavirus 2019) sont considérables et complexes. Depuis son émergence en 2019, la COVID-19 continue de se propager dans le monde, submergeant les systèmes de santé publique et de soins de santé et entraînant de nombreuses conséquences, dont des effets économiques et sociaux qui se feront sentir pendant des années.

Les médecins de santé publique jouent un grand rôle dans la gestion et l'atténuation des effets de la pandémie. Malgré les difficultés et les inquiétudes face au manque de ressources des systèmes de santé publique du pays, la riposte du Canada à la COVID-19 présente aussi des forces importantes. D'après les décès ajustés selon la population et le taux de vaccination, le Canada a bien réussi à gérer les nombreux éléments de sa riposte. Il y est parvenu en grande partie grâce au dévouement et à la résilience des personnels sanitaires et médicaux, qui ont joué un rôle essentiel dans le soutien de l'intervention dans la durée. Par rapport aux pandémies antérieures, la coordination entre les instances et les ministères s'est aussi améliorée pendant la COVID-19; la prestation et l'itération rapides ont permis de mettre en œuvre des pratiques exemplaires évolutives en temps réel. Le recours systématique à la science a contribué à créer et à garantir une stratégie éclairée par les données probantes.

Le présent rapport a été préparé du point de vue des médecins de santé publique. La santé publique est axée sur la prévention des maladies, la réduction des iniquités et l'amélioration de la qualité de vie globale de communautés entières. Elle fait appel aux données, aux preuves, à l'intéressement du public, à la recherche, à la sensibilisation et plus pour éclairer les politiques sanitaires, élaborer des programmes et réagir aux urgences telles que la pandémie de COVID 19. Les médecins de santé publique sont les spécialistes de l'intégration des

considérations médicales et sociétales plus larges dans les pratiques en santé publique. Après la faculté de médecine, les hommes et les femmes qui décident de faire carrière en santé publique et en médecine préventive (SPMP) doivent faire cinq autres années de résidence comprenant une formation clinique et en milieu hospitalier, des cours en sciences de la santé publique et l'acquisition d'une expérience clinique dans des milieux de santé publique. Une fois agréés, ces médecins spécialistes travaillent en santé publique dans divers milieux gouvernementaux et non gouvernementaux. Ils et elles utilisent leur formation médicale à d'autres fins que de nombreux autres médecins, car la plupart travaillent dans les coulisses et n'ont que des contacts limités avec les patients des cliniques et des hôpitaux. Cette vision des soins donnés par les médecins en SPMP complète et appuie la prestation des soins primaires et actifs pour un système de santé global.

La pandémie a accru l'intérêt envers les systèmes de santé publique et la connaissance de ces systèmes, mais les compétences et la portée de la santé publique incluent beaucoup plus que la lutte contre les maladies transmissibles et les éclosions. En raison d'un manque de financement historique, la communauté de la santé publique n'a pu se concentrer sur la pandémie, au cours des deux dernières années, qu'aux dépens d'autres activités de santé publique de base. Ces activités comprennent les programmes qui ciblent ce qu'on appelle les déterminants écologiques et sociaux de la santé : les

facteurs non médicaux — y compris les systèmes sociaux, économiques et politiques — qui influent sur la santé et le bien-être.

La pandémie continue de mettre en évidence les effets des iniquités sur la santé et les lacunes des systèmes sanitaires, gouvernementaux et sociaux existants lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins des peuples autochtones et des communautés marginalisées. Un travail considérable et des ressources suffisantes doivent être consacrés à améliorer l'équité des résultats cliniques. Nous encourageons l'amplification des rapports et des articles écrits par des personnes autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) sur les effets de la pandémie de COVID-19 et sur la riposte à la pandémie afin de comprendre quelles sont les meilleures mesures à prendre pour favoriser la santé et l'autonomie des communautés autochtones (voir les exemples à l'annexe 3).

Pour améliorer les effets des mesures de santé publique et des résultats cliniques au Canada, le présent rapport contient des recommandations détaillées pour reconstruire, doter en ressources et repenser nos systèmes de santé publique. Les voic



Financer : Accroître le financement et les ressources des équipes et des organismes de santé publique.



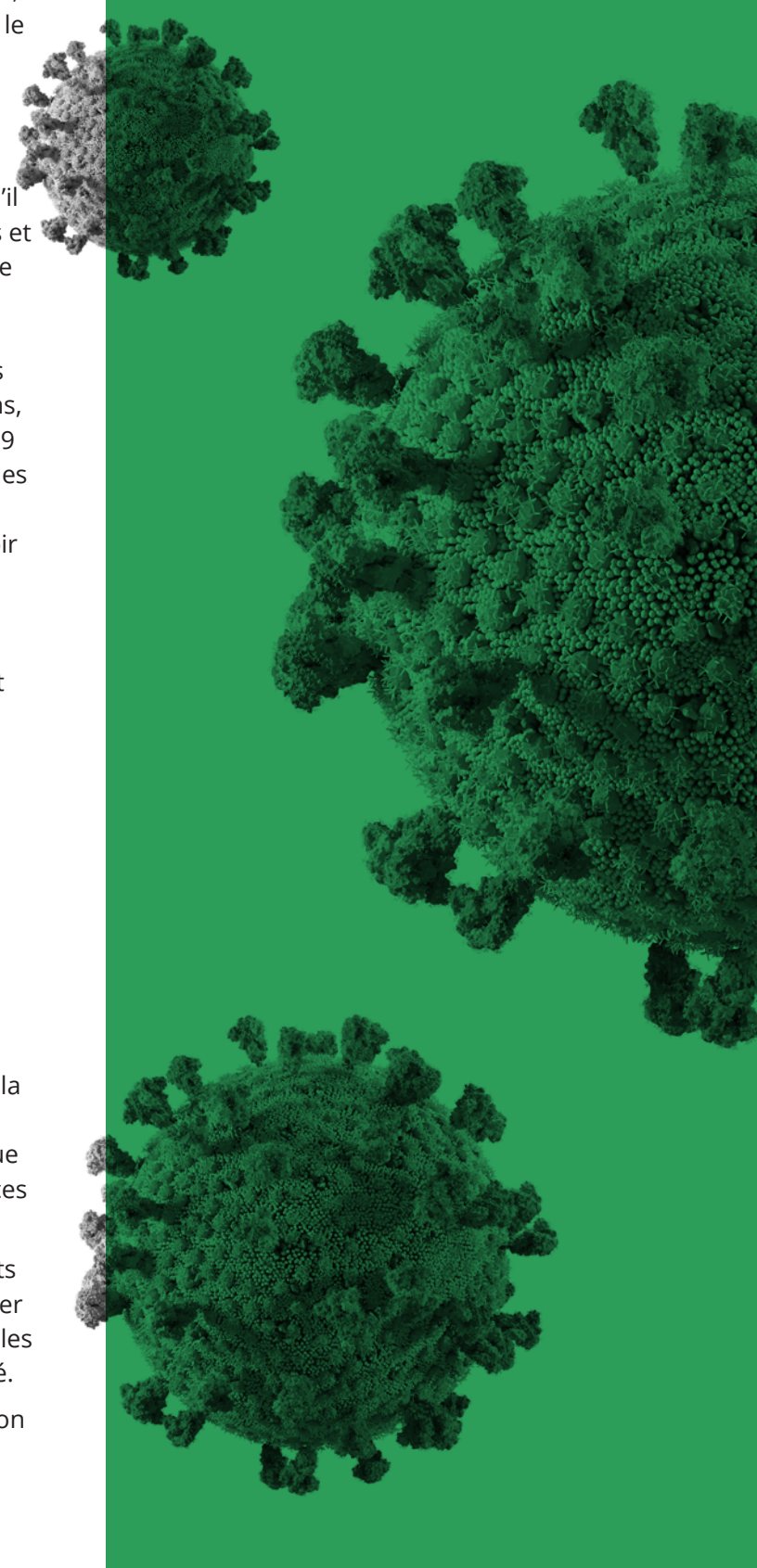
Définir : Mieux expliquer le rôle des médecins de santé publique ainsi que les pratiques et la prestation des services de santé publique. Les malentendus au sujet de la portée de la santé publique nuisent à la riposte à la COVID-19. Cela comprend les compétences attribuées à tort à des médecins non spécialisés en santé publique et les actions de revendication malavisées de ces médecins.



Gérer : Accorder la priorité aux investissements durables et aux effectifs. Reconnaître et aborder l'épuisement professionnel considérable dans les équipes de santé publique et de soins de santé.



Contrôler : Élaborer des systèmes d'information sur la santé publique et y investir.





Décider : Améliorer la mobilisation communautaire et y accorder la priorité. Clarifier les distinctions entre les compétences en santé publique et les conseils et décisions politiques, dans la mesure du possible.



Prévenir et promouvoir : Maintenir l'accent sur l'importance de la promotion de la santé et de la prévention, parallèlement aux traitements.



Communiquer : Moderniser la formation et les stratégies en matière de communications et s'assurer de distinguer clairement les compétences en santé publique et dans les soins de santé.



Étudier : Investir dans la recherche pratique, actuelle, éclairée par les besoins de la prestation des services de santé publique.



Réformer : Collaborer avec les communautés pour aborder la discrimination systémique dans les soins de santé et la santé publique, y compris en ce qui a trait à la santé autochtone, avec un financement spécifique.

Nous sommes aussi en faveur de retourner aux recommandations des rapports antérieurs (nous en donnons une liste à l'annexe 1) et d'appliquer celles qui ne l'ont pas été, ou seulement en partie.

Il faut activement rechercher des ressources, de la formation et du financement suffisants en santé publique pour continuer d'appuyer la santé de toutes les personnes qui vivent au Canada aujourd'hui et qui y vivront demain. Avec les défis sanitaires croisés associés à la disparité des revenus, à l'insécurité alimentaire, aux changements climatiques et à d'autres dossiers d'actualité, il est urgent d'affecter plus de ressources à la santé publique.

Les recommandations du présent rapport couvrent un vaste éventail de questions. L'un des thèmes récurrents est le besoin d'accorder la priorité aux points de vue des gens de terrain qui travaillent à la

prestation des services de santé publique locaux et régionaux au Canada — et de faire en sorte que les systèmes (technologiques, de données, de recherche, de dotation en ressources financières et humaines, etc.) les appuient, eux et leur travail. Il y a souvent des cycles d'investissement et de désinvestissement en santé publique, mais un appui soutenu à nos systèmes est essentiel, et pas seulement en temps de crise.

Nous espérons que les recommandations de ce rapport contribueront à améliorer la santé publique tout en réduisant les iniquités entre les communautés et les différentes régions du pays — et l'une ne va pas sans l'autre.

INTRODUCTION

Causée par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est apparue en 2019 et continue de se propager sur la planète. Plus de 400 millions de cas et cinq millions de décès avaient été déclarés dans le monde en ce début de 2022, et il est estimé que le nombre réel de morts est à peu près trois fois plus élevé (2,3). Au début de 2022, le Canada a déclaré plus de trois millions de cas et plus de 35 000 décès (4). Plus de 84 % de la population canadienne totale a reçu au moins une dose de vaccin, dont plus de 97 % des personnes de 70 ans et plus (5). Les pays du monde ont appliqué des mesures visant les soins de santé, la santé publique et l'ensemble de la société dans le but de faire diminuer les cas de maladie grave et les décès tout en réduisant autant que possible les répercussions sociétales néfastes de la pandémie et des mesures d'intervention. Ces effets sont complexes, avec de nombreuses conséquences économiques et sociales qui continueront de se faire sentir pendant de nombreuses années.

Les recommandations du présent rapport ont été élaborées à partir de ce que les Médecins de santé publique du Canada (MSPC) ont entendu dire par leurs collègues et leurs membres depuis le début de la pandémie, et à la lumière des rapports et des recommandations antérieurs. Au moment d'écrire ces lignes, les praticiens et les médecins de santé publique du Canada restent déterminés à gérer la pandémie tout en faisant face à des variants plus transmissibles. Il a été décidé de publier le rapport en ce moment pour saisir les leçons retenues jusqu'à maintenant, sachant que la riposte se poursuit. Le rapport donne des indications pour investir stratégiquement en prévision du deuxième anniversaire du début de la pandémie. Il offre aussi l'occasion de dresser la liste des recommandations de rapports antérieurs qui n'ont toujours pas été appliquées, et de les réitérer.

Au Canada, la pandémie de COVID-19 qui perdure démontre l'engagement et l'adaptabilité des systèmes de santé publique et de soins de santé (tant les soins primaires qu'actifs) et de leur main-d'œuvre. Elle met aussi en évidence les difficultés et les faiblesses systémiques du système de santé qui ont des incidences négatives sur la santé des gens. Pour les besoins du présent rapport, le « système de santé » désigne à la fois les soins de santé et la santé publique. Il comporte des éléments locaux/régionaux, provinciaux/territoriaux et fédéraux (pancanadiens) à l'échelle des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Nous reconnaissons que dans certaines parties du pays, la santé publique est municipale.

Les recommandations du présent rapport portent sur la reconstruction, la dotation en ressources et la réinvention de nos systèmes de santé publique partout au Canada. Elles abordent de nombreux aspects, tous axés en priorité sur les expériences et les besoins des prestataires de services de santé publique locaux et régionaux de première ligne; ces expériences et ces besoins soulignent le rôle essentiel que jouent les systèmes, y compris les systèmes financiers et technologiques, pour soutenir les efforts à déployer.

BUT VISÉ

Le rapport s'adresse aux principaux responsables des décisions et des politiques de santé, à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement, qui travaillent principalement à l'extérieur de la santé publique. Nous espérons aussi qu'il aidera les acteurs du système de santé publique à communiquer des messages sur les recommandations et systèmes de la santé publique.

La riposte à la pandémie a compris des interventions axées sur la santé publique et sur les soins de santé et des interventions pangouvernementales. Le rapport se concentre sur les idées en lien avec le système de santé publique et sur les recommandations en lien avec les services et les fonctions de base de la santé publique. Il comprend les recommandations de spécialistes de la santé publique pour améliorer le système et favoriser la santé des personnes vivant au Canada. Maintenant que nous avons presque deux ans d'expérience de première main à gérer cette crise et plusieurs dizaines d'années de pratique et de savoir-faire en santé publique (notamment en gestion de la lutte contre les maladies transmissibles avant la pandémie, en programmes de prévention en général et en gestion des urgences), il faut donner suite à ces recommandations.

Le rapport n'explore pas en profondeur les autres aspects de la riposte des soins de santé (p. ex. les traitements, y compris les soins intensifs et les médicaments), ni les mesures pangouvernementales (p. ex. les fermetures d'entreprises et l'aide financière). On sait que la santé publique joue un grand rôle en conseillant et en appliquant des mesures sanitaires; elle travaille en étroite collaboration avec d'autres à cet égard. Malheureusement, un examen détaillé de ces mesures et de leurs conséquences n'entrerait pas dans le cadre du présent rapport. Une liste non exhaustive d'autres ressources, dont certaines sont pertinentes pour ces mesures, se trouve à l'[annexe 3](#).

Le rapport ne présente pas non plus en détail le travail exceptionnel et constant des équipes et des systèmes de laboratoire du Canada qui ont assuré le dépistage de la COVID-19 durant la pandémie.

Il clarifie la portée et la signification des services de santé publique. De nombreux problèmes de perception par le public de la gestion et des décisions organisationnelles durant la pandémie découlent de malentendus au sujet des aspects que la santé publique dirige ou auxquels elle est associée, et de ceux qui dépassent sa portée.

