



Une vision pour

TRANSFORMER

le système de santé publique du Canada



Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique
sur l'état de la santé publique au Canada 2021

Canada

Also available in English under the title:
The Chief Public Health Officer of Canada's
Report on the State of Public Health in Canada
2021: A Vision to Transform Canada's Public
Health System

Pour obtenir des renseignements
supplémentaires, veuillez communiquer avec :
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 09002
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télécopieur : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel: hc.publications-publications.sc@canada.ca

La présente publication est offerte, sur demande,
en d'autres formats. © Sa Majesté la Reine du
chef du Canada, représentée par le ministre de
la Santé, 2021

Date de publication: décembre 2021

La présente publication peut être reproduite
sans autorisation pour usage personnel ou
interne seulement, dans la mesure où la source
est indiquée en entier.

Cat: HP2-10E-PDF
ISBN: 1924-7087
Pub: 210338

Table des matières

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada 4

À propos du présent rapport 6

Partie 1

La COVID-19 au Canada et dans le monde 8

Pandémie de COVID-19 au Canada 8

Aperçu de l'épidémiologie de la COVID-19 8

Deuxième vague : d'août 2020 à février 2021 12

Troisième vague : de février 2021 à août 2021 14

Effets disproportionnés de la deuxième et troisième vague de la pandémie 17

Effet attendu de la vaccination sur la quatrième vague 24

La situation de la COVID-19 au Canada dans un contexte mondial 26

Conséquences sanitaires et sociales générales de la COVID-19 au Canada 27

L'espérance de vie générale a probablement diminué pendant la pandémie 27

Problèmes de santé prévisibles à l'horizon 28

La santé mentale de la population canadienne s'est détériorée pendant la pandémie 30

Effets de la COVID-19 sur la consommation de substances 32

Déterminants sociaux de la santé 33

De nombreuses conséquences de la COVID-19 restent sans doute encore à venir 36

Principaux défis et solutions du système de santé publique pendant la pandémie de la COVID-19 37

Assurer l'accès aux données et à l'information pertinentes pour appuyer la prise de décisions complexes 37

Naviguer à travers l'information sur la pandémie 38

Renforcer la collaboration 40

Intégrer les leçons apprises pour se préparer aux éventuelles urgences en santé publique . . . 41

Les éventuelles urgences en santé publique nécessiteront une intervention de l'ensemble de la société, et notamment un système de santé publique plus robuste 44

Partie 2

La santé publique au Canada : possibilités de transformation	45
Ce qu'est la santé publique	46
L'interaction entre la santé publique, la société, l'économie et l'environnement	50
Une seule santé	50
Équité et inclusion en santé et déterminants sociaux de la santé	51
Fonctionnement des systèmes de santé publique au Canada	51
Le système des systèmes de santé publique	51
Le pourquoi et le comment du système de santé publique au Canada	53
Éléments de base du système de santé publique au Canada	55
Défis et possibilités liés au système de santé publique du Canada	60
Élément de base 1 : Interventions en matière de politiques et de programmes	60
Élément de base 2 : Données probantes, connaissances et information	64
Élément de base 3 : Technologies médicales et numériques de pointe en santé	68
Élément de base 4 : Expertise de l'effectif et capacité en ressources humaines	71
Élément de base 5 : Financement	73
Élément de base 6 : Gouvernance, leadership et mobilisation	75

Partie 3

Une vision pour transformer la santé publique au Canada	82
Concrétiser la raison d'être du système de santé publique	82
Principes directeurs	82
Les fondements et les outils pour un système de santé publique plus fort	85
La voie à suivre	89
Domaines d'action prioritaires pour le renouvellement du système de santé publique	89
Favoriser l'excellence de la main-d'œuvre en santé publique	90
Améliorer nos outils	91
Moderniser nos modèles de gouvernance	94
Assurer un financement stable et constant	97
Appels à l'action	98
Annexe A : Méthodologie	99
Processus	99
Limites	101
Portée et recherche documentaire	101
Langage	101
Remerciements	102
Références	104

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada



La pandémie de la COVID-19 représente la plus grande crise de santé publique à laquelle notre pays a été confronté depuis un siècle.

Il ne fait aucun doute que cela a mis à rude épreuve nos systèmes de santé publique. Bien qu'il y ait eu des défis, il y a aussi eu des réalisations remarquables, comme la prise en charge par les peuples autochtones de la réponse à la pandémie dans les communautés autochtones. C'est avec une grande fierté que je souligne que

plus de 28 millions de Canadiennes et Canadiens de 12 ans et plus ont été entièrement vaccinés jusqu'à présent. Compte tenu de l'approbation récente de la première formulation de vaccin contre la COVID-19 du Canada destinée aux enfants de 5 à 11 ans, nous continuerons de voir nos taux de couverture vaccinale augmenter partout au pays.