Nous reconnaissons que la pandémie et sa riposte durent encore. Il y aura d'autres rapports et leçons à retenir. Nous remercions les personnes qui ont travaillé à la riposte tout en maintenant les autres services de soins de santé et de santé publique en activité.

LE RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les systèmes et les médecins de santé publique jouent un rôle indispensable dans la riposte à la pandémie. Les praticiennes et les praticiens de la santé publique travaillent ensemble à appliquer et à adapter les conseils sanitaires en fonction des données probantes et de pratiques exemplaires en constante évolution.

La santé publique, comme dans la définition de Wilson de 1920 adaptée par Acheson en 1988, est « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé par des efforts organisés déployés par la société » (6,7). Le travail des systèmes et des organismes de santé publique locaux, régionaux, provinciaux/territoriaux et nationaux au Canada peut être considéré dans le contexte des six fonctions de base de la santé publique : l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de la santé, la protection de la santé, la prévention des maladies et des blessures et les mesures et interventions d'urgence. Ces fonctions sont décrites dans plusieurs documents, dont le « Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé »; nous les avons illustrées par des exemples tirés de la COVID-19 à l'[annexe 2](#).

Dans le contexte de la COVID-19, le but de tout processus décisionnel est de réduire autant que possible les cas de maladie grave et les décès dus au virus tout en réduisant les répercussions plus vastes de la pandémie et des mesures d'intervention sur la société. Les spécialistes de la santé publique ont dirigé le travail d'épidémiologie, de prise en charge des cas et des contacts sur le terrain, de gestion des grappes et des éclosions, et d'isolement et de mise à l'essai des recommandations, ainsi que des mesures non pharmaceutiques comme la distanciation, le déploiement des vaccins ou les communications. Ces spécialistes ont travaillé avec et dans les écoles, les entreprises, les établissements de soins de santé et de soins de longue durée, les foyers et beaucoup d'autres milieux.

En tant que spécialistes médicaux de la science de la santé publique, les médecins de santé publique examinent, planifient, mettent en œuvre et évaluent des interventions complexes en santé des populations au gouvernement et dans d'autres secteurs. Durant la COVID-19, leurs compétences cliniques ont été appliquées à grande échelle – par exemple, pour la gestion et l'interprétation des tests de dépistage de la COVID-19 et la collaboration avec les microbiologistes médicaux et les équipes de laboratoire. Leur rôle a aussi été de cerner et d'atténuer les conséquences inattendues associées aux interventions non pharmaceutiques comme la distanciation sociale. De plus, leur rôle a compris la prise de décisions ou l'offre de conseils aux politiciens sur les décisions à prendre, selon le contexte, pour des mesures comme les déplacements et les fermetures d'écoles et d'entreprises. Beaucoup ont travaillé à la coordination du plus grand déploiement de vaccins de toute l'histoire du Canada.

SIX FONCTIONS DE BASE DE LA SANTÉ PUBLIQUE :

- l'évaluation de la santé de la population
- la surveillance de la santé
- la protection de la santé
- la prévention des maladies et des blessures et les mesures et interventions d'urgence

Ces mesures de santé publique font partie de celles qui ont empêché des personnes d'être hospitalisées et des milliers d'autres d'encombrer les cabinets de soins primaires (p. ex. avec de l'appui et des conseils pour s'isoler à la maison). Elles ont favorisé la santé et contribué à réduire les iniquités tout en allégeant le fardeau de nos systèmes de soins de santé.

Les équipes qui fournissent de tels services sont principalement composées de médecins de santé publique (comme les médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive [SPMP]), d'infirmières et d'infirmiers de santé publique, d'inspecteurs et d'inspectrices en santé publique et d'agentes et d'agents d'hygiène du milieu, d'épidémiologistes, d'administrateurs et d'administratrices et d'autres, comme des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales. Ce savoir-faire est très différent de celui des personnes qui travaillent en milieu clinique et hospitalier, comme les médecins de premier recours, les spécialistes des maladies infectieuses ou les spécialistes en médecine de soins intensifs, qui ont fait une résidence en milieu clinique ou hospitalier et non dans des organismes de santé publique.

Après la faculté de médecine, les hommes et les femmes qui décident de faire carrière en SPMP doivent faire cinq autres années de résidence comprenant une formation en clinique et en milieu hospitalier, des cours de sciences de la santé publique et l'acquisition d'une expérience clinique dans des milieux de santé publique. Une fois agréés, ces médecins spécialistes travaillent en santé publique dans divers milieux gouvernementaux et non gouvernementaux. Les médecins de santé publique se concentrent sur les compétences nécessaires pour prendre des décisions sanitaires qui tiennent compte d'un éventail de facteurs à l'échelle de la population, dont la santé environnementale, la santé mentale et d'autres, comme les pandémies. À cette fin, elles et ils collaborent étroitement avec le monde de la recherche au Canada, le monde des soins de santé (p. ex. les équipes d'intervention en salle d'urgence, les équipes de soins intensifs et les médecins spécialistes

des maladies infectieuses en milieu hospitalier), les organisations non gouvernementales (ONG), d'autres organisations citoyennes et les gouvernements élus à l'échelle municipale, provinciale-territoriale et fédérale. Beaucoup disent être responsables, au sein de la santé publique, de collaborer à la prise de décisions associatives, bureaucratiques et politiques et d'appuyer ces décisions. Pour mieux comprendre la portée de ces rôles et d'autres, les compétences essentielles (8) et les objectifs de la formation spécialisée (9) en SPMP sont des ressources utiles.

« La formation de résident en santé publique et médecine préventive pour les médecins est très différente des autres programmes spécialisés, où la majeure partie de la formation est donnée en milieu clinique et hospitalier. Cette formation inclut les fondements de la surveillance, de l'évaluation de la santé de la population, de la promotion de la santé, des mesures et interventions d'urgence et de la prévention des maladies dans un éventail d'organismes de santé publique. Cette expérience me permet de prendre des décisions sanitaires névralgiques qui tiennent compte d'un éventail de facteurs dans une perspective populationnelle. Nous pouvons mettre ces compétences en pratique pour améliorer la santé dans de nombreux domaines, dont la santé environnementale, la santé mentale et d'autres, y compris la pandémie actuelle de COVID 19. »

Même si la pandémie a braqué les projecteurs sur les systèmes de santé publique, il faut dire que les compétences et la portée de la santé publique sont beaucoup plus vastes que le simple contrôle des maladies transmissibles et des éclosons. La santé publique vise à prévenir les maladies et à améliorer la qualité de vie générale de communautés entières, ainsi qu'à réduire les iniquités. Elle tient compte d'un large éventail de sources de données quantitatives et qualitatives pour éclairer les politiques sanitaires, élaborer des programmes et riposter aux urgences comme la pandémie de COVID-19. Cette vision globale des soins complète et appuie la prestation des soins actifs et primaires. Il est important d'aborder les idées fausses qui circulent. La santé publique n'est

pas seulement orientée vers le plaidoyer, et elle ne concerne pas principalement le régime public de soins de santé, ni les services de santé personnels ou individualisés.

La pandémie met en évidence les répercussions des iniquités existantes sur la santé et le bien-être et l'importance des déterminants sociaux de la santé. En plus du tribut payé par les personnes âgées dans les foyers de soins à court de ressources humaines et financières, les données montrent que les personnes au Canada qui occupent certains types d'emplois ou qui vivent dans des quartiers à faible revenu et des quartiers qui comptent davantage de personnes appartenant à une minorité visible ou ayant récemment immigré au Canada sont plus vulnérables au virus du SRAS-CoV-2 et sont plus lourdement touchées par les mesures pour en contrôler la propagation (10). La gestion de l'évolution de la pandémie de COVID-19 en une situation endémique est une priorité à l'heure actuelle, mais les effets de la pandémie continueront de se faire sentir pendant plusieurs années. Dans le système de santé, il est important d'aborder les retards accumulés dans les services à la fois du point de vue de la santé publique et de celui des soins de santé (11).

LEÇONS RETENUES

CE QUI FONCTIONNE BIEN

Malgré les difficultés et les préoccupations liées au manque de ressources des systèmes de santé publique du pays, il y a eu des forces importantes dans la riposte du Canada à la COVID 19. Sur le plan des décès (rajustés selon la taille de la population) et des taux de vaccination, le Canada s'est imposé comme un chef de file mondial pour de nombreux éléments de son intervention.

have been at the forefront of strategic decision-making. This includes, but is not limited to, the use of epidemiologic analysis to understand risks and patterns of spread, modelling analysis (and public sharing of modelling) to help support public health planning, and rapid incorporation of new studies and evidence.



Le dévouement et la résilience des personnels sanitaires et médicaux ont été essentiels au soutien de l'intervention

dans la durée. De vague en variant, jour après jour, les équipes de tout le pays ont répondu « présent » quand il a fallu trouver des pratiques exemplaires, sensibiliser, pivoter et coordonner la riposte à la pandémie. Les équipes de santé publique ont géré de grands groupes d'employés que l'on a fait venir d'autres parties du système de santé et de l'extérieur, avec tous les défis que cela a impliqué sur le plan des ressources humaines et de la gestion. De nombreuses personnes ont travaillé les soirs et les fins de semaine, loin de leurs familles, ont changé d'emploi du jour au lendemain et ont dû s'adapter aux changements constants, souvent aux dépens de leur propre bien-être. Ces efforts ont été impressionnants et essentiels, mais ils ont eu des répercussions néfastes que nous aborderons plus loin dans les recommandations.



La coordination entre les instances et les ministères s'est améliorée durant la COVID-19 par rapport aux pandémies

précédentes. Les équipes de santé publique rapportent que bien qu'il reste encore d'importants aspects à améliorer, le partage des informations et des ressources et les approches de coordination stratégique des programmes ont contribué à renforcer l'intervention. Par exemple, la priorisation des vaccins à l'échelle nationale, y compris dans les endroits éloignés et les communautés autochtones, est considérée comme une force qu'il faudrait intégrer dans les plans de préparation aux pandémies futures. Les réunions fréquentes du Comité consultatif spécial (CCS), du Comité consultatif technique (CCT)¹, des sous-ministres, des ministres et autres ont contribué à cette harmonisation. Les équipes de santé publique ont aussi indiqué avoir pris appui sur leurs collaborations existantes et en avoir créé de nouvelles avec d'autres secteurs, comme l'éducation et la justice.



Les organismes de santé publique offrent des avantages.

L'existence d'organismes de santé publique fédéraux et provinciaux comme l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé publique Ontario (SPO), le B.C. Centre for Disease Control (BCCDC) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a rationalisé les compétences, les communications et les stratégies d'intervention. Il importe de signaler que l'efficacité de ces organismes dépend du soutien qu'ils reçoivent. L'accès aux services qu'ils offrent varie beaucoup d'un endroit à l'autre du pays, par exemple selon l'emplacement géographique.



L'exécution et l'itération rapides ont permis d'appliquer de nouvelles pratiques exemplaires en temps réel.

Des processus décisionnels efficaces et l'intégration des données probantes ont rendu l'intervention plus souple et plus

¹De plus amples informations sur ces comités sont disponibles sur : <http://www.phn-rsp.ca/sac-covid-ccs/index-fra.php>.

fructueuse. Les constatations les meilleures et les plus récentes ont été utilisées pour adapter les lignes directrices et améliorer les résultats cliniques. L'excellent travail des équipes de laboratoire pour mettre au point des tests très rapidement et les adapter à l'évolution constante des données probantes et de la technologie, à des volumes aussi élevés, en offre un bon exemple.



Le recours systématique à la science a contribué à façonner une stratégie éclairée par les données probantes. La science et les données, dont les pratiques exemplaires, les preuves et les compétences des spécialistes en santé publique, ont été au premier plan de la prise de décisions stratégiques. Cela comprend, entre autres, l'utilisation de l'analyse épidémiologique pour comprendre les risques et les schémas de propagation, de l'analyse de modélisation (et du partage public de la modélisation) pour appuyer la planification en santé publique et de l'intégration rapide des nouvelles études et des nouvelles preuves.

RECOMMANDATIONS D'AMÉLIORATIONS

Sous d'autres aspects, la riposte à la pandémie au Canada a présenté des lacunes identifiables, des omissions et des difficultés. Le manque de capacité et de ressources des systèmes de santé publique ont rendu ceux-ci moins aptes à réagir efficacement et rapidement dans bien des cas. Beaucoup de fonctions importantes de la santé publique, comme les activités de promotion de la santé ou les améliorations aux systèmes de données sur les maladies non transmissibles, ont été reportées, les ressources nécessaires ayant été réaffectées. La rapidité et la cohérence de la saisie, du collationnement, de l'analyse et du partage des données en ont souvent pâti. Beaucoup d'autres problèmes de santé publique connus se sont manifestés, bien qu'ils aient été mentionnés dans les rapports publiés à la suite, par exemple, du SRAS, de Walkerton et de la grippe H1N1. L'annexe 1 donne des exemples de certaines des recommandations de ces rapports.

Les neuf recommandations ci-dessous portent sur la dotation en ressources, la reconstruction et l'innovation en santé publique. Elles définissent les domaines où investir en priorité et couvrent un vaste éventail de problèmes dans le secteur. Chacune traite d'un problème distinct, mais toutes nous invitent à appuyer et à prioriser les points de vue des prestataires de services de santé publique locaux et régionaux sur le terrain. Ces recommandations devraient être appliquées dès que possible pour assurer la pertinence et l'efficacité de la gestion continue de la COVID-19. Il est important aussi de pouvoir nous y référer quand nous offrons les services de base en santé publique et quand nous nous préparons pour les événements sanitaires à venir. Cela signifie revenir à un niveau de ressources et de services égal ou supérieur à ce qu'il était avant la pandémie. La COVID-19 montre qu'il importe de rester vigilant en matière de santé publique. Il faudra donc des ressources supplémentaires, y compris du financement spécifique — comme de nombreux organismes le réclament — pour appliquer ces recommandations.

Bon nombre de ces recommandations apportent un complément à la stratégie Retombées 2040 de l'Association médicale canadienne (AMC), qui adopte un horizon sur 20 ans et souligne l'importance d'un processus réactif. Cette stratégie est axée sur un changement de la culture médicale, des structures du système de santé et des mesures de soutien aux personnels de santé. La promulgation d'une conception commune de la démarche de la santé publique peut contribuer à l'intégration de la santé des populations dans les autres structures des soins de santé.



FINANCER : Accroître le financement et les ressources des équipes et des organismes de santé publique

Des fonds sont nécessaires d'urgence pour les effectifs, les budgets et les capacités de la santé publique. La pandémie a exercé une pression supplémentaire sur un système qui était déjà engorgé et sous-financé. Le dévouement du personnel a permis de garder l'intervention en mouvement, mais la riposte à la pandémie s'est faite aux dépens des autres domaines d'activité de base de la santé publique : les vaccins de l'enfance, l'usage de substances, le travail sur la petite enfance, la santé sexuelle et plus encore. Ces compromis auront des répercussions à moyen et long terme et entraîneront un jour des coûts continus pour la santé des personnes vivant au Canada.

Il manque d'informations exhaustives, périodiquement actualisées et transparentes sur le financement des systèmes de santé publique au Canada. Les informations disponibles, comme celles de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), combinent le financement des services de santé publique avec celui des services de soins de santé individualisés et de soins personnels. Il y a des cycles pendant lesquels le financement de la santé publique augmente, comme après une crise, après quoi il subit une série de compressions. De temps à autre, le financement des soins de santé est accru, tandis que les systèmes de santé publique font face à des compressions. La santé publique a parfois du mal à

démontrer la valeur de ses services, surtout quand ils préviennent l'occurrence de mauvais résultats. Nous nous faisons l'écho des appels lancés par d'autres à des estimations plus précises du financement, des ressources et des investissements nécessaires.

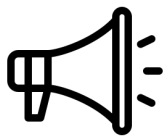
Étapes suivantes :

- Clarifier les sommes dépensées pour les systèmes de santé publique au Canada, séparément des services de soins de santé individualisés et de soins personnels.
- Appuyer un solide programme de recherche centré sur les systèmes de santé publique.
- Continuer d'élaborer des pratiques exemplaires pour évaluer et faire connaître l'efficacité des mesures d'intervention en santé publique et les structures des systèmes de santé publique.
- Consulter les autres rapports et recommandations passés et à paraître sur le financement des systèmes de santé publique pour doter convenablement en ressources les grandes infrastructures en santé publique.



Il manque d'informations exhaustives, périodiquement actualisées et transparentes sur le financement des systèmes de santé publique au Canada.

2



DÉFINIR : Mieux expliquer le rôle des médecins de santé publique ainsi que les pratiques et la prestation des services de santé publique.

Les malentendus au sujet du rôle de la santé publique ont nui à la riposte. Les équipes de santé publique connaissent clairement leur périmètre d'action, leurs rôles et leurs responsabilités, mais il y a de nombreux malentendus chez les personnes du public, les politiciens et nos collègues du système de soins de santé sur ce que les services de santé publique englobent.

Il ne faut pas confondre la santé publique et les soins de santé. Les gens de la santé publique peuvent conseiller les politiciens et les acteurs du gouvernement et exercer une grande influence sur les décisions stratégiques, mais il doit aussi y avoir une certaine séparation d'avec la sphère politique. La compétence en matière de santé publique à chaque palier – local, régional, provincial-territorial et fédéral – est assortie de responsabilités particulières. La gestion des éclosions, par exemple, est plus souvent du ressort des instances locales et régionales, les données des tableaux de bord sur la COVID-19 sont administrées au palier provincial ou territorial, et l'approbation réglementaire des vaccins est une fonction nationale. Ces responsabilités sont généralement mieux adaptées au contexte de la communauté, surtout aux paliers local et régional.

L'accent plus dominant mis par les soins de santé sur l'excellence des soins primaires et des soins actifs est important, mais il est différent de celui des services de santé publique, qui cherchent principalement à joindre les gens dans leurs milieux de vie, de travail, d'apprentissage et de loisirs. Nous pouvons faire

mieux, en santé publique, pour expliquer notre travail et notre rôle, mais nous demandons aux autres de reconnaître et d'accepter la compétence du système de santé publique lorsqu'il s'agit de la santé des populations, tout comme nous acceptons la compétence des soins de santé lorsqu'il s'agit d'un patient particulier. Les représentants des médecins de santé publique nous ont clairement dit que l'une des grandes difficultés de leur travail, et de la riposte à la COVID-19, était le manque de reconnaissance de l'expérience de la santé publique de la part des autres médecins généralistes et spécialistes qui ne travaillent pas à plein temps dans les systèmes de santé publique.

« Je ne ferais jamais un projet ou une maîtrise sur les délais d'attente en chirurgie orthopédique pour ensuite entrer dans une salle d'opération et dire : "Je suis prête à remplacer cette hanche". Pourtant il se produit souvent des situations semblables chez nous, dans la pratique en santé publique — un autre médecin peut émettre publiquement des recommandations différentes sur la gestion des éclosions communautaires ou sur les approches en milieu scolaire, en les présentant comme l'avis des experts médicaux en santé publique. Les compétences acquises en milieu clinique et hospitalier sont très différentes de celles qui sont acquises en milieu communautaire, et nous croyons que cette façon de faire a parfois miné la riposte à la pandémie. Nos parcours de formation nous donnent différents types de compétences. Les médecins qui ont principalement une formation et de l'expérience en traitement des patients dans des milieux de soins individualisés n'ont pas les mêmes types de compétences en santé des populations ou en services de santé publique. Nous avons tous un rôle à jouer et nous pouvons nous associer pour améliorer la santé conformément à notre champ d'action particulier. »

Par exemple, les systèmes de santé publique sont chargés des décisions particulières sur la prise en charge d'un cas positif connu de COVID-19 et ses contacts. Ici, ce sont les équipes de santé publique qui prennent les décisions sur la recherche des contacts, le suivi et les recommandations. Réciproquement, pour les décisions gouvernementales sur les fermetures des frontières ou des aéroports, les équipes de santé publique peuvent donner des conseils techniques et des informations fondés sur les preuves disponibles, mais au final, la décision d'intervenir dans ces scénarios est prise par les dirigeants politiques et les chefs du gouvernement. Les solutions à cette dynamique ne sont pas toujours évidentes, et elles nécessitent une collaboration considérable, mais il y a des rôles et des fonctions distincts à reconnaître.

Étapes suivantes :

- S'assurer qu'il y a des mécanismes pour accorder la priorité à la rétroaction et à l'apport des praticiens locaux et régionaux de la santé publique dans les systèmes décisionnels provinciaux/territoriaux et nationaux.
- En ce qui concerne les rôles des médecins de santé publique :
 - Financer adéquatement les postes de médecins spécialistes en santé publique selon les besoins dans chaque instance.
 - Continuer d'améliorer la formation des médecins spécialistes en santé publique et faire en sorte d'avoir suffisamment de postes de résidence et de formation pour répondre aux besoins du système.
 - S'assurer que le titre de médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive (SPMP) est exclusif, avec des compétences définies et le respect du cadre de ses fonctions.
 - Accorder la priorité à l'embauche de médecins spécialistes en santé publique pour pourvoir les postes de médecins de santé publique et de directeurs de la santé publique/médecins hygiénistes.
- S'assurer d'avoir suffisamment de médecins spécialistes en santé publique de garde à l'échelle du pays.
- S'assurer d'offrir des occasions de formation et de placement dans le Nord, la région de l'Atlantique et les régions rurales pour obtenir une répartition plus équitable des médecins de santé publique et des spécialistes en SPMP d'expérience dans tout le pays.



Nous pouvons faire mieux, en santé publique, pour expliquer notre travail et notre rôle, mais nous demandons aux autres de reconnaître et d'accepter la compétence du système de santé publique lorsqu'il s'agit de la santé des populations, tout comme nous acceptons la compétence des soins de santé lorsqu'il s'agit d'un patient particulier.

3



GÉRER : Accorder la priorité aux investissements durables et aux effectifs. Reconnaître et aborder l'épuisement professionnel considérable dans les équipes de santé publique et de soins de santé.

Pour renforcer la capacité d'appoint et la capacité d'intervention soutenue, il faut des ressources financières et humaines. C'est un besoin urgent, vu l'effet de la pandémie sur le bien-être des équipes de santé publique et de soins de santé et l'épuisement professionnel omniprésent après plus de 20 mois de travail généré par la pandémie. Les retards accumulés dans les services de santé publique sont considérables et auront des effets à long terme sur les gens qui vivent au Canada, comme le report des programmes de vaccination des enfants et des inspections de santé publique dont les ressources ont été réaffectées à la riposte à la pandémie. Le rattrapage nécessaire imposera un fardeau supplémentaire aux personnels et aux systèmes de santé publique déjà sursollicités.

Cette capacité d'appoint doit être culturellement appropriée, modulaire et évolutive en fonction des besoins. Par exemple, dans différentes régions du pays, les niveaux d'activité de la maladie et des éclosions, les considérations géopolitiques, les impacts socioéconomiques et la capacité en matière de soins de santé changent avec le temps. La préparation est importante à la fois pour réduire le temps et l'énergie consacrés à clarifier les demandes d'aide, respecter les processus et intégrer les effectifs venus d'ailleurs. Les besoins de services de traduction et d'interprétation doivent être considérés et configurés à l'avance. L'établissement des priorités et la définition et la communication de ce qu'il faut faire ou cesser de faire lors de telles interventions sont

aussi d'une importance cruciale.

Il est également essentiel d'avoir de solides démarches d'analyse, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes. Trop souvent, l'accent est placé sur la mise en œuvre, et la planification et l'évaluation en sont réduites à la portion congrue. Il est alors plus difficile de calculer le coût d'opportunité des interventions et de décider du meilleur endroit où affecter les ressources dans un système de santé surchargé et sous pression.

Il a été fait remarquer que les pratiques exemplaires pour les systèmes de commandement d'intervention (SCI) et les systèmes de gestion intégrée (SGI), avec des remplaçants pour les rôles et des rotations dans et hors des rôles pour que les gens puissent faire des pauses, n'ont pas été suivies. La formation et les systèmes polyvalents sont cruciaux; beaucoup de gens se sont sentis incapables ou mal à l'aise de prendre congé de peur d'alourdir la charge de travail de leurs collègues. Il y a d'importants enseignements à ces égards, tant dans le secteur de la santé publique que dans celui des soins de santé, qu'il faudrait appliquer durant l'intervention d'urgence actuelle et dans celles qui suivront.

Quelques mesures de soutien régionales et nationales particulières ont été suggérées :

- Établir des centres d'excellence régionaux. Certaines provinces (l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec, par exemple) ont des organismes de santé publique provinciaux spécifiques. Aider les régions du Nord, de l'Atlantique et du Centre du Canada à créer des organismes ou des arrangements semblables ou leur donner accès à ceux qui existent déjà. Ce serait particulièrement utile dans les instances où il y a peu ou pas d'établissements universitaires.

La fonction de tels organismes est différente de celle de l'ASPC, car ils soutiennent souvent les interventions de santé publique provinciales et offrent des compétences complémentaires à celles qui existent au palier local ou régional.

- Créer dans le Nord un site satellite du Laboratoire national de microbiologie (LNM) pour renforcer la capacité de laboratoire des territoires, et peut-être aussi des instances provinciales nordiques et éloignées.
- Soutenir la recherche sur les systèmes et les structures de santé publique.
- Mieux harmoniser le soutien de l'ASPC avec les besoins locaux et régionaux en matière de santé publique, en incluant notamment :
 - La formation et le renforcement des capacités (comme en rétablissant le programme Compétences en ligne qui avait été aboli et en actualisant le programme Compétences essentielles en santé publique créé il y a 10 ans).
 - Recruter des gens de l'ASPC qui ont travaillé dans les systèmes de santé publique locaux et régionaux et/ou favoriser une meilleure compréhension du contexte local/régional. Par exemple, les médecins de santé publique et/ou les praticiens de l'ASPC pourraient passer un à trois mois par année à travailler au palier local/régional, en rotation, pour mieux comprendre le contexte de santé publique et la prestation de services à ce palier.
 - Soutenir des déploiements d'épidémiologistes de terrain pendant au moins trois à cinq semaines et améliorer leur formation en compétence culturelle.
 - Alléger le fardeau administratif associé à l'accès à la capacité d'intervention fédérale rapide.
 - Améliorer la compréhension des pratiques en santé publique locales/régionales et provinciales-territoriales à l'ASPC. Cela devrait aussi aider à harmoniser la responsabilisation et la communication d'informations sur les fonds distribués par l'Agence.
 - Clarifier les différences entre les rôles de la santé publique et de la classe politique



Il est également essentiel d'avoir de solides démarches d'analyse, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes.

lorsqu'il est possible de le faire, compte tenu principalement du rôle crucial que joue la santé publique dans l'orientation des décisions politiques.

- Continuer d'utiliser dans la pratique les cadres éthiques (séparément des évaluations des connaissances scolaires), comme ceux qui mettent l'accent sur la transparence et la bonne gouvernance.
- Améliorer la préparation aux pandémies (p. ex. au moyen d'exercices sur table de routine et en actualisant les listes de contacts et autres éléments des plans de préparation aux pandémies).



CONTRÔLER : Élaborer des systèmes d'information sur la santé publique et y investir.

Pour que toute intervention en santé publique soit efficace et stratégique dès le départ, surtout la riposte à une pandémie, il faut que des systèmes de données sanitaires robustes soient accessibles. Dans le cas de la pandémie de COVID-19, cela comprend les données sur le nombre de cas, la couverture vaccinale, les indicateurs de soins actifs et les résultats des laboratoires, mais aussi des données qui aident à mieux comprendre les iniquités, comme les données fondées sur la race et le type de logement (p. ex. maisons de soins de longue durée, logements précaires, occupation multifamiliale, milieu rural, milieu urbain). Pour l'instant, ces systèmes sont décosus, ils n'ont pas la capacité de partager facilement leurs données, et ils manquent de ressources. Cela entrave notre capacité de comprendre le virus et d'intervenir. La coordination des systèmes fédéral et provinciaux/territoriaux disparates, avec des relations solides et une confiance dans les processus de décision sur l'utilisation des données, est un élément important pour améliorer l'échange d'informations.

Les systèmes actuels ont certaines forces lorsqu'il s'agit d'adapter des données aux contextes particuliers du vaste pays qu'est le Canada, mais au final, ils compliquent la tâche d'obtenir des informations en temps réel, et il faut parfois les contourner en optant pour des méthodes analogiques périmées pour le suivi des données (p. ex. les dossiers sur papier). Souvent, nous nous appuyons sur des méthodes dépassées pour être « les yeux et les oreilles » de

l'intervention d'urgence. En conséquence, des retards coûteux et des lacunes évitables apparaissent en l'absence de systèmes de données actualisés et de décisions claires sur l'utilisation des données de santé.

Le contrôle, l'évaluation et l'apprentissage — liés entre eux — sont essentiels. Tant les données qualitatives que quantitatives devraient être saisies de manière cohérente. Il est difficile de le faire durant la riposte à une pandémie, mais les évaluations sont indispensables pour comprendre ce qui fonctionne (et pour qui) et ajuster le tir. C'est important pour la COVID-19, mais aussi pour les conséquences inattendues de l'intervention et pour les éléments qui ne sont pas du ressort de la lutte contre les maladies transmissibles.

De même, des évaluations robustes et opportunes de la santé des populations sont importantes pour orienter les décisions d'intervention. Le sondage « COVID-19 SPEAK » mené en Colombie-Britannique



est un bon exemple d'une activité qui peut aider à comprendre les conséquences inattendues de la riposte à la pandémie. Un praticien a décrit ce genre d'outils comme étant « nos tomodensitomètres »; autrement dit, ce sont des outils d'analyse diagnostique qui nous permettent de faire notre travail.

Étapes suivantes :

- Poursuivre les efforts pour que les systèmes de données de surveillance soient dotés de ressources, entretenus et capables de communiquer entre eux. Pour cela, il faut absolument instaurer la confiance au sein des systèmes de santé et avec le public en sachant à qui appartiendront les informations et comment elles seront analysées, utilisées et publiées.
- Investir dans des outils de communication sur la gestion des éclosions qui permettent de communiquer avec les particuliers et la communauté de la santé publique par plusieurs moyens (p. ex. en envoyant des textos sur les dates d'isolement, en contactant les gens par les systèmes de messagerie des médias sociaux pour répondre à leurs questions).
- Investir dans la formation continue sur l'utilisation des outils susmentionnés et sur la communication efficace des risques dans un paysage où les risques changent constamment.
- Soutenir la mise en œuvre de systèmes de suivi de la gestion des éclosions (p. ex. pour les notes et les directives aux équipes de gestion des éclosions) de manière plus uniforme à l'échelle du pays.
- Établir des normes de données nationales pour la santé publique, comme cela s'est fait pour les soins de santé.
- Songer à équilibrer l'usage de données quantitatives et qualitatives pour tirer parti des forces de chacune.
- Exploiter et appliquer les enseignements du rapport du Comité consultatif d'experts (CCE) de la Stratégie pancanadienne de données sur la santé paru en 2020, « Tracer la voie vers l'ambition »



Un praticien a fait cette analogie : les ordinateurs Apple peuvent parler aux PC, mais cela nécessite des normes de données et des ressources d'entretien et d'intégration quand les systèmes sont mis à jour.