Il ne fait aucun doute que la pandémie de COVID-19 demeurera une priorité clé en santé publique au Canada dans un avenir prévisible. Au moment de la publication du présent rapport, le Canada est aux prises avec une quatrième vague alimentée par le variant Delta hautement transmissible, et un nouveau variant préoccupant, Omicron, a récemment été identifié par l'Organisation mondiale de la santé. Il est encore trop tôt pour savoir comment ce nouveau variant influera sur les mesures d'intervention du Canada quant à la pandémie, mais son apparition nous rappelle que nous devons demeurer vigilants et adapter nos mesures, au besoin. Simultanément, nous faisons face à d'autres problèmes pressants de santé publique qui requièrent également une action urgente. Cela comprend l'aggravation de la crise liée aux surdoses d'opioïdes, l'augmentation des problèmes de santé mentale, les répercussions des changements climatiques sur la santé et la menace continue de la résistance aux antimicrobiens.

Bien que notre système de santé publique se soit élargi pour répondre aux demandes accrues liées à la COVID-19, il est dangereusement à bout de souffle. La pandémie a mis en lumière les forces de notre système, mais elle a aussi révélé des fissures de longue date dans ses fondations. Le système de santé publique ne dispose pas des ressources et des outils nécessaires pour mener à bien son travail essentiel et il est soumis à des cycles de financement fluctuants qui nous laissent mal préparés face aux nouvelles menaces.

À l'avenir, nous devons nous assurer que notre système de santé publique est mieux équipé pour protéger toutes les personnes qui vivent au Canada et les aider à atteindre une santé optimale.

Autrement dit, nous devons agir maintenant pour faire en sorte que notre avenir post-pandémique soit différent de notre passé pré-pandémique.

Dans mon [rapport annuel de 2020](#), j'ai examiné les conséquences plus vastes de la pandémie et la façon dont les inégalités sociales de santé persistantes ont entraîné des répercussions disproportionnées de la COVID-19 sur certaines populations. Le rapport a souligné la nécessité d'un système de santé publique renforcé, axé sur l'équité en santé et visant à assurer une bonne santé et un bien-être pour tous.

Mon rapport annuel de 2021 se base sur ces conclusions. Il fait appel à divers avis de dirigeants de la santé publique, de chercheurs, d'experts communautaires, de collaborateurs intersectoriels et de dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis. En se basant sur les fondements des systèmes de santé publique au Canada, mon rapport décrit les opportunités stratégiques et les actions clés pour parvenir à un système de santé publique transformé qui nous protège tous contre les défis actuels et émergents en matière de santé publique.

Bien que la pandémie ne soit pas encore terminée, nous en sommes à un moment crucial où nous pouvons nous réunir pour réfléchir à ce que nous avons appris et, collectivement, définir une nouvelle voie à suivre. En unissant nos forces à travers les communautés et les secteurs, nous pouvons entamer le dialogue visant à définir le système de santé publique dont nous avons tous besoin et auquel nous nous attendons, dans la poursuite d'une société prospère et en santé que nous voulons tous. C'est en travaillant ensemble que nous pourrions être sûrs d'y parvenir.

D^{re} Theresa Tam

Administratrice en chef de la santé publique du Canada

À propos du présent rapport

Le rapport annuel de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) de cette année porte sur l'état de la santé publique au Canada. Il décrit les répercussions de la pandémie de COVID-19 et présente une vision prospective pour transformer le système de santé publique du Canada afin qu'il excelle et soit mieux préparé à la prochaine crise de santé publique.

Tout comme le SRAS et la grippe H1N1 dans le passé, la COVID-19 a été un test de résistance pour nos systèmes de santé, sociaux et économiques. La pandémie a souligné l'importance cruciale du système de santé publique pour nous protéger des effets potentiellement dévastateurs des nouveaux virus. Cela comprend le rôle vital que joue la santé publique pour aider à atténuer la pression excessive exercée sur les ressources de soins de santé.

Alors que nous continuons d'être exposés à des menaces changeantes et croissantes pour la santé humaine, comme les changements climatiques, la résistance aux antimicrobiens ou la charge des maladies non contagieuses, nous devons nous assurer que nos systèmes de santé publique sont mieux équipés pour relever ces défis complexes.

Le présent rapport est basé sur le rapport annuel de l'ACSP de l'an dernier intitulé [Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19](#), qui confirme les répercussions inégales de la COVID-19 sur la santé des Canadiennes et des Canadiens. Ce document souligne la nécessité

de renforcer les systèmes de santé publique pour garder les personnes en bonne santé, tout en contribuant à une société florissante.

Le rapport de cette année, *Une vision pour transformer la santé publique au Canada*, est divisé en trois grandes parties.

La **première partie** établit le contexte en donnant un aperçu des principaux événements épidémiologiques de la COVID-19 au Canada entre août 2020 et août 2021. En illustrant les inégalités, les vastes répercussions de la pandémie et les leçons apprises, cette partie fournit d'autres données probantes convaincantes sur la nécessité de renforcer le système de santé publique au Canada.

La **deuxième partie** décrit le rôle unique et l'incidence de la santé publique sur la santé des populations. Elle présente les éléments de base des systèmes de santé publique au Canada et souligne les possibilités d'amélioration à l'échelle systémique.