—MSPC membre

(12). Le CCE recommande par exemple :

- de promouvoir la « licence sociale » [l'acceptabilité sociale] et l'éducation pour renforcer la transparence;
- d'établir une politique des données à l'ère numérique pour répondre aux exigences en matière de politiques de données, de consentement et de garde des données;
- de créer des alliances responsables à tous les ordres de gouvernement;
- d'établir un modèle d'interopérabilité et d'architecture des données pour optimiser le partage des données en temps réel et soutenir l'élaboration des politiques et la recherche (12) (p 8-9).

5



DÉCIDER : Améliorer la mobilisation communautaire et y accorder la priorité. Clarifier les distinctions entre les compétences en santé publique et les conseils et décisions politiques, dans la mesure du possible.

Les systèmes de santé seraient renforcés si l'on améliorait la mobilisation communautaire, qui est la clé de l'exécution d'une intervention solide, concertée, respectueuse et inclusive. Cela vaut pour toutes les recommandations du présent rapport. Or, dans la planification de la riposte à la COVID-19, la mobilisation communautaire a été ponctuelle et est souvent passée au second plan malgré son rôle clé dans la prestation des services de santé publique et de santé. Notre cinquième recommandation inclut l'apprentissage continu qui doit se faire dans le système de santé publique proprement dit concernant la mobilisation communautaire, les stratégies de communication avec le public et les sciences du comportement. De telles approches contribueraient à améliorer l'équité dans le système de santé et les résultats cliniques de toutes les personnes du public.

Il y a encore des possibilités de renforcer la coordination entre les systèmes de la santé et du gouvernement et à l'intérieur de ces systèmes. L'expérience de la COVID-19 donne plus de poids aux appels de Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique à une « stratégie nationale en santé publique » qui renforce les liens entre les systèmes de santé publique et de soins personnels (p. ex. les systèmes de soins primaires et de soins actifs dans les cliniques et les hôpitaux) et qui soit élaborée « en collaboration avec les gouvernements des provinces et des territoires et en consultation avec la gamme complète des intervenants non gouvernementaux (13)

» (p. 221).

Il a été suggéré qu'une utilisation plus explicite et mieux documentée des cadres éthiques dans la prise de décisions pourrait aussi être utile, surtout quand les mesures d'intervention ont un impact aussi large.

Étapes suivantes :

- Mettre par écrit les pratiques exemplaires et tirer parti des exemples de mobilisation communautaire réussie pour accroître l'utilisation de cette pratique en tant que stratégie de santé publique.
- Susciter une réflexion sur les perspectives, les suppositions, les préjugés et les privilèges.
- Accorder la priorité aux conversations franches sur les perspectives dominantes dans la gouvernance et la prise de décisions; trouver des moyens de s'assurer que des voix diverses sont entendues et prises en compte.
- Continuer de soutenir la formation à la compétence culturelle dans les milieux des soins de santé et de la santé publique et au gouvernement.
- Assembler des approches de mobilisation communautaire et de sciences du comportement à l'échelle nationale.
- Créer des postes axés sur la mobilisation communautaire et les mécanismes de dotation en ressources pour éclairer les programmes de santé publique par les sciences sociales et du comportement.
- Établir des ponts entre les systèmes de santé publique et de soins personnels au moyen de tables rondes locales, par la formation polyvalente et avec d'autres stratégies pour mieux les harmoniser.

6



PRÉVENIR ET PROMOUVOIR : Maintenir l'accent sur l'importance de la promotion de la santé et de la prévention, parallèlement aux traitements.

Il est indispensable de garder une vision de la santé et du bien-être qui aille au-delà des maladies transmissibles. Les conséquences inattendues de la riposte à la pandémie doivent être étudiées plus avant. Les interventions de promotion de la santé (comme celles qui appuient le bien-être mental et les liens sociaux) et de prévention (comme la prévention du tabagisme et des maladies chroniques) sont essentielles à la santé globale des personnes vivant au Canada.

En matière de prévention, la vaccination demeure notre meilleur outil pour prévenir la COVID 19. La décision d'accorder la priorité aux populations des territoires nordiques et des communautés autochtones au Canada pour l'approvisionnement initial en vaccins a été névralgique; il est suggéré de l'institutionnaliser et de l'officialiser dans les plans de riposte aux pandémies futures.

Selon le gouvernement du Canada, environ 85 % des Canadiennes et des Canadiens ont reçu au moins une dose de vaccin, et près de 80 % en ont reçu au moins deux doses (5). À titre de comparaison, selon Our World in Data, en janvier 2022, seulement environ 10 % des habitants des pays à faible revenu avaient reçu au moins une dose de vaccin, en partie à cause des inégalités d'accès et d'approvisionnement (14). L'iniquité vaccinale à l'échelle mondiale et l'émergence de nouveaux variants demeurent des motifs de préoccupation importants.



La décision d'accorder la priorité aux populations des territoires nordiques et des communautés autochtones au Canada pour l'approvisionnement initial en vaccins a été névralgique; il est suggéré de l'institutionnaliser et de l'officialiser dans les plans de riposte aux pandémies futures.

7



COMMUNIQUER : Moderniser la formation et les stratégies en matière de communications et s’assurer de distinguer clairement les compétences en santé publique et dans les soins de santé.

La communication s’est beaucoup améliorée depuis les pandémies précédentes. Après le SRAS notamment, elle a été considérée comme l’une des principales lacunes de la riposte. La communication durant la COVID-19 a été meilleure, mais il y a encore matière à amélioration pour ce qui est de joindre les personnes vivant au Canada et d’être en résonance avec elles.

Les médias sociaux ont fondamentalement changé les voies de communication; ils représentent une évolution importante des interventions en cas d’événement sanitaire. L’utilisation des médias sociaux par les équipes de santé publique et de soins de santé pourrait être améliorée et développée.

Les notions techniques et scientifiques complexes doivent être clairement communiquées, à l’aide de stratégies de communication adaptées au contexte. Il faut absolument que les équipes de santé publique comprennent mieux les médias sociaux. Chaque fois qu’il est possible de le faire, elles devraient utiliser un style clair et simple et mettre l’accent sur la compréhension. La conception graphique et la communication visuelle devraient être des éléments clés du message dès le départ. La mésinformation et la désinformation sont aussi mentionnées comme étant d’importants motifs de préoccupation sur lesquels il faut intervenir.

En plus de faire connaître les mesures et les restrictions, les communications devraient continuer



La majeure partie du personnel de mon bureau de santé a été redéployé pour l’intervention, mais l’un des plus gros redéploiements visait à appuyer la communication, l’application des connaissances et la création de matériel. Beaucoup d’organismes plus petits n’avaient pas les ressources pour le faire; ils auraient eu besoin de financement, de ressources et d’une certaine marge de manœuvre pour tirer parti de leurs forces.

—MSPC membre

d'insister sur le but et les résultats des stratégies de santé publique. Il faudrait aussi financer et mener de tels efforts entre les pandémies et les crises sanitaires pour asseoir notre crédibilité et gagner la confiance au public de façon stable et durable. L'approche transparente et publique d'apprentissage et d'itération à mesure que de nouvelles informations sont devenues disponibles a été une grande force sous certains aspects. Par contre, elle a suscité des inquiétudes et érodé la confiance envers les compétences de la santé publique. Il y a un équilibre précaire à maintenir entre toutes ces approches.

Étapes suivantes :

- Faire appel aux sciences du comportement et aux approches fondées sur les données probantes pour éclairer les messages stratégiques qui motivent les changements de comportements.
- Mettre en œuvre un processus d'examen et de prise de décisions qui fait en sorte que ce sont les données probantes, et non pas seulement les considérations politiques, qui restent la force motrice, et que les besoins politiques et opérationnels sont maintenus en équilibre.
- Pour accroître la responsabilisation, promulguer des normes médiatiques qui définissent qui peut être qualifié d'expert·e ou de spécialiste en santé publique.
- Accroître l'utilisation des médias sociaux dans les organismes de santé publique.
- Embaucher plus de gens ayant des compétences en conception graphique, en commercialisation et en communication dans les organismes de santé publique afin de mettre en place des stratégies de communication continue avec le public.
- S'assurer que des ressources visuellement attrayantes, rédigées en style clair et simple, sont disponibles.
- Les faire traduire en plusieurs langues s'il y a lieu.
- Embaucher ou former des personnes ayant des compétences en matière de lutte contre la désinformation.



Les médias ont contribué à créer un énorme problème de désinformation; n'importe qui sur Twitter qui a un doctorat en médecine est qualifié d'expert. C'est énervant de voir des médecins sans spécialisation en santé publique commenter l'intervention et être présentés comme des experts.

—MSPC membre



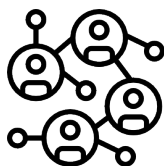
ÉTUDIER : Investir dans la recherche pratique, actuelle, éclairée par les besoins de la prestation des services de santé publique.

De nombreux organismes ont signalé le clivage entre les universitaires et les praticiens et le besoin de renforcer leurs liens. Il serait possible d'avoir des partenariats avantageux entre les universitaires et les praticiens de la santé publique, par exemple pour mener des évaluations. Il serait utile aussi de partager des produits de recherche intérimaires confidentiels avec des organismes de santé publique partenaires. Il serait avantageux d'en diffuser les résultats avant de les présenter publiquement lors de conférences et dans des revues, en tenant compte des contraintes et des délais de publication dans les milieux de la recherche. De récents investissements fédéraux dans ce domaine ont été soulignés et sont appréciés. La conception commune de la santé publique à laquelle il est fait référence plus haut est aussi importante pour ce dialogue.



Il serait avantageux d'en diffuser les résultats avant de les présenter publiquement lors de conférences et dans des revues, en tenant compte des contraintes et des délais de publication dans les milieux de la recherche.

9



RÉFORMER : Collaborer avec les communautés pour aborder la discrimination systémique dans les soins de santé et la santé publique, y compris en ce qui a trait à la santé autochtone, avec un financement spécifique.

La démarche de Vérité et Réconciliation doit aborder les disparités d'état de santé et la gouvernance des peuples autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis). La santé autochtone subit les effets négatifs de la colonisation et du racisme, ce qui a des incidences pour tous les déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci comprennent des besoins humains fondamentaux urgents comme l'eau potable et le soutien continu à la santé mentale, à la sécurité alimentaire et à l'accès à des soins culturellement compétents.

Nous reconnaissons que les personnes ayant participé à la création du présent rapport sont pour la plupart non autochtones et ne sont pas en mesure d'apporter des solutions. Une collaboration adéquate n'a pas été mise en place pour combler les lacunes dans la connaissance des pratiques de santé non autochtones et la confiance envers ces pratiques. Un travail important doit être fait dans nos systèmes actuels de santé et d'éducation pour offrir des soins culturellement compétents et pour améliorer notre conscience des structures de pouvoir, des perspectives et des préjugés.

En raison de la relation complexe entre les communautés autochtones et les gouvernements au Canada, il faut continuer de reformuler la COVID-19 et sa riposte dans une optique d'équité. Nous encourageons l'amplification des rapports et des articles sur la pandémie de COVID-19 et les effets de la riposte sur les communautés autochtones rédigés par

des membres des nombreuses communautés inuites, métisses et des Premières Nations, dont chacune a son identité, sa culture et souvent sa propre langue. Nous appuyons la recommandation selon laquelle toute personne qui vit au Canada devrait lire les rapports de la Commission de vérité et réconciliation et leurs recommandations, accessibles [ici](#). Le tableau 4 de l'annexe 3 donne des exemples d'autres organismes du Canada dirigés par des personnes autochtones.

Il faut aussi aborder la discrimination systémique envers les populations autochtones et racisées dans les systèmes de santé du Canada. Vu les effets disproportionnés de la pandémie dans certaines populations, notamment dans les communautés racisées et à faible revenu et les populations autochtones, les élus et les autorités de santé publique doivent en faire davantage, et doivent travailler ensemble à offrir un soutien juste et équitable à toutes les communautés du Canada. Les personnes vivant au Canada, peu importe leur revenu, leur apparence physique ou la façon dont elles s'identifient, devraient pouvoir obtenir des soins confortablement et en toute confiance. Nous devons démêler les racines du colonialisme dans les systèmes de santé publique et en faisant de la sensibilisation pour créer un système sûr, représentatif et qui réussit à favoriser la santé de toutes les personnes vivant au Canada.

Étapes suivantes :

- Apprendre de l'expérience de création d'infrastructures de santé publique dirigées par les peuples autochtones, à l'aide de modèles existants comme la First Nations Health Authority (FNHA) en Colombie-Britannique.
- Instaurer une formation obligatoire sur l'équité

dans les organismes de santé publique.

- Accorder la priorité aux approches fondées sur les forces plutôt que sur les déficits, en étant attentifs aux forces des cultures, du savoir et de la guérison autochtones et traditionnels.
- Apprécier à sa juste valeur l'expérience vécue des peuples autochtones et d'autres populations. Reconnaître que même si elle diffère des enseignements universitaires occidentaux, elle doit être considérée comme une compétence.
- Continuer de recueillir des données liées aux déterminants sociaux de la santé pour avoir un portrait plus complet de l'état de santé au Canada et pour cerner les iniquités et les aspects à améliorer.

Outre les recommandations ci-dessus, d'autres leçons et recommandations d'importance fondées sur l'expérience de première ligne nous ont été communiquées. Nous sommes en faveur de revenir aux recommandations des rapports antérieurs, comme ceux énumérés à l'[annexe 1](#), et d'appliquer celles qui ne l'ont pas été du tout, ou seulement en partie. L'AMC a publié des recommandations à court terme relatives à la COVID-19 en août 2020 (15) et un rapport sur les considérations à long terme en mars 2021 (16). L'Association canadienne de santé publique (ACSP) a publié en février 2021 un rapport intitulé « La riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID-19 » qui inclut un tour d'horizon et des recommandations de mesures d'intervention d'urgence (17). Des recommandations propres au Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) ont été élaborées (18). D'anciens rapports de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (ACSPC), dont celui de 2019, « Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif » (19), et celui de 2020, « Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 » (20), sont également pertinents pour comprendre

et mettre en pratique les leçons de santé publique plus générales. L'administratrice en chef de la santé publique a aussi publié des rapports plus spécifiques² sur la riposte à la COVID-19, dont « Ce que nous avons entendu : peuples autochtones et COVID-19 : rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada » (21). Des rapports d'audit sont aussi réalisés, dont les « Résultats du rendement pour la fonction d'audit interne à Santé Canada et à l'ASPC » (22).



Nous devons démêler les racines du colonialisme dans les systèmes de santé publique et en faisant de la sensibilisation pour créer un système sûr, représentatif et qui réussit à favoriser la santé de toutes les personnes vivant au Canada.

²N.B. : Le présent rapport des MSPC a été préparé avant la publication de l'édition 2021 du rapport de l'administratrice en chef de la santé publique; il ne contient donc pas d'informations tirées de ce rapport.