La **troisième partie** prend appui sur ces possibilités pour offrir une vision d'un système de santé publique de calibre mondial. Elle présente ensuite les éléments nécessaires pour réaliser cette vision et faire en sorte que les conditions soient réunies pour que le Canada soit prêt à relever les défis actuels et futurs en matière de santé publique.

Avis aux lecteurs : Ce rapport a été rédigé en sachant que la pandémie de la COVID-19 et ses répercussions continuent d'évoluer. Compte tenu

de la nécessité de finaliser le rapport bien avant sa publication, il ne couvre pas les changements épidémiologiques, les événements émergents ou la mise en œuvre de mesures de santé publique supplémentaires au-delà de la fin août 2021.

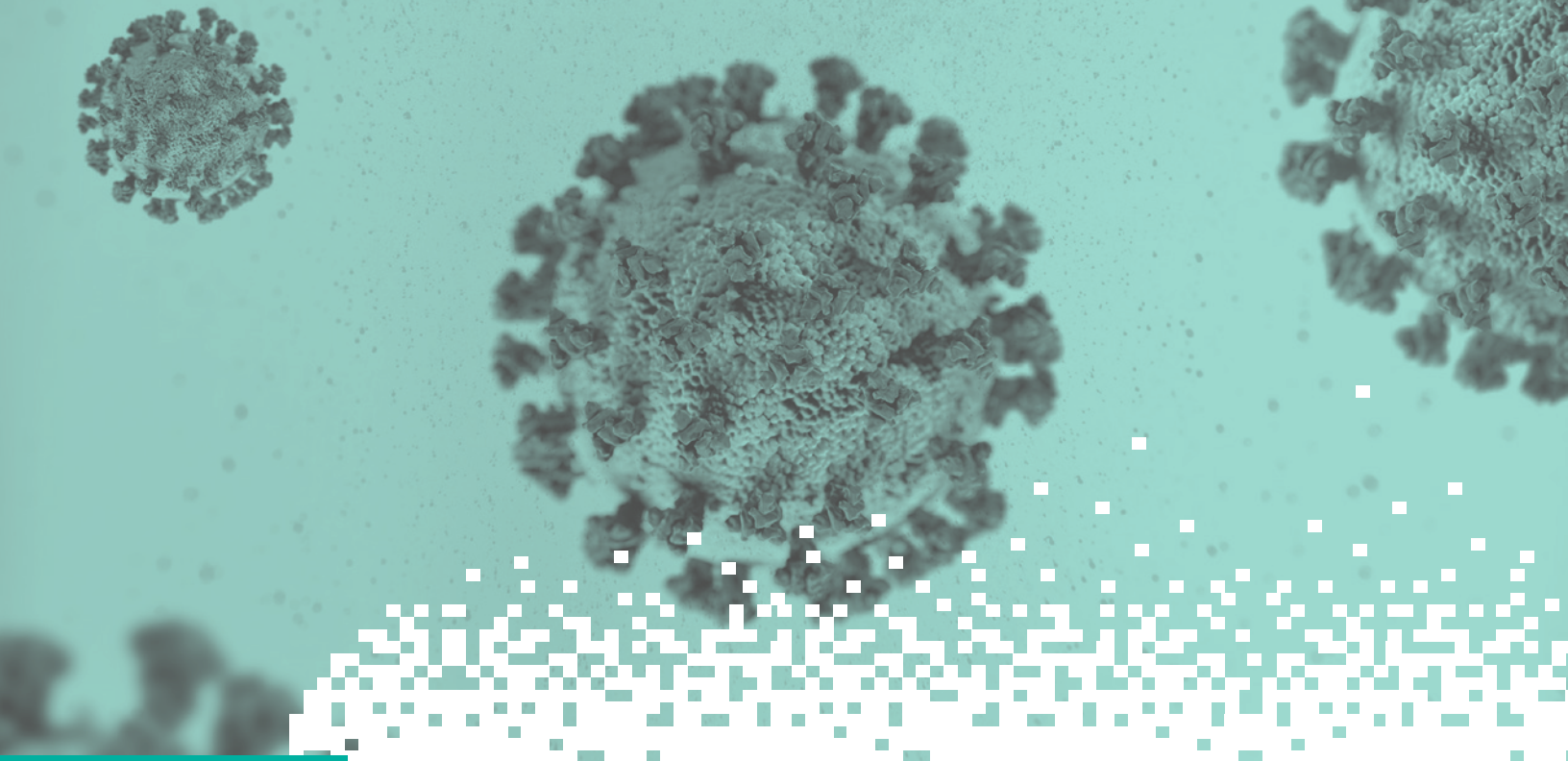
De plus amples détails sur les méthodes et les limites figurent à [l'annexe A](#).

Ce rapport est le fruit du leadership et de l'expertise de nombreux collaborateurs. En particulier, quatre rapports indépendants commissionnés ont été préparés pour éclairer son contenu, qui sera disponible sur le site [web des centres de collaboration nationale en santé publique](#) :

- ▶ Les expériences, les visions et les voix des Premières Nations, des Inuits et des Métis sur l'avenir de la santé publique au Canada sont présentées dans un rapport d'accompagnement intitulé *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*, qui a été élaboré et dirigé par des dirigeants autochtones en santé publique, en collaboration avec des universitaires autochtones et des organisations autochtones nationales.
 - ▶ Les composantes, les approches et les facteurs fondamentaux au soutien d'un système pancanadien de données sur la santé publique sont résumés dans un rapport d'accompagnement intitulé *Une vision éclairée par des données probantes pour un système de données en santé publique au Canada*, qui a été élaboré par le Dr David Buckeridge.
 - ▶ Les possibilités de renforcer, d'améliorer ou de transformer la gouvernance actuelle de la santé publique font l'objet d'un rapport d'accompagnement intitulé *Gouverner pour la santé du public: options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada*, dont la rédaction a été dirigée par Erica Di Ruggiero, Ph. D.
- ▶ Les principales mesures proposées pour mieux intégrer et renforcer les capacités des collectivités après la pandémie de COVID-19 sont présentées dans un rapport d'accompagnement intitulé *Renforcer les liens communautaires : l'avenir de la santé publique se joue à l'échelle des quartiers*, élaboré par Kate Mulligan, Ph. D.

Enfin, un rapport sur « Ce que nous avons entendu » intitulé [Renouvellement et renforcement du système de santé publique au Canada](#), qui présente un résumé des groupes de discussion et des entrevues menées auprès d'informateurs clés pour éclairer l'élaboration et la rédaction du présent rapport.

Nous soulignons respectueusement que les terres sur lesquelles nous avons élaboré le présent rapport se trouvent sur le territoire traditionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et nous reconnaissons leurs histoires et leurs cultures diversifiées. Nous tenons à mettre en place des partenariats respectueux avec les Autochtones dans le but de paver la voie vers une guérison collective et une réconciliation véritable. Plus précisément, le présent rapport a été préparé à Ottawa, sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin Anishnabe; à Halifax, sur le territoire ancestral non cédé du peuple Mi'kmaq; à Montréal, sur le territoire traditionnel non cédé de la Nation mohawk; et à Toronto, sur le territoire traditionnel des Wendat, des Anishnaabeg, des Haudenosaunee, des Métis et de la Première Nation des Mississaugas de New Credit.



Partie 1

La COVID-19 au Canada et dans le monde

Pandémie de COVID-19 au Canada

Aperçu de l'épidémiologie de la COVID-19

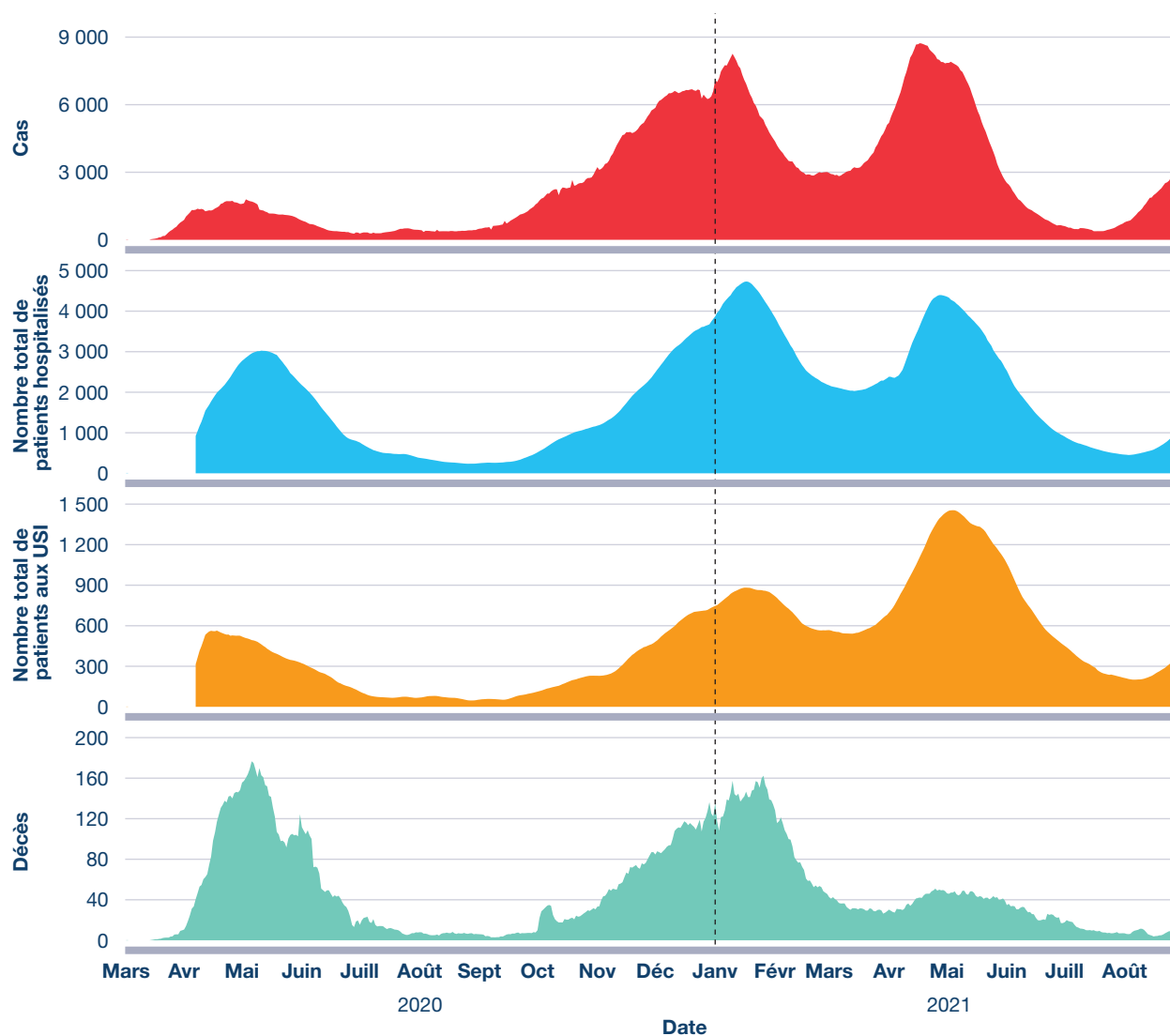
La pandémie de COVID-19 est une des pires crises de santé publique que l'on ait connue depuis longtemps. En date du 31 août 2021, il y avait eu 1 500 000 cas déclarés de COVID-19 et 27 000 décès liés à la COVID-19 au Canada.¹ En 2020, on a estimé que la COVID-19 était la troisième cause de décès, après le cancer et les maladies cardiaques.^{a,2} Il s'agissait de la première fois depuis le milieu du 20^e siècle qu'une maladie infectieuse se classait parmi les trois principales causes de décès au Canada.^{3,4} Le rapport annuel