REGARD VERS L'AVENIR

Les recommandations des Médecins de santé publique du Canada (MSPC) et de l'Association médicale canadienne (AMC) reflètent les leçons retenues jusqu'à maintenant par les spécialistes de la santé publique durant la pandémie de COVID-19.

CE QUI A FONCTIONNÉ, AVEC DES EXEMPLES

Le dévouement et la résilience des personnels sanitaires et médicaux ont été essentiels au soutien de l'intervention dans la durée.

De nombreuses personnes ont travaillé les soirs et les fins de semaine, loin de leurs familles, ont changé d'emploi du jour au lendemain et ont dû s'adapter aux changements constants, souvent au détriment de leur propre bien-être. Les répercussions néfastes de ces efforts sont examinées plus en détail dans les recommandations ci-dessous.



La coordination entre les instances et les ministères s'est améliorée durant la COVID-19 par rapport aux pandémies précédentes.

La priorité nationale accordée aux vaccins, notamment dans les communautés autochtones et éloignées.

Le fait d'avoir des organismes de santé publique clés en place a présenté des avantages.

L'existence d'organismes de santé publique fédéraux et provinciaux comme l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé publique Ontario (SPO), le B.C. Centre for Disease Control (BCCDC) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a rationalisé les compétences, les communications et les stratégies d'intervention.



L'exécution et l'itération rapides ont permis d'appliquer de nouvelles pratiques exemplaires en temps réel.

L'excellent travail des équipes de laboratoire pour mettre au point des tests très rapidement et les adapter à l'évolution constante des données probantes et de la technologie, à des volumes très élevés.



Le recours systématique à la science a contribué à façonner une stratégie éclairée par les données probantes.

Le recours à l'analyse épidémiologique pour comprendre les risques et les schémas de propagation, à l'analyse de modélisation (et au partage public) pour appuyer la planification en santé publique et à l'intégration rapide des nouvelles études et des nouvelles preuves.



RECOMMANDATIONS, AVEC EXEMPLES

1 Financer : Accroître le financement et les ressources des équipes et des organismes de santé publique.

Appuyer des hausses budgétaires pour renforcer les effectifs, établir de nouveaux systèmes et améliorer la durabilité du système de santé publique au Canada.

2 Définir : Mieux expliquer le rôle des médecins de santé publique ainsi que les pratiques et la prestation des services de santé publique.

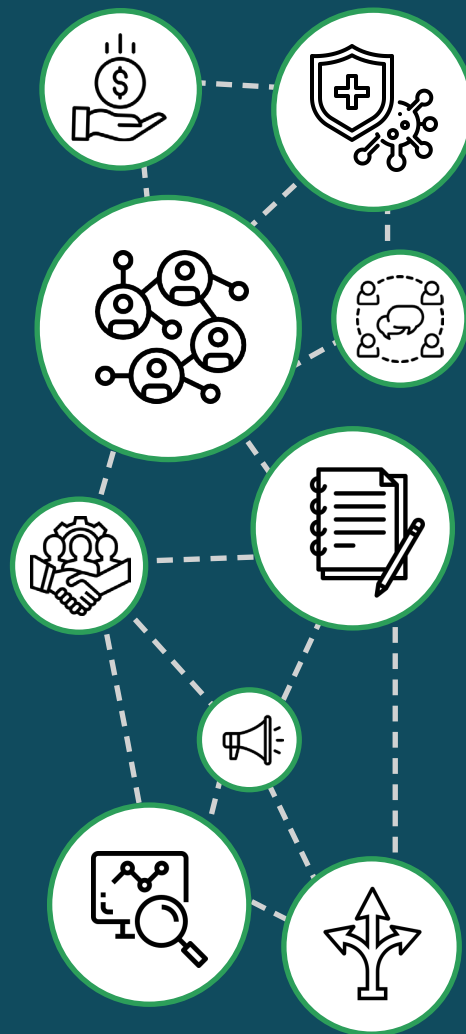
Les malentendus au sujet de la portée de la santé publique ont nui à la riposte. Cela comprend les compétences attribuées à tort à des médecins non spécialisés en santé publique et les actions de revendication malavisées de ces médecins.

3 Gérer : Accorder la priorité aux investissements durables et aux effectifs. Reconnaître et aborder l'épuisement professionnel considérable dans les équipes de santé publique et de soins de santé.

Améliorer la formation et la dotation pour renforcer les effectifs de la santé publique et des soins de santé et établir des centres d'excellence régionaux pour offrir une capacité d'appoint et favoriser l'apprentissage.

4 Contrôler : Élaborer des systèmes d'information sur la santé publique et y investir.

Élaborer des systèmes et des processus pour mieux contrôler les données de santé publique et de santé afin d'avoir des aperçus plus cohérents, plus à jour et plus utiles sur la pandémie et les autres indicateurs de santé.



5 Décider : Améliorer la mobilisation communautaire et y accorder la priorité.

Clarifier les distinctions entre les compétences en santé publique et les conseils et décisions politiques, dans la mesure du possible.

Documenter et mettre en œuvre des pratiques de mobilisation communautaire exemplaires qui valorisent le rôle et les voix des communautés dans la direction de leurs propres initiatives de soins, et élargir la formation à la compétence culturelle dans le domaine de la santé publique.

6 Prévenir et promouvoir : Maintenir l'accent sur l'importance de la promotion de la santé et de la prévention, parallèlement aux traitements.

Continuer à plus grande échelle de tirer des leçons des efforts de vaccination et de promulguer l'équité vaccinale mondiale.

7 Communiquer : Moderniser la formation et les stratégies en matière de communications et s'assurer de distinguer clairement les compétences en santé publique et dans les soins de santé.

Développer les compétences des organismes de santé publique en matière de communication dans les médias sociaux en embauchant des gens pour les postes de communication clés.

8 Étudier : Investir dans la recherche pratique, actuelle, éclairée par les besoins de la prestation des services de santé publique.

Renforcer les liens entre les universitaires et les praticiens de la santé publique pour que les études de recherche et leurs constatations avantageuses puissent être appliquées sur le terrain rapidement et de façon pertinente.

9 Réformer : Collaborer avec les communautés pour aborder la discrimination systémique dans les soins de santé et la santé publique, y compris en ce qui a trait à la santé autochtone, avec un financement spécifique.

Financer activement les recommandations du rapport de la Commission de vérité et réconciliation et leur accorder la priorité, aborder les iniquités dans les données concernant les communautés marginalisées, entre autres en raison de la race ou du niveau de revenu, et mettre en valeur les approches fondées sur les forces.

CONCLUSION

Les recommandations du présent rapport sont le reflet de pressions croissantes dans un monde où les problèmes s'entrecroisent. Durant la pandémie de COVID-19, ces pressions ont été exacerbées, d'où l'importance que les spécialistes de la santé publique jouent un rôle plus clair et plus constant dans les décisions gouvernementales et dans la planification et l'exécution des interventions d'urgence.

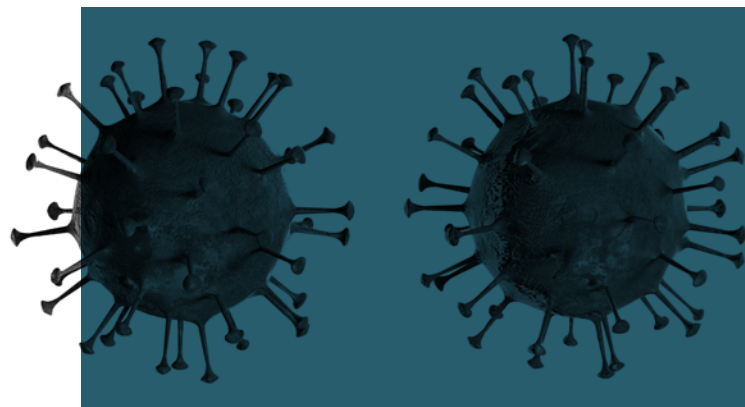
Nous appuyons résolument les appels à injecter des sommes supplémentaires dans les systèmes de santé publique du Canada en vue d'appliquer la liste de nos recommandations. Celles-ci portent sur différents problèmes auxquels la santé publique fait face, mais elles ont en commun le besoin systématique de mieux cibler les investissements dans les systèmes (financiers, technologiques, de ressources humaines, de données, de recherche et autres) et d'investir en priorité dans la prestation des services de santé publique à l'échelle locale et régionale au Canada.

Nous sommes aussi en faveur de suivre les pratiques exemplaires documentées, de revenir aux recommandations des rapports antérieurs comme ceux indiqués à l'[annexe 1](#) et d'appliquer celles qui ne l'ont pas été, ou seulement en partie. Il a été fait remarquer pendant toute la pandémie de COVID-19 que les leçons et les recommandations des pandémies du passé n'ont pas été entièrement mises en œuvre, et que les pratiques exemplaires concernant le SCI et le SGI, notamment les remplacements et les rotations dans les rôles clés de la santé publique et des soins de santé, n'ont pas été suivies.

Le développement et la révision des modèles de financement de la santé publique nous permettront de contrôler les informations sanitaires avec plus de facilité et d'exactitude, et de gérer le travail ordinaire

et urgent en santé publique avec des compétences et du personnel suffisants. Cela pourrait développer les pratiques de mobilisation communautaire afin d'améliorer la santé des populations et de renforcer les liens entre les systèmes de santé publique et de santé personnelle. Avec des investissements stratégiques, les personnes vivant au Canada resteront informées des risques, des recommandations et des services de santé publique qui les concernent, d'une manière qui a du sens pour elles et qui exprime les résultats escomptés des mesures sanitaires. Ces investissements aideront aussi le Canada à rester aux premières lignes de l'innovation et de la recherche en santé publique. Enfin, ils contribueront à éviter les méprises quant aux rôles et aux responsabilités de chacun lors des interventions d'urgence et dans le système de santé publique du Canada.

La santé des personnes vivant au Canada est menacée par bien plus de choses que la COVID-19 et les maladies transmissibles. Les structures qui protègent et qui favorisent la santé de la population doivent être soutenues, dotées en ressources et construites dès maintenant pour être à la hauteur quand nous en avons besoin. Bien préparés, les systèmes de santé publique mèneront la riposte essentielle aux futures pandémies, aux effets des changements



climatiques et aux autres problèmes qui surgiront. Investir aujourd'hui pour demain est une approche efficace par rapport à son coût; elle donnera lieu à des économies considérables dans les soins primaires et les soins actifs. Cette approche tournée vers l'avenir sauvera des vies au Canada. Nous avons la chance d'avoir des personnes talentueuses et compétentes au pays, mais nous avons besoin d'investissements et de ressources axés sur l'avenir pour donner la priorité à la santé publique.

Les commentaires, questions et opinions peuvent être adressés à phpc@cpha.ca.

RÉFÉRENCES

1. Médecins de santé publique du Canada. Les MSPC [Internet]; 2017 [consulté le 1er septembre 2021]. Disponible : <http://www.phpc-mspc.ca/accueil/~french>
2. Organisation mondiale de la santé. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. Disponible : <https://covid19.who.int/>
3. The pandemic's true death toll [Internet]. The Economist. Disponible : <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-estimates>
4. Canada. Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19 [Internet]; 2021 [consulté le 31 août 2021]. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>
5. Canada. Vaccination contre la COVID-19 au Canada [Internet]; 2021. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/couverture-vaccinale/>
6. Acheson ED. On the state of the public health [The fourth Duncan lecture]. Public Health sept. 1988;102(5):431-7.
7. Winslow CE. The untilled fields of public health. Science 9 janv. 1920;51(1306):23-33.
8. Agence de la santé publique du Canada, Division du perfectionnement de la main-d'œuvre. Compétences essentielles en santé publique au Canada, version 1.0; 2008.
9. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Objectifs de la formation spécialisée en santé publique et médecine préventive; mars 2018.
10. Canada. Inégalités sociales dans les décès attribuables à la COVID-19 au Canada [Internet]; 2021. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/inegalites-deces/index-fr.html#in3>
11. Wang J, Vahid S, Eberg M, Milroy S, Milkovich J, Wright FC, et al. Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: a time series modelling study. CMAJ 2 nov. 2020;192(44):E1347-56.
12. Stratégie pancanadienne de données sur la santé. Rapport 1 du Comité consultatif d'experts : Tracer la voie vers l'ambition [Internet]; juin 2021. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-01-charting-path-toward-ambition/pCHDS-first-EAG-report-fr.pdf>
13. Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada [Internet]; oct. 2003. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/learning-sars-renewal-public-health-canada/lecons-crise-sras-f.pdf>
14. Appel C, Beltekian D, Dattani S, Giattino C, Hasell J, MacDonald B, et al. Statistics and reports: coronavirus pandemic (COVID-19) [Internet]. Disponible : <https://ourworldindata.org/coronavirus>
15. Boozary A, Brossart B, Collins A, Drummond D, Kancir J, Milot DM, et al. Considérations à court terme relatives à la COVID 19 pour l'Association médicale canadienne [Internet]; août 2020. Disponible : <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/News/covid-19-short-term-considerations-executive-report-f.pdf>
16. Association médicale canadienne. Considérations à long terme relatives à la COVID-19 pour l'Association médicale canadienne; mars 2021.

17. Association canadienne de santé publique. La riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID-19 : un examen [Internet]; février 2021. Disponible : <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/2021-02-covid-19-initial-review-f.pdf>
18. Agence de la santé publique du Canada. Signaux : Rapport final pour l'examen du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) [Internet]; juillet 2021. Disponible : <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>
19. Tam T. Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif [Internet]; 2019. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-fre.pdf>
20. Tam T. Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID 19 [Internet]; octobre 2020. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf>
21. Mashford-Pringle A, Skura C, Stutz S, Yohathasan T. Ce que nous avons entendu : rapport complémentaire au rapport de l'administrateur [sic] en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada [Internet]; mars 2021. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19/rapport-peuples-autochtones-covid-19.html>
22. Canada. Bureau du vérificateur général. Rapports d'audit : Résultats du rendement pour la fonction d'audit interne à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada; 2018-2021 [Internet]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/verifications-interne/rapports.html>

ANNEXE 1. APPELS ANTÉRIEURS À RENFORCER LES INFRASTRUCTURES DE SANTÉ PUBLIQUE

Bon nombre des défis cernés dans le présent rapport sont bien connus de la communauté de la santé publique. C'est pourquoi les recommandations du rapport rappellent et renforcent celles de rapports antérieurs. L'un d'eux, les « Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada » publié en 2003 par Santé Canada (13), formulait les recommandations résumées dans le tableau ci-dessous.

La vision de Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique pour une stratégie nationale en santé publique qui « [cerne] des priorités et des objectifs pour les principales catégories d'activités en santé publique et [prévoit] des dispositions pour la présentation de rapports destinés au public, dans l'ensemble des juridictions, sur les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs (13) ^(p221) » demeure valable et nécessaire; nous l'avons reprise dans la recommandation « Contrôler ». Une stratégie qui donne la priorité à un système de données sanitaires permettra d'avoir accès en temps opportun aux épreuves de laboratoire et à leurs résultats, de mettre en place des protocoles d'échange de données et d'informations entre les ordres de gouvernement et d'éliminer les incertitudes quant à la propriété des données.

Ces recommandations comprenaient aussi la nécessité de nouvelles structures de santé publique. Une Commission consultative nationale en santé publique dont les membres seraient nommés par les canaux provinciaux, territoriaux et fédéral était recommandée; elle devait avoir pour mandat « de conseiller le médecin hygiéniste en chef du Canada sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie vraiment pancanadienne en matière de santé publique » (13) ^(p91). La création ultérieure du poste d'administrateur en chef de la santé publique du Canada (ACSPC), de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Réseau pancanadien de santé publique et d'autres structures est certainement un succès, mais la COVID-19 a montré qu'il faut en faire plus.