de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) de 2020 décrit en détail le début épidémiologie de la crise de la COVID-19 jusqu'à la fin de la première vague en août 2020.⁵ Depuis, le Canada a connu d'autres vagues, dont une à l'hiver 2020-2021 et une autre au printemps 2021.^b En août 2021, au moment de la rédaction du présent rapport, l'augmentation de l'incidence a marqué le début d'une quatrième vague.⁶ La figure 1 donne un aperçu des cas de COVID-19 déclarés à l'échelle nationale et des résultats connexes, comme le nombre quotidien de patients hospitalisés, le nombre quotidien de patients aux soins intensifs et le nombre de décès au Canada pour la période de mars 2020 à août 2021.¹

^a Selon 93 % de l'information provisoire complète disponible, la COVID-19 était la troisième cause de décès la plus fréquente (5 %), après le cancer (26 %) et les maladies cardiaques (17 %).

^b Le terme « vague » est utilisé dans ce rapport pour désigner une résurgence importante du virus.

FIGURE 1 : Aperçu de la pandémie de COVID-19 au Canada (mars 2020 à août 2021)



Veillez noter que les axes verticaux ont été mis à l'échelle différemment pour chaque variable. Toutes les variables sont des moyennes mobiles sur sept jours des données quotidiennes par date de déclaration. Les données complètes sur les hospitalisations et les unités de soins intensifs avant avril 2020 ne sont pas disponibles.¹

Les tendances des principaux indicateurs de gravité de la maladie ont changé au fil du temps. Comparativement à la première vague, et malgré un nombre de cas beaucoup plus élevé, une plus faible proportion du nombre total de personnes atteintes de la COVID-19 sont décédées, ont été hospitalisées ou admises aux soins intensifs au cours des deuxième et troisième vagues ([tableau 1](#)).¹ Fait important à signaler : l'amélioration de l'infrastructure de dépistage et de surveillance après la première vague a accru

la probabilité de détection de cas bénins et asymptomatiques.⁷ Outre la modification des tests, un autre facteur a influé sur cette tendance, soit une meilleure protection des personnes les plus susceptibles de tomber gravement malades comme les résidents des établissements de soins de longue durée, grâce à des interventions améliorées en santé publique et à des programmes de vaccination ciblés (décrits plus en détail ci-dessous).

Toutefois, en raison de la durée prolongée de l'incidence élevée et, par conséquent, du nombre élevé d'admissions aux soins intensifs (figure 1), la troisième vague a mis à rude épreuve la capacité des unités de soins intensifs, surtout dans les provinces les plus peuplées.⁸ Dans certaines

provinces, les patients ont dû être transférés dans d'autres régions en raison de l'achalandage trop élevé des milieux de traitement et de nombreuses régions ont réduit ou reporté des interventions médicales et chirurgicales non urgentes.⁸

TABLEAU 1 : Sommaire des principales statistiques nationales sur la COVID-19 selon la période indiquée (de janvier 2020 à août 2021)

Indicateurs de COVID-19	Nombre total de cas – première vague (janvier à août 2020)	Nombre total de cas – deuxième vague (août 2020 à février 2021)	Nombre total de cas – troisième vague (février 2021 à mai 2021)
Cas	126 707	751 158	640 293
Hommes	57 107 (45 %)	369 989 (49 %)	327 180 (51 %)
Femmes	69 383 (55 %)	380 177 (51 %)	311 806 (49 %)
Autre	14 (<1 %)	56 (<1 %)	82 (<1 %)
Âge médian des patients admis aux soins intensifs (étendue)	47 ans (0 à 119)	37 ans (0 à 115)	33 ans (0 à 113)
Décès	9 363 (7 %)	13 573 (2 %)	4 463 (1 %)
Hommes	4 294 (46 %)	6 931 (51 %)	2 627 (59 %)
Femmes	5 054 (54 %)	6 625 (49 %)	1 822 (41 %)
Autre	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Âge médian des décès (étendue)	86 ans (0 à 112)	85 ans (0 à 109)	75 ans (1 à 105)
Hospitalisations	13 428 (11 %)	36 251 (5 %)	29 920 (5 %)
Hommes	6 865 (51 %)	19 296 (53 %)	16 401 (55 %)
Femmes	6 554 (49 %)	16 924 (47 %)	13 477 (45 %)
Autre	0 (0 %)	2 (<1 %)	3 (<1 %)
Âge médian des hospitalisations (étendue)	73 ans (0 à 106)	71 ans (0 à 108)	59 ans (0 à 107)
Admission aux soins intensifs	2 733 (2 %)	5 996 (1 %)	6 557 (1 %)
Males	1 740 (64 %)	3 798 (63 %)	4 024 (61 %)
Females	993 (36 %)	2 191 (37 %)	2 524 (38 %)
Other	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Âge médian des hospitalisations (étendue)	65 ans (0 à 99)	66 ans (0 à 104)	59 ans (0 à 99)

Ces données peuvent être influencées par la variation des méthodes de dépistage au fil du temps ainsi qu'entre les régions. De plus, certaines données probantes indiquent que le nombre des décès liés à la COVID-19 a été sous-estimé au printemps et à l'automne 2020.⁹ Le dénominateur des pourcentages de décès, d'hospitalisations et d'admissions aux soins intensifs est le nombre total de cas signalés. Pour chaque désagrégation par genre/sexe, le dénominateur est le nombre total pour chaque indicateur respectif.¹

Chaque vague de la pandémie au Canada a été marquée par des caractéristiques clés (résumées dans le [tableau 2](#)). Cette partie décrit certaines

des principales caractéristiques épidémiologiques de la pandémie, en mettant l'emphase sur la période d'août 2020 à août 2021.

TABLEAU 2 : Résumé des principales caractéristiques de chaque vague de la pandémie de COVID-19 au Canada (de janvier 2020 à août 2021)

Période	Brève description des principales caractéristiques
Première vague (de janvier 2020 à août 2020)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La situation de la COVID-19 a évolué différemment selon les régions du pays. Le Québec et l'Ontario ont déclaré les taux d'incidence les plus élevés, tandis que le Nunavut n'a déclaré aucun cas confirmé. Les résidents et le personnel des établissements de soins de longue durée étaient les groupes les plus touchés. ▶ En l'absence de vaccins, la mise en œuvre de mesures de santé publique strictes et universelles a ramené l'activité de la maladie à de faibles niveaux à l'été 2020. ▶ Les tests de dépistage et la surveillance de la COVID-19 étaient limités et l'accès à l'équipement de protection individuelle posait problème.
Deuxième vague (d'août 2020 à février 2021)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La transmission communautaire a augmenté et s'est répandue à mesure que les restrictions se sont assouplies au cours de l'été 2020. La propagation du virus a également eu des répercussions sur les régions et les populations qui n'ont pas été aussi touchées au cours de la première vague (p. ex. les habitants des Territoires et des Prairies, certaines communautés autochtones, les jeunes Canadiennes et Canadiens). ▶ La proportion relative de personnes qui ont fait face à des conséquences graves de la COVID-19 a été considérablement réduite par rapport à la première vague. Certaines personnes les plus à risque étaient mieux protégées que lors de la première vague, en partie grâce aux efforts de vaccination qui ont commencé en décembre 2020.
Troisième vague (de février 2021 à août 2021)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les variants, préoccupants très transmissibles, conjugués à l'assouplissement des mesures de santé publique, ont alimenté une vague importante qui a touché de nombreuses régions du pays. ▶ Le nombre soutenu de cas élevés a eu une incidence considérable sur la capacité de soins aigus. Dans l'ensemble, les taux de mortalité ont diminué, car, comme la couverture vaccinale était plus élevée au sein de la population canadienne âgée, le virus s'est propagé surtout dans les groupes d'âge plus jeunes présentant un risque plus faible d'hospitalisation et d'admission aux soins intensifs.

Période

Brève description des principales caractéristiques

Quatrième vague
(début en août 2021)

- ▶ En juillet 2021, la modélisation dynamique à plus longue portée a prédit qu'une quatrième vague importante était possible si les taux de contact à ce moment-là étaient maintenus ou augmentés. On s'attendait à ce que cette quatrième vague soit causée par le variant Delta très contagieux, et par la couverture vaccinale insuffisante, alors que de nombreuses juridictions entamaient les dernières étapes de déconfinement. À la fin d'août 2021, le nombre de cas de COVID-19 avait augmenté à l'échelle nationale pendant cinq semaines consécutives.
- ▶ On s'attendait à ce que les cas soient concentrés dans les régions où la couverture vaccinale est faible et dans les groupes d'âge plus jeunes qui ne sont pas encore admissibles à la vaccination alors que les écoles rouvrent leurs portes. Une couverture vaccinale étendue devrait réduire la proportion de cas ayant des conséquences graves. Cependant, une couverture vaccinale inadéquate, en particulier chez les jeunes adultes, pourrait compromettre les capacités hospitalières à l'automne 2021.