Le rapport de 2003 réclamait aussi « une stratégie nationale visant le renouvellement des ressources humaines de santé publique » et une stratégie fédérale-provinciale-territoriale « élaborée de concert avec un large éventail de partenaires non gouvernementaux [avec] des mécanismes de financement continu du perfectionnement des ressources humaines en santé publique » (13) ^(p143). Nous reprenons cet appel dans la recommandation « Gérer ».

Tableau 1. Recommandations du rapport de 2003

N.B. : Les recommandations ci-dessous sont pour la plupart reprises mot à mot du rapport de 2003 de Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, présidé par le Dr Naylor.

Recommandation	Éléments
Nouvelles structures de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> Établir une agence de santé publique canadienne couvrant tous les aspects de la santé publique et ayant des liens vers les gouvernements selon un modèle de réseau en étoile, avec un médecin hygiéniste en chef du Canada qui relève du ministre fédéral de la Santé et une commission consultative nationale qui conseille le médecin hygiéniste en chef sur l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de santé publique au Canada. Lancer un réseau pour le contrôle des maladies transmissibles (Conférence fédérale-provinciale-territoriale [F/P/T] des sous-ministres de la Santé) et l'intégrer dans le réseau F/P/T pour les préparatifs et les interventions d'urgence. Créer un groupe de travail chargé de l'éthique en santé publique pour éclairer les systèmes de santé publique et déterminer la paternité de la recherche, des publications et autres documents connexes.
Nouveau financement pour la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> Accroître le budget du gouvernement du Canada pour l'agence de santé publique, financer un nouveau programme de partenariats en santé publique offrant du financement à l'échelle provinciale-territoriale [P/T], investir dans la Stratégie nationale d'immunisation et budgétiser un fonds de contrôle des maladies transmissibles.
Stratégie nationale en santé publique	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une stratégie nationale en santé publique travaillant en collaboration avec les gouvernements P/T et les intervenants non gouvernementaux à définir les priorités des principaux aspects des objectifs de santé publique. Intégrer les subventions et programmes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique et les examiner.

Recommandation	Éléments
Planification des urgences, gestion des épidémies et communications en cas de crise	<ul style="list-style-type: none"> • Faire collaborer le Réseau F/P/T de mesures et d'interventions d'urgence et le Réseau F/P/T pour le contrôle des maladies transmissibles et élaborer un plan de gestion des urgences sanitaires qui : <ul style="list-style-type: none"> • Coordonne les mesures et interventions d'urgence aux paliers F/P/T. • Inclut des capacités d'intervention. • Établit une plateforme F/P/T intégrée de planification, de formation et d'exercices pour réagir aux urgences sanitaires. • Élabore et applique des principes en cas de flambées épidémiques d'envergure. • Crée des liens avec les employeurs, certaines industries (touristique et hôtelière) et des organisations non gouvernementales (ONG). • Élaborer une intervention unifiée face aux urgences sanitaires. • Incorporer dans la loi un mécanisme de gestion des crises sanitaires pour les interventions sanitaires d'urgence au palier national (activé conjointement aux lois provinciales sur les mesures d'urgence). • Élaborer des programmes de formation aux paliers F/P/T à l'appui des unités et des établissements locaux de santé publique pour les stratégies de communication en cas de crise ou de risque d'urgences. • Les sous-ministres F/P/T de la Santé devraient appuyer les activités du Réseau F/P/T pour les préparatifs et les interventions d'urgence afin d'améliorer partout les capacités d'appoint, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Créer une capacité intégrée d'évaluation des risques pour les cas d'urgences sanitaires. • Évaluer le Système de Réserve nationale de secours (SRNS) pour optimiser son rôle de soutien aux réactions aux flambées épidémiques d'envergure. • Élaborer un concept d'Équipe d'intervention sanitaire d'urgence et son financement, comprenant l'intervention psychosociale, comme mécanisme réaliste et flexible permettant de répondre au besoin d'une capacité d'appoint en ressources humaines.
Surveillance, collecte de données et diffusion	<ul style="list-style-type: none"> • Accorder la priorité à la surveillance des maladies infectieuses avec le Réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles, financer des programmes de formation pour la mise en œuvre des programmes de surveillance et faciliter la création à plus long terme d'un système de surveillance pour collecter, analyser et diffuser aux intervenants concernés les données des laboratoires et des installations de santé sur les maladies infectieuses et non infectieuses. • Sachant qu'il faudra du temps pour créer une agence de santé publique pancanadienne, en arriver à des ententes administratives pour une surveillance concertée des maladies infectieuses et des réactions aux flambées épidémiques. • Créer un groupe de travail chargé de l'infrastructure de santé publique et des investissements éventuels à consentir pour améliorer la surveillance des maladies et les lier aux systèmes d'information sur la santé publique et de nature clinique.

Recommandation	Éléments
Clarification du contexte de législation et de réglementation	<ul style="list-style-type: none"> Lancer un examen de l'application de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques au secteur de la santé (gouvernement du Canada) et examiner le traitement des renseignements personnels sur la santé en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Le gouvernement du Canada devrait lancer une initiative de renouvellement du cadre législatif de la surveillance des maladies et de la gestion des épidémies et harmoniser la législation sur les situations d'urgence concernant les crises de santé publique. Si ce qui précède ne peut être établi, le gouvernement du Canada devrait rédiger une loi par défaut pour établir un système de règles de ce genre et préciser les interactions F/P/T.
Renouvellement de l'infrastructure des laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer si les laboratoires de santé publique du pays ont la capacité et les protocoles voulus pour être efficaces lors de la prochaine flambée épidémique. Les autorités P/T et Santé Canada devraient créer un système qui répondra aux besoins de gestion de l'information en cas de grave flambée épidémique ou d'une épidémie. La conférence des sous-ministres F/P/T devrait lancer un examen complet du rôle des laboratoires dans les systèmes de surveillance nationale des maladies infectieuses. Le gouvernement du Canada devrait investir dans l'expansion du Réseau canadien des laboratoires de santé publique afin d'intégrer les laboratoires hospitaliers et communautaires. Renforcer les laboratoires P/T et le dépistage des maladies infectieuses. Soutenir la participation aux réseaux de laboratoires internationaux. Le Réseau de laboratoires de santé publique canadien et/ou le Réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles devrai(en)t rendre compte du rendement et des écarts.
Renforcement des capacités de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Affecter des fonds à la capacité de recherche nationale sur les aspects épidémiologiques et de laboratoire des maladies infectieuses émergentes et les autres menaces pour la santé de la population. Investir dans la capacité scientifique de santé publique dans les P/T et les régions. Le Réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles, en partenariat avec les IRSC et le milieu canadien de la recherche, devrait élaborer des protocoles précis de direction et de coordination des futures interventions de recherche épidémiologique. Veiller à ce que l'Équipe d'intervention sanitaire d'urgence n'ait pas seulement une capacité d'appoint renforcée pour le confinement de l'épidémie. Les organismes F/P/T devraient partager des renseignements et mettre en œuvre des bases de données. Créer un groupe de travail sur les maladies infectieuses émergentes pour recommander des priorités de recherche et des méthodes de financement. Collaborer avec les universités pour améliorer les possibilités de formation en recherche sur les maladies infectieuses et la gestion des épidémies dans la totalité des disciplines concernées. Renforcer les fonctions de recherche-développement (R et D) pour la vulgarisation des connaissances internationales dans le domaine de la santé, notamment des maladies infectieuses émergentes dans le monde. Promouvoir un partenariat pratique public-privé avec les industries de la biotechnologie, de la technologie de l'information et pharmaceutique.

Recommandation	Éléments
Renouvellement des ressources humaines en santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec les intervenants concernés aux paliers P/T et au sein des ONG en vue d'une stratégie de renouvellement des ressources humaines de santé publique. • Soutenir la formation en santé publique dans les carrières où il existe un besoin et renforcer les carrières disponibles. • Élaborer des plans d'urgence pour limiter les effets néfastes des épidémies de maladies infectieuses sur les étudiants et stagiaires et optimiser les possibilités d'apprentissage de ces événements.
Enjeux internationaux	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le Réseau d'information sur la santé mondiale. • L'Agence canadienne de santé publique devrait avoir pour mandat de s'engager davantage sur le plan international dans le domaine des maladies infectieuses émergentes. • L'Agence canadienne de santé publique devrait être responsable des communications avec les organismes de santé (publique) dans le monde, p. ex. l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains. • Examiner les techniques et protocoles de dépistage des voyageurs pour que ces mesures soient fondées sur l'efficacité de la santé publique, tenir compte des ressources financières et humaines nécessaires pour mettre en œuvre ces mesures et en assurer la continuité, et collaborer avec d'autres pays pour savoir s'il faut les modifier. • Collaborer avec des partenaires internationaux afin de lancer un processus multilatéral (sous les auspices de l'OMS) pour établir des normes concernant les recommandations et les alertes aux voyageurs. • Appliquer une quarantaine aux points d'entrée du pays avec des agents de quarantaine formés, disponibles pour réagir aux risques pour la santé et pour offrir des renseignements au personnel des douanes, des aéroports et des lignes aériennes, et collaborer avec les administrations aéroportuaires pour que ce soit fait. • Renseigner les passagers à l'arrivée et au départ sur les endroits où il existe des menaces pour la santé et quand, sur les mesures de précaution à prendre, sur la façon d'identifier les symptômes de la maladie et sur les premières étapes à suivre en cas d'infection soupçonnée. • Les plans d'intervention F/P/T et municipaux devraient comprendre des protocoles spécifiques aux voies d'entrée des maladies infectieuses, ainsi que des protocoles sur les mesures de protection des employés et la décontamination des aéronefs, bateaux ou installations.

Recommandation

Éléments

- Les ministères F/P/T de la Santé devraient favoriser le dialogue avec les travailleurs de la santé, leurs associations, leurs organes de réglementation et leurs syndicats, les experts en droit du travail et éthique et les autres ministères concernés au sujet des droits dans les installations de soins.
- Les directeurs généraux d'hôpitaux et les régions sociosanitaires devraient veiller à ce qu'un réseau régional des maladies infectieuses soit officiellement mis en place pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies dans les hôpitaux pour pouvoir intervenir en cas d'épidémies de maladies infectieuses, et établir des liens avec les établissements et un programme national de surveillance.
- Les ministères P/T de la Santé devraient :
 - S'assurer que les plans d'urgence contiennent des dispositions prévoyant des indemnités appropriées pour les personnes qui sont tenues de répondre à l'urgence et pour celles qui sont touchées par elle.
 - Revoir leurs statuts et règlements de manière à obliger chaque hôpital ou région sociosanitaire à normaliser et à mettre à jour les protocoles de gestion des épidémies.
 - S'assurer que les services des urgences aient la capacité physique d'isoler, de contenir et de gérer les cas de maladies infectieuses, et leur octroyer les fonds nécessaires à cet égard.
 - S'assurer que les hôpitaux ont suffisamment de chambres d'isolement à pression négative pour traiter les patients atteints de maladies infectieuses.
 - S'assurer qu'en situation d'urgence, au moins un hôpital par région possède suffisamment d'installations et autres infrastructures pour servir de centre régional en cas d'épidémies de maladies infectieuses.
 - S'assurer que des systèmes sont élaborés pour diffuser des informations de façon uniforme au cours d'une épidémie de maladie infectieuse.
 - Inviter le Conseil canadien d'agrément des services de santé à collaborer avec les intervenants en cause pour renforcer les normes en matière de prévention des infections, les lignes directrices et les outils – établis par les experts – qui s'appliquent aux services d'urgence de même qu'à la gestion des épidémies dans les établissements de soins de santé.
- Le directeur général de chaque hôpital ou région sociosanitaire devrait s'assurer que les interrelations des hôpitaux avec les autorités du Service de santé publique aux niveaux local et provincial sont clairement établies dans le protocole de chaque hôpital pour la gestion des épidémies.
- Offrir une formation permanente au personnel hospitalier et une formation en communication de crise aux principaux dirigeants en matière de santé.
- Les dirigeants en santé publique, les directeurs généraux responsables des installations et de la santé au niveau régional, en collaboration avec les représentants des syndicats, des associations professionnelles et les personnes intéressées, devraient mettre en place un processus ou mécanisme pour faire participer les travailleurs de la santé publique et les professionnels de la santé de première ligne à la planification des épidémies de maladies infectieuses ou autres urgences en matière de santé.

Questions touchant les systèmes cliniques et de santé publique

ANNEXE 2. FONCTIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Comme les soins de santé, les services de santé publique au Canada sont principalement de compétence provinciale et territoriale (P/T). Autrement dit, la plupart sont offerts au sein de structures P/T qui présentent des ressemblances et des différences. Depuis quelques dizaines d'années, la plupart des P/T sont passés à des systèmes d'administrations sanitaires régionales. De plus amples informations sont disponibles dans un rapport sur les systèmes de santé publique au Canada accessible ici : <https://www.phpc-mspc.ca/page-1842209>.

Certaines provinces, surtout les plus peuplées, ont un organisme provincial responsable de la santé publique, comme le B.C. Centre for Disease Control (BCCDC), Santé publique Ontario (SPO) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Le gouvernement fédéral joue un rôle en ce qui a trait aux services de santé publique offerts dans les établissements de correction, avec des partenaires autochtones et dans d'autres milieux particuliers. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) joue un grand rôle en soutenant la coordination nationale entre les P/T et en produisant des guides et des ressources qui peuvent être adaptés au contexte provincial ou territorial au besoin. D'autres organismes nationaux jouent aussi des rôles clés dans le plaidoyer, la recherche et d'autres activités liées à la santé publique.

Les fonctions de base de la santé publique, comme on les appelle généralement au Canada, sont énumérées ci-dessous avec des exemples pertinents pour la COVID-19. Beaucoup de ces fonctions sont exercées en partenariat, mais les équipes de santé publique jouent un rôle directeur ou un rôle clé dans ces domaines. Bien que ce ne soit pas explicitement mentionné pour chacune des fonctions ci-dessous, les retards et les interruptions survenus dans toutes les activités de santé publique non liées à la COVID-19 sont aussi d'importants motifs de préoccupation.

- 1. Évaluation de la santé des populations :** Les évaluations de la santé des populations décrivent l'état de santé et les besoins d'un groupe de gens bien défini à l'aide de démarches quantitatives et qualitatives. Elles sont indispensables à une meilleure compréhension des résultats cliniques, des comportements de santé et des déterminants sociaux de la santé. Comme les mécanismes de surveillance de la santé, elles fournissent des données démographiques pour la pratique en santé publique. Ces évaluations ont été essentielles durant la COVID-19 pour comprendre les effets – attendus et inattendus – du virus et de la riposte sur les résultats cliniques et l'équité.
- 2. Surveillance de la santé :** Les organismes de santé publique amorcent, guident et résument le suivi des données sur les cas, les hospitalisations, les décès, les tests et les taux de vaccination. Ils assurent aussi la collecte et la gestion des données sur les comorbidités et les déterminants sociaux de la santé, ainsi que des informations émergentes sur la COVID de longue durée.
- 3. Protection de la santé :** Les équipes de santé publique sont spécialistes des services de santé publique fondés sur les preuves dans la lutte contre les maladies transmissibles, comme la prise en charge des cas et des contacts et la gestion des éclosions pour de nombreuses maladies transmissibles, dont la COVID-19. Elles s'occupent aussi d'autres dangers pour la santé et veillent à la salubrité de l'air, des aliments et de l'eau.