Pour obtenir des références et plus de détails sur ces sujets, veuillez consulter le contenu suivant. Comme la présente partie a été achevée en août 2021, les données incluses ne représentent pas un examen exhaustif de la quatrième vague.

Deuxième vague :
d'août 2020 à février 2021

L'assouplissement des mesures de santé publique a alimenté la résurgence de l'épidémie

À l'été 2020, à la fin de la première vague, les cas de COVID-19 déclarés à l'échelle nationale avaient considérablement diminué (figure 1).¹ Bien qu'il y ait eu des variations d'une région sanitaire à l'autre, bon nombre des mesures de santé publique les plus restrictives mises en œuvre dans le cadre de la réponse initiale du Canada à la pandémie, comme les fermetures d'entreprises, de lieux de travail et d'écoles, le confinement, l'annulation d'événements publics et les restrictions sur les rassemblements sociaux, ont été assouplies. Les protocoles liés aux frontières internationales, le dépistage et l'isolement des personnes infectées, la traçabilité des contacts, ainsi que les conseils sur les pratiques de prévention individuelles et les mesures populationnelles pour limiter les contacts, sont demeurés en place.¹⁰

Les taux de contact croissants des Canadiens et des Canadiennes ont amplifié la propagation du virus à l'automne 2020.¹¹ À l'époque, la modélisation mathématique prédisait que si ces taux de contact étaient maintenus, l'épidémie pourrait réapparaître plus rapidement et susciter plus de cas.¹¹ Il s'agissait d'un indicateur d'alerte rapide pour la deuxième grande vague qui a commencé à la fin d'août 2020 et qui a culminé à l'échelle nationale en janvier 2021 (figure 1).¹ Bien que les établissements de soins de longue durée aient continué d'être le milieu d'éclosion le plus fréquent, les rassemblements sociaux et les éclosions en milieu de travail ont grandement contribué à la propagation au sein de la collectivité au cours de la deuxième vague, surtout à mesure que les taux d'infection augmentaient chez les groupes d'âge plus jeunes, plus actifs sur le plan social, dont les déplacements étaient plus fréquents et les taux de contact plus élevés.¹²

Au cours de l'hiver 2020-2021, en réponse à l'augmentation du nombre de cas et d'hospitalisations (figure 1), de nombreuses régions du pays ont dû de nouveau mettre en place des mesures de santé publique plus restrictives.¹⁰ Cependant, la baisse du nombre de cas à moins de la moitié du pic quotidien observé en janvier 2021 a entraîné l'assouplissement de nombreuses restrictions en mars 2021, avant de les resserrer de nouveau en avril 2021.⁸ Cela était conforme aux prévisions de modélisation indiquant fort justement qu'une autre augmentation des cas aurait lieu, amorçant la troisième vague.¹³

Les mesures de santé publique étaient le principal outil disponible pour limiter la propagation

Au cours de la plus grande partie de la deuxième vague, les mesures de santé publique ont continué d'être le principal moyen pour contrôler l'épidémie au Canada, puisque des interventions pharmaceutiques efficaces (les vaccins, par exemple) n'étaient pas encore disponibles à grande échelle. Les mesures de santé publique mises en œuvre comprenaient un éventail d'interventions visant à réduire la transmission communautaire du SRAS-CoV-2 dans le but de « réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales ». ¹⁴ Il s'agissait à la fois de pratiques individuelles (p. ex. masques, distanciation physique, hygiène des mains) et de mesures communautaires (p. ex. gestion des cas et traçabilité des contacts, fermeture d'écoles et d'entreprises, confinement à la maison). ¹⁵ Il était difficile d'atténuer les conséquences sociales, psychologiques et économiques des mesures de santé publique tout en réduisant la transmission communautaire par une diminution des taux de contact. De plus, certaines personnes avaient une capacité limitée de suivre les recommandations en raison de leur état de santé, de leur âge, de leur situation économique ou sociale. ¹⁵

Les autorités de la santé publique à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et locale ont adapté les mesures de santé publique à mesure que de nouvelles données scientifiques, des avis d'experts, de chercheuses et de chercheurs canadiens et internationaux sont devenus disponibles. Par exemple, des enquêtes sur les épidémies et des études scientifiques ont révélé que le SRAS-CoV-2 pouvait se propager au moyen de gouttelettes respiratoires de taille variable, allant de grosses gouttelettes qui tombent rapidement au sol près de la personne infectée à de plus petites gouttelettes, appelées aérosols, qui restent dans l'air dans certaines circonstances. ¹⁶ On a laissé entendre que la transmission des aérosols sur de courtes distances était particulièrement pertinente dans les espaces intérieurs surpeuplés mal ventilés. ¹⁶ Par conséquent, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a mis à jour les directives sur la fabrication, l'ajustement et le port approprié des masques faciaux ainsi que sur l'amélioration de la ventilation intérieure pendant la deuxième vague. ¹⁷⁻¹⁹ Les directives nationales sur les mesures de santé publique étaient fondées sur la planification pancanadienne en cas de pandémie que les régions ont adaptée à leur contexte épidémiologique local, comme l'imposition du couvre-feu ou la désignation de zones régionales plus circonscrites pour adapter les approches propres à la région locale. ^{10, 14}