- 4. Promotion de la santé :** La promotion de la santé permet aux particuliers et aux communautés de mieux contrôler leur santé et d'améliorer leurs résultats cliniques. Le travail intersectoriel lié aux déterminants sociaux de la santé peut en faire partie. Le soutien à la santé mentale a lui aussi été important au cours de la pandémie.
- 5. Prévention des maladies et des blessures :** Cette fonction de base comprend notamment les programmes de dépistage, les efforts de vaccination et les programmes de soins de santé préventifs. Les équipes de santé publique sont chargées de la gestion, de la promotion et du suivi des taux de vaccination contre la COVID-19. Plus généralement, la santé publique s'intéresse aux maladies chroniques et à d'autres maladies comme le cancer, en mettant l'accent sur les stratégies de prévention. Les retards accumulés dans les chirurgies et les dépistages d'autres maladies à cause de la pandémie de COVID-19 présenteront des difficultés considérables dans ce domaine à court et à long terme.
- 6. Mesures et interventions d'urgence :** Cette fonction est considérée comme étant essentielle à la santé publique depuis quelques dizaines d'années. Les équipes de santé publique travaillent en partenariat avec d'autres sur la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de structures d'intervention d'urgence et de plans d'intervention. Ces éléments sont continuellement mis à jour à la lumière des preuves les plus récentes et sont appliqués en collaboration avec les gouvernements.

ANNEXE 3. LIENS VERS D'AUTRES RAPPORTS PERTINENTS ACCESSIBLES AU PUBLIC

N.B. : La liste suivante n'est ni complète, ni exhaustive, mais nous espérons qu'elle sera utile à d'autres. La littérature spécialisée et les organismes internationaux ne sont pas abordés dans ces tableaux.

Tableau 2. Examens et rapports clés sur le SRAS, la grippe H1N1, la COVID-19 et d'autres

Titre du rapport	Organisme/Auteur	Palier	Mois et année	Lien
Examens du SRAS				
Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada	Santé Canada	National	Octobre 2021	Lien vers le rapport
Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir	Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie	National	Novembre 2003	Lien vers le rapport
Commission sur le SRAS	Juge Archie Campbell	Provincial (Ontario)	Décembre 2006	Lien vers le rapport
Rapport final du Comité d'experts de l'Ontario sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (gouvernement de l'Ontario)	Provincial (Ontario)	Avril 2004	Lien vers l'introduction
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : Statut de la flambée et leçons pour l'avenir	Organisation mondiale de la santé (OMS) : Maladies transmissibles : Surveillance et Action	International	Mai 2003	Lien vers le rapport
Examens de la grippe H1N1				
Présentation de l'AMC au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes : Préparation et réponse à la grippe A H1N1	Association médicale canadienne (AMC)	National	Octobre 2009	Lien vers le rapport

Lettre au Dr David Butler-Jones sur la grippe H1N1	Association médicale canadienne (AMC), Association canadienne de santé publique (ACSP), Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire (SNSMC) et Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)	National	Août 2009	Lien vers le rapport
Leçons tirées des premières lignes : Rapport sur la grippe pandémique A(H1N1)	Association médicale canadienne (AMC), Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire (SNSMC)	National	Juillet 2010	Lien vers le rapport
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 et Santé Canada	National	Novembre 2010	Lien vers le rapport
La réponse du Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009	Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie	Municipal, provincial-territorial, national	Décembre 2010	Lien vers le rapport
Main operational lessons learnt from the WHO Pandemic Influenza A(H1N1) Vaccine Deployment Initiative	Organisation mondiale de la santé (OMS)	International	Décembre 2010	Lien vers le rapport
Evolution of a pandemic: A(H1N1) 2009	Organisation mondiale de la santé (OMS)	International	Avril 2009 à août 2010	Lien vers le rapport
Répercussions de la pandémie de H1N1 sur les hôpitaux canadiens	Institut canadien d'information sur la santé		Novembre 2010	Lien non trouvé
Examens de la COVID-19				
COVID-19 : Réponse du Canada	Gouvernement du Canada	National		Lien vers l'intervention
Annonces liées à la COVID-19	Gouvernement du Canada	National		Lien vers les annonces
La riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID-19 : un examen	Association canadienne de santé publique (ACSP)	National	Février 2021	Lien vers l'examen
Stratégie pancanadienne de données sur la santé. Rapport 1 du Comité consultatif d'experts : Tracer la voie vers l'ambition	Comité consultatif d'experts de la Stratégie pancanadienne de données sur la santé, Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	National	Juin 2021	Lien vers le rapport

La Stratégie pancanadienne de données sur la santé : Rapports et sommaires du comité consultatif d'experts	Comité consultatif d'experts de la Stratégie pancanadienne de données sur la santé, Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	National	Dates diverses 2020-2021	Lien vers les comptes rendus des réunions
Lien vers toutes les publications du Forum des politiques publiques (FPP)	Forum des politiques publiques (FPP)	National	Dates diverses	Lien vers les publications
Report 1: The Waiting is the Hardest Part	Forum des politiques publiques (FPP)	National	Janvier 2021	Lien vers le rapport
Report 2: Support for a Canadian "Vaccine Passport"	Forum des politiques publiques (FPP)	National	Février 2021	Lien vers le rapport
Report 3: Do Vaccine Brand Preferences Exist?	Forum des politiques publiques (FPP)	National	Mars 2021	Lien vers le rapport
Report 4: Do We Still Have a Consensus Around COVID-19	Forum des politiques publiques (FPP)	National	Avril 2021	Lien vers le rapport
Report 5: Reaching the Vaccine Hesitant	Forum des politiques publiques (FPP)	National	Mai 2021	Lien vers le rapport
Report 6: Three Areas in Which Pandemic Management Could Have Been Better	Forum des politiques publiques (FPP)	National	Juillet 2021	Lien vers le rapport
Divers				
Revitalizing Ontario's Public Health Capacity: The Final Report of the Capacity Review Committee		National	Mai 2006	Lien vers le rapport
alPHA Response to Final Report	Association of Local Public Health Agencies	National	Juillet 2006	Lien vers l'intervention
Walkerton Inquiry	Ministère du Procureur général de l'Ontario	National	Septembre 2002	Lien vers le rapport
Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada	Ministre de la Santé	National	Dernière modification le 5 février 2015	Lien vers la Loi
Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada (rapport Romanow)	Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada	National	Novembre 2002	Lien vers le rapport
Report of the Health Planning Task Force	Health Planning Taskforce, ministère des Finances de l'Ontario	Provincial (Ontario)	1974	Lien vers le rapport
Association canadienne de santé publique (ACSP)				
La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada		National	Mai 2019	Lien vers le document d'information

La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada	National	Mai 2019	Lien vers la déclaration de position
La santé publique : un cadre conceptuel	National	Mars 2017	Lien vers le document de travail
La riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID19 : un examen (également indiqué plus haut)	National	Février 2021	Lien vers l'examen
Rapports récents de l'administratrice en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada			
Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif, Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019	National	Décembre 2019	Lien vers le rapport
Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19, Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2020	National	Octobre 2020	Lien vers le rapport
Rapport sur les délibérations dans le cadre de l'échange Meilleurs Cerveaux : Renforcement des déterminants structurels de la santé après la COVID-19	National	Novembre 2020	Lien vers le rapport
Ce que nous avons entendu : peuples autochtones et COVID-19 : rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada	National	Février 2021	Lien vers le rapport

Tableau 3. Liens vers les sites Web d'organismes de santé publique

Organisme	Palier	Lien
Agence de la santé publique du Canada	National	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association canadienne de santé publique	National	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association pour la santé publique de la Colombie-Britannique	Provincial (C.B.)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
BC Centre for Disease Control	Provincial (C.B.)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association pour la santé publique d'Alberta	Provincial (Alberta)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association pour la santé publique de la Saskatchewan	Provincial (Saskatchewan)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association pour la santé publique du Manitoba	Provincial (Manitoba)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Santé publique Ontario	Provincial (Ontario)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association pour la santé publique de l'Ontario	Provincial (Ontario)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association pour la santé publique du Québec	Provincial (Québec)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Institut national de santé publique du Québec	Provincial (Québec)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association de santé publique du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard	Provincial (N.-B. et Î.P.É.)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »
Association pour la santé publique de Nouvelle-Écosse	Provincial (N.-É.)	Lien non trouvé (www.phans.ca)
Association pour la santé publique des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut	Provincial (T. N.O. et Nunavut)	Lien vers la page « Qui sommes-nous »

Tableau 4. Exemples d'outils et de ressources autochtones

Organisme	Palier	Lien
Premières Nations		
National	Groupe de travail national sur la COVID-19 de l'Assemblée des Premières nations	Lien vers le site Web
	Assemblée des Premières nations : COVID-19	Lien vers les informations sur la COVID-19
Colombie-Britannique	First Nations Health Authority	Lien vers la section sur la COVID-19
	Union of B.C. Indian Chiefs	Lien vers la page des ressources
	First Nations Summit of BC	Lien vers la page des ressources
Alberta	Confederacy of Treaty 6 First Nations	Lien vers la page des ressources
	Treaty 8 First Nations of Alberta	Lien vers la page des ressources
Saskatchewan	Federation of Sovereign Indigenous Nations	Lien vers la page de gestion des urgences
Manitoba	Assemblée des chefs du Manitoba	Lien vers la page d'actualités sur la COVID19
	Manitoba Keewatinowi Okimakanak (MKO)	Lien vers la page d'informations
	Southern Chiefs Organization	Lien vers la page des ressources
Ontario	Chiefs of Ontario	Lien vers la page des actualités et des ressources
	Anishinabek Nation	Lien vers la page des ressources et des actualités de mars 2020 au 28 mai 2020
	Association des Iroquois et des Indiens unis	Lien vers les actualités sur la COVID-19
	Grand Council Treaty No. 3	Lien vers la page des actualités et des ressources sur la COVID-19
	Nation nishnawbe-aski	Énoncé d'appel à l'action sur la COVID-19
Québec	Grand Conseil des Cris	Lien vers la page des actualités sur la COVID-19
Région de l'Atlantique	Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat	Rapports du Conseil économique des provinces de l'Atlantique (CÉPA) Informations sur la COVID-19 pour les pêcheries des Premières Nations de la région de l'Atlantique
Yukon	Conseil des Premières Nations du Yukon	Lien vers la page des actualités
Métis		
National	Ralliement national des Métis	Lien vers la page d'informations sur les vaccins Lien vers les informations, les ressources et l'intervention liées à la COVID-19
Colombie-Britannique	Métis Nation of British Columbia	Page des actualités sur la COVID-19
Alberta	Métis Nation of Alberta	Lien vers la page des ressources sur la COVID-19

Organisme	Palier	Lien
Saskatchewan	Métis Nation of Saskatchewan	Lien vers la page d'informations sur la COVID-19
Manitoba	Fédération Métisse du Manitoba	Lien vers la page d'informations sur la COVID-19 Lien vers des vidéos d'information sur la COVID-19 La Fédération Métisse du Manitoba a publié des vidéos presque quotidiennement entre le 2 avril et le 11 septembre 2020 et publie des vidéos sur l'hésitation vaccinale dans les communautés autochtones.
Ontario	Nation métisse de l'Ontario	Lien vers la page des programmes d'aide en lien avec la COVID-19
Inuits		
National	Rapport d'Inuit Tapiriit Kanatami (l'organisme représentatif national pour la protection et la promotion des droits et intérêts des Inuits au Canada) sur les effets potentiels de la COVID-19 dans l'Inuit Nunangat	Lien vers le rapport Lien vers la page des ressources
National	Pauktuutit Inuit Women of Canada	Lien vers les ressources sur la COVID-19

Tableau 5. Rapports d'audit choisis

Rapports d'audit				
Résultats du rendement pour la fonction d'audit interne à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada	Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada	National	2012-2021	Lien vers les rapports
Rapports sur les résultats ministériels	Agence de la santé publique du Canada	National	2006-2020	Lien vers les rapports
Transparence de Santé Canada	Gouvernement du Canada	National		Lien vers la page Web
Rapports au Parlement par organisation fédérale	Santé Canada	National	2015-2021	Lien vers les rapports
Rapport de vérification - Programme d'immunisation	Agence de la santé publique du Canada	National	Avril 2012	Lien vers le rapport
Audit de la gestion du perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique	Agence de la santé publique du Canada	National	Janvier 2013	Lien vers le rapport
Réponse et plan d'action de la direction – Audit de la gestion du perfectionnement de la main-d'œuvre en santé publique	Agence de la santé publique du Canada	National	Janvier 2013	Lien vers le rapport
Rapport d'audit final – Audit de suivi des communications en situation de crise	Agence de la santé publique du Canada	National	Mars 2013	Lien vers le rapport
Rapport d'audit final – Audit de suivi des mesures et interventions d'urgence	Agence de la santé publique du Canada	National	Mars 2013	Lien vers le rapport

Rapport d'audit final – Audit de suivi de la gestion des laboratoires	Agence de la santé publique du Canada	National	Mars 2013	Lien vers le rapport
Rapport d'audit final – Audit des valeurs et de l'éthique	Agence de la santé publique du Canada	National	Juin 2013	Lien vers le rapport
Réponse et plan d'action de la direction – Audit des valeurs et de l'éthique	Agence de la santé publique du Canada	National	Juin 2013	Lien vers le rapport
Rapport d'audit final – Audit des activités de surveillance	Agence de la santé publique du Canada	National	Octobre 2013	Lien vers le rapport
Réponse et plan d'action de la direction – Audit des activités de surveillance	Agence de la santé publique du Canada	National	Octobre 2013	Lien vers le rapport
Audit des Contrats et de l'approvisionnement à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada – Rapport définitif	Agence de la santé publique du Canada	National	Octobre 2019	Lien vers le rapport
Audit des activités de surveillance	Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada	National	Septembre 2020	Lien vers le rapport
Audit de la surveillance – Réponse et plan d'action de la direction	Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada	National	Septembre 2020	Lien vers le rapport
Audit du développement des systèmes de technologie de l'information à l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada – Rapport définitif	Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada	National	Mars 2020	Lien vers le rapport
Audit du développement des systèmes de technologie de l'information à Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada – Réponse et plan d'action de la direction	Agence de la santé publique du Canada	National	2020	Lien vers le rapport
Audit de la prestation des services de dotation	Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada	National	Mars 2021	Lien vers le rapport
Audit de la prestation des services de dotation	Agence de la santé publique du Canada	National	Mars 2021	Lien vers le rapport
Audit de la prestation de services de dotation – Réponse et plan d'action de la direction	Agence de la santé publique du Canada	National	Mars 2021	Lien vers le rapport
Autres rapports d'audit provinciaux et territoriaux		Provincial-territorial		Voir les sites Web provinciaux-territoriaux

Tableau 6. Déclarations des sociétés nationales de spécialistes en lien avec la COVID-19

(N.B. : la liste n'est pas exhaustive; elle n'inclut pas les ressources réservées aux membres)

Titre de l'énoncé	Organisme	Date	Lien
Page de ressources sur la COVID-19	Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada		Lien vers la page Web
L'AMMI Canada exhorte les chefs de file politiques et les organismes de santé du Canada à faire de la vaccination contre la COVID-19 une condition d'emploi pour les travailleurs de la santé	Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada	8 septembre 2021	Lien vers la déclaration
CACAP Statement on the COVID-19 Pandemic's Effects on Child and Adolescent Mental Health	Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4 juin 2021	Lien vers la déclaration
Position Statement for Mental Health Care in Long-Term Care During COVID-19	Académie canadienne de gérontopsychiatrie	22 février 2021	Lien vers la déclaration
«Restez actif, restez en sécurité»: Énoncé de position de l'ACMSE sur l'accès à l'activité physique pendant la COVID-19	Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice	27 avril 2020	Lien vers la déclaration
Considérations éthiques liées à l'équipement de protection individuelle (EPI) en période de rareté	Société canadienne des anesthésiologistes	8 avril 2020	Lien vers la déclaration
Énoncé de position – Reprise des chirurgies non urgentes à la suite de la COVID-19	Société canadienne des anesthésiologistes	1 ^{er} juin 2020	Lien vers la déclaration
Énoncé de position conjoint de la Société canadienne de l'imagerie mammaire et de l'Association canadienne des radiologistes sur [la] COVID-19	Association canadienne des radiologistes et Société canadienne de l'imagerie mammaire	16 mars 2020	Lien vers la déclaration
Déclaration de l'Association canadienne des radiologistes sur l'accès à la vaccination contre la COVID-19 pour les professionnels de l'imagerie médicale	Association canadienne des radiologistes	16 décembre 2020	Lien vers la déclaration
Canadian Society of Thoracic Radiology/Canadian Association of Radiologists Consensus Statement Regarding Chest Imaging in Suspected and Confirmed COVID-19	Société canadienne de radiologie thoracique et Association canadienne des radiologistes	8 mai 2020	Lien vers la déclaration
Recommandations de la Société canadienne de l'imagerie mammaire et l'Association canadienne des radiologistes pour la gestion de l'adénopathie axillaire chez les patients ayant récemment reçu un vaccin contre la COVID-19 – Mise à jour	Association canadienne des radiologistes et Société canadienne de l'imagerie mammaire	23 mars 2021	Lien vers la déclaration
Prise de position de Transplantation et thérapie cellulaire Canada concernant le vaccin contre la COVID-19	Transplantation et thérapie cellulaire Canada (D ^r K. Paulson au nom du Comité des directeurs BMT du CTTC)	5 janvier 2021	Lien vers la déclaration

Titre de l'énoncé	Organisme	Date	Lien
Position Statement on COVID-19	Transplantation et thérapie cellulaire Canada	30 octobre 2020	Lien vers la déclaration
Soins de fertilité pendant la pandémie de la COVID-19: Principes directeurs pour aider les cliniques canadiennes de PMA à reprendre les services et les soins	Société canadienne de fertilité et d'andrologie	3 juin 2020	Lien vers la déclaration
CHRS Position Statement Regarding Procedure Prioritization During the COVID-19 Pandemic	Société canadienne de rythmologie	8 avril 2020	Lien vers la déclaration
Énoncé de position de l'ACO – Rémunération des orthopédistes pendant la pandémie de COVID-19	Association canadienne d'orthopédie	2020	Contacter policy@canorth.org pour en obtenir une copie
La prise en charge aiguë de la COVID-19 en pédiatrie	Société canadienne de pédiatrie	3 mai 2021	Lien vers la déclaration
Les vaccins contre la COVID-19 pour les enfants	Société canadienne de pédiatrie	12 juillet 2021	Lien vers la déclaration
La COVID-19 et la psychiatrie au Canada	Association des psychiatres du Canada	1 ^{er} juillet 2020	Lien vers la déclaration
Canadian Rheumatology Association Position Statement on COVID-19 Vaccination	Société canadienne de rhumatologie	21 janvier 2021	Lien vers la déclaration
Énoncé de position de la Société canadienne de rhumatologie sur les soins virtuels	Société canadienne de rhumatologie	29 avril 2021	Lien vers la déclaration
Énoncé de position de la Société canadienne de rhumatologie sur la COVID19 et l'approvisionnement en hydroxychloroquine	Société canadienne de rhumatologie	1 ^{er} avril 2020	Lien vers la déclaration
Comment la COVID-19 transforme la médecine de la dépendance	Société médicale canadienne sur l'addiction	Mai 2021	Lien vers le compte rendu du congrès
Déclaration sans titre sur le vaccin Pfizer	Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique	15 décembre 2021	Lien vers la déclaration
Page de ressources sur la COVID-19	Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique		Lien vers la page Web
The Canadian Society of Breast Imaging (CSBI) and the Canadian Association of Radiology (CAR) Guidelines for Breast Imaging during the COVID-19 Pandemic	Société canadienne de l'imagerie mammaire et Association canadienne des radiologistes	2 avril 2020	Lien vers les lignes directrices
Énoncé de position conjoint de la Société canadienne de l'imagerie mammaire et de l'Association canadienne des radiologistes sur [la] COVID-19	Société canadienne de l'imagerie mammaire et Association canadienne des radiologistes	16 mars 2020	Lien vers la déclaration
Urgent Prioritization of Dialysis Patients for COVID-19 Vaccinations	Société canadienne de néphrologie	18 janvier 2021	Lien vers la déclaration

Titre de l'énoncé	Organisme	Date	Lien
Canadian Society of Otolaryngology - Head & Neck Surgery (CSO) Position Paper on Sinus and Skull Base Surgery during the COVID-19 Pandemic	Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale	14 juillet 2020	Lien vers la déclaration
Return to Otolaryngology – Head & Neck Surgery Clinic Practice During the COVID-19 Pandemic Recommendations from the CSO-HNS Taskforce	Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale	23 mai 2020	Lien vers la déclaration
Input to the Public Health Agency of Canada: Palliative Care as Part of Pandemic Planning	Société canadienne des médecins de soins palliatifs	19 mai 2020	Lien vers la déclaration
Immediate Issues and Recommendations Regarding Provision of Palliative Care During the COVID-19 Pandemic	Société canadienne des médecins de soins palliatifs	22 avril 2020	Lien vers le mémoire
Ibuprofen Use and COVID-19: What Do the Data Say?	Société canadienne de pharmacologie et de thérapeutique		Lien vers la déclaration
COVID-19, Chloroquine and Hydroxychloroquine: Is There Fire Beneath the Smoke?	Société canadienne de pharmacologie et de thérapeutique		Lien vers la déclaration
Bronchoscopy during the COVID-19 pandemic: A Canadian Thoracic Society position statement	Société canadienne de thoracologie	14 juin 2021	Lien vers la déclaration
Reprise des tests de fonction pulmonaire pendant la pandémie de COVID-19	Société canadienne de thoracologie et Société canadienne des thérapeutes respiratoires	16 novembre 2021	Lien vers la déclaration
Mise à jour sur le dépistage prénatal durant la pandémie de COVID-19	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	20 août 2021	Lien vers la déclaration
Déclaration de la SOGC sur la vaccination contre la COVID-19 pendant la grossesse	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	4 novembre 2021	Lien vers la déclaration
Déclaration de la SOGC sur la campagne Choisir avec soin en obstétrique et gynécologie pendant et après la pandémie de la COVID-19	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	5 mai 2021	Lien vers la déclaration
Déclaration de la SOGC sur les vaccins anti-COVID-19 et les événements indésirables rares de thrombose associée à un faible taux de plaquettes	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	20 avril 2021	Lien vers la déclaration
Déclaration de la SOGC concernant les femmes et les personnes enceintes atteintes de la COVID-19 admises dans les unités de soins intensifs (USI) en Ontario	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	15 avril 2021	Lien vers la déclaration
SOGC Statement on Pregnant Workers during the COVID-19 Pandemic	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	Date de ré-affirmation : 15 février 2021	Lien vers la déclaration
Statement on Pediatric and Adolescent Gynecologic Care During and After the COVID-19 Pandemic	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	15 décembre 2020	Lien vers la déclaration

Titre de l'énoncé	Organisme	Date	Lien
Summary of Provincial and Territorial Covid-19 Reporting Dashboards	Médecins de santé publique du Canada	15 juin 2020	Lien vers le résumé
Arrêt sur image des politiques provinciales et territoriales de visite des établissements de soins de longue durée	Médecins de santé publique du Canada	18 juin 2020	Lien vers le résumé
Analyse sélective des recommandations des provinces et territoires canadiens sur le port du masque non médical	Médecins de santé publique du Canada	31 août 2020	Lien vers le résumé
Analyse sélective des recommandations des provinces et territoires canadiens pour le retour en classe	Médecins de santé publique du Canada	15 septembre 2020	Lien vers le résumé
Analyse rapide des MSPC : Ressources sur le bien-être et l'épuisement professionnel	Médecins de santé publique du Canada	1 ^{er} janvier 2021	Lien vers l'analyse
Revue rapide : Stratégies de prise en charge des cas de COVID-19 et de leurs contacts au Canada	Médecins de santé publique du Canada	Novembre 2020	Lien vers le résumé
Guide des MSPC – Prise en charge des cas et des contacts	Médecins de santé publique du Canada	Septembre 2020	Lien vers le guide
Analyse sélective des politiques de passeport vaccinal des provinces et territoires canadiens	Médecins de santé publique du Canada	23 septembre 2021	Lien vers le résumé
Snapshot of Back-to-School Recommendations Across Canadian Provinces and Territories	Public Health Physicians of Canada	September 15, 2020	Link to summary
PHPC Quick Scan – Resources on Wellness and Burnout	Public Health Physicians of Canada	January 1, 2021	Link to quick scan
Rapid Review: COVID-19 Case and Contact Management Strategies in Canada	Public Health Physicians of Canada	November 2020	Link to rapid review
PHPC Primer: Case and Contact Management	Public Health Physicians of Canada	September 2020	Link to primer
Snapshot of Vaccine Passports Policies Across Canadian Provinces & Territories	Public Health Physicians of Canada	September 23, 2021	Link to summary

Tableau 7. Déclarations de l'AMC en lien avec la COVID-19

(N.B. : la liste n'est pas exhaustive; elle n'inclut pas les ressources réservées aux membres)

Titre du rapport	Date	Lien
Considérations à court terme relatives à la COVID19 – Rapport à la haute direction	Août 2020	Lien vers le rapport
Mémoire prébudgétaire de l'AMC pour 2022	5 août 2021	Lien vers le rapport
Mémoire prébudgétaire de l'AMC	7 août 2020	Lien vers le rapport
Une nouvelle vision des soins de santé au Canada : Atténuer les effets d'une population vieillissante. Mémoire prébudgétaire 2016 présenté au ministre des Finances	29 février 2016	Lien vers le rapport
Une économie plus robuste grâce à une population en meilleure santé : Association médicale canadienne mémoire pré-budgétaire 2012-2013	1 ^{er} novembre 2012	Lien vers le rapport
Lettre - Mémoire prébudgétaire de 2006 présenté par l'AMC au Ministre des Finances	19 avril 2006	Lien vers le rapport
Ordonnance pour la productivité : vers un système de santé plus efficient, équitable et efficace : Mémoire prébudgétaire de 2005 présenté par l'AMC au Comité permanent des finances	24 octobre 2005	Lien vers le rapport
Harmoniser les politiques de santé et les politiques économiques dans l'intérêt des Canadiens : Mémoire prébudgétaire de 2004 présenté par l'AMC au Comité permanent des finances	18 novembre 2004	Lien vers le rapport
Des Canadiens en santé pour une économie productive : L'Association médicale canadienne mémoire présenté au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires de 2011	13 août 2010	Lien vers le rapport
Une population en santé pour une économie plus robuste : Mémoire de l'AMC présenté au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires	12 août 2011	Lien vers le rapport
Des générations en meilleure santé pour une économie prospère Association médicale canadienne : Mémoire présenté au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations pré-budgétaires de 2013-2014	6 novembre 2013	Lien vers le rapport
Mémoire de l'AMC présenté à Finances Canada dans le contexte des consultations prébudgétaires de 2012	12 janvier 2012	Lien vers le rapport
Des incitations fiscales pour de meilleures conditions de vie - Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires, le 15 août 2007	15 août 2007	Lien vers le rapport
Transformer les soins de santé et garantir l'avantage concurrentiel du Canada : Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires	14 août 2009	Lien vers le rapport

Améliorer l'accès à des soins de santé de calibre mondial en accélérant les investissements dans les technologies de l'information en santé : Mémoire présenté par l'AMC au Comité permanent des finances dans le contexte de ses consultations prébudgétaires de 2009	15 août 2008	Lien vers le rapport
L'examen annuel par l'AMC du système de santé du Canada : Mémoire présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes Consultations prébudgétaires	25 septembre 2003	Lien vers le rapport
Prendre le virage : Du débat à l'action : Mémoire présenté au Comité permanent des finances Consultations prébudgétaires	22 octobre 2002	Lien vers le rapport
Consultations prébudgétaires 2015: Notre population vieillissante a besoin d'un leadership fédéral solide	31 juillet 2007	Lien vers le rapport
Saisir l'occasion : des investissements fédéraux ponctuels dans la santé : Mémoire supplémentaire présenté au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires	8 novembre 2002	Lien vers le rapport
Une population en santé pour une économie plus robuste : Exposé présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent des finances dans le cadre des consultations prébudgétaires	18 octobre 2002	Lien vers le rapport
Témoignage de l'AMC devant le Comité permanent des Finances de la Chambre des communes : Consultations prébudgétaires 2010-2011	27 octobre 2010	Lien vers le rapport
Réponses de l'AMC au questionnaire du Comité permanent des finances de la Chambre des communes : Consultations prébudgétaires de 2012-2013	3 août 2012	Lien vers le rapport
Mémoire présenté au Comité permanent des finances dans le cadre des consultations prébudgétaires : Pour garantir notre avenir... Établir l'équilibre entre les besoins actuels urgents et les grands défis de demain en matière de santé	1 ^{er} novembre 2001	Lien vers le rapport
Répondre aux besoins d'aujourd'hui et de demain dans le domaine de la santé : Mémoire prébudgétaire présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes	2 août 2019	Lien vers le rapport
Mémoire de l'Association médicale canadienne au Comité permanent des finances au sujet du budget de 2007	27 septembre 2006	Lien vers le rapport
Lettre - Mémoire présenté par l'AMC au Ministre de la Santé	6 septembre 2000	Lien vers le rapport
Programme de crédits d'impôt pour personnes handicapées : Mémoire de l'AMC au Sous-comité de la condition des personnes handicapées (Chambre des communes)	29 janvier 2002	Lien vers le rapport
Mémoire de l'AMC au sujet de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique du Canada : Présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie	8 octobre 2003	Lien vers le rapport
Mémoire en réponse à la consultation sur la Subvention salariale d'urgence du Canada : Le maintien des employés des cliniques médicales sur la liste de paie	5 juin 2020	Lien vers le rapport
Mémoire de l'AMC : Le besoin d'une infrastructure de la santé au Canada	18 mars 2013	Lien vers le rapport
Signal d'alerte : le plan d'action de l'AMC en matière de santé publique : Mémoire au Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique	25 juin 2003	Lien vers le rapport

Recommandations en vue du plan de relance du Canada à long terme - lettre ouverte	27 août 2020	Lien vers le rapport
Équité sociale et accroissement de la productivité	21 septembre 2017	Lien vers le rapport
Rapport Deloitte : Résorber l'arriéré – Coût pour ramener les temps d'attente à leurs niveaux d'avant la pandémie	Octobre 2020	Lien vers le rapport
Documents liés aux recommandations		
Recommandations en vue du plan de relance du Canada à long terme - lettre ouverte	27 août 2020	Lien vers le rapport
Des normes nationales pour les soins de longue durée : L'art du possible?	8 décembre 2020	Lien vers le rapport