La réponse à la pandémie a exigé l'adoption des mesures de santé publique ainsi que le respect constant et soutenu de ces mesures pendant de longues périodes. Un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes ont déclaré qu'ils approuvaient et appuyaient grandement l'utilisation de mesures pour limiter la propagation du virus. ²⁰⁻²³ Par exemple, une enquête menée par Impact Canada en mars 2021 a révélé que la grande majorité des répondants respectaient « toujours » ou « presque toujours » aux mesures sanitaires comme le port du masque, le lavage des mains et la distanciation physique. ²⁴ La modélisation statistique a indiqué que les facteurs les plus déterminants à l'adhésion aux mesures de santé publique comprenaient l'anxiété liée à la santé de la famille et à

la confiance dans les sources gouvernementales et les professionnels de la santé.²⁵

Diverses sources de données non classiques ont été utilisées pour fournir un aperçu de l'adhésion générale aux mesures de santé publique qui visaient à limiter les déplacements et les contacts avec les autres. Par exemple, les données sur la mobilité recueillies à partir des réseaux cellulaires indiquent une diminution importante de la proportion de temps que les Canadiennes et les Canadiens ont passé à la maison après la première vague, ce qui semble correspondre à l'assouplissement des mesures de santé publique.¹⁰ Bien que divers facteurs aient influencé l'adhésion aux mesures de santé publique, il importe de souligner que certaines personnes se sont déplacées davantage et ont eu plus de contacts sociaux, malgré les mesures en place, en raison de facteurs comme le travail essentiel ou les logements à forte densité.²⁶

Troisième vague :
de février 2021 à août 2021

Les variants préoccupants très transmissibles ont contribué à la croissance rapide de l'épidémie

Après une diminution du nombre moyen de cas quotidiens au pays, de janvier à février 2021, les taux d'infection ont fortement augmenté en mars 2021 dans la plupart des provinces et territoires ([figure 1](#)).¹ Cela s'explique par l'augmentation des taux de contacts sociaux à la suite de l'assouplissement des restrictions ainsi que par l'émergence et la propagation de variants plus contagieux du virus.¹³ Comme pour tous les virus, le SRAS-CoV-2 accumule des mutations génétiques au fil du temps; certaines de ces mutations peuvent mener à des variants du virus qui sont considérés comme préoccupants parce qu'ils se propagent plus facilement, causent des maladies plus graves ou réduisent l'efficacité des outils diagnostics, des vaccins, des thérapies ou des mesures de santé publique disponibles.²⁷

Au début de 2021, des variants plus contagieux du virus ont commencé à être détectés au Canada et, en août 2021, ces variants incluaient les variants Alpha, Bêta, Gamma et Delta. Ces variants préoccupants s'étaient répandus dans la plupart des provinces et des territoires et étaient responsables d'environ 80 % des cas en août 2021.²⁸ Alors que le variant Alpha était à l'origine de la majorité des cas de COVID-19 à l'apparition de la troisième vague, au début de juillet 2021, le variant Delta avait remplacé le variant Alpha comme variant le plus fréquemment déclaré.²⁸

Les premières données probantes de l'Ontario laissent entendre que, comparativement à la souche originale du SRAS-CoV-2, le variant Alpha était associé, chez les personnes infectées, à une augmentation de 62 % des hospitalisations, de 114 % des admissions aux soins intensifs et de 40 % des décès.²⁹ Les constatations préliminaires indiquaient que le variant Delta était plus contagieux et plus virulent que le variant Alpha.³⁰

Des mesures frontalières internationales ont été déployées et adaptées au fil du temps à mesure que la connaissance du SRAS-CoV-2 et des variants préoccupants évoluait. Tout au long de la pandémie, le volume de voyageurs par transports aérien et terrestre est demeuré inférieur à moins de 90 % des niveaux pré-pandémiques.³¹ Afin de réduire davantage le risque d'importation de virus, en particulier des variants préoccupants, le Canada a mis en œuvre des mesures améliorées de dépistage et de quarantaine aux frontières internationales, en plus de celles déjà en place, dès l'hiver 2020-2021. Ces mesures comprenaient des tests obligatoires avant le départ et au Canada pour tous les voyageurs non exemptés, ainsi qu'un confinement obligatoire de trois jours dans un hôtel approuvé par le gouvernement pour les voyageurs non exemptés, arrivant par voie aérienne aux quatre principaux aéroports autorisant les arrivées internationales.³²

Au début de 2021, le Canada a rapidement intensifié ses efforts de surveillance et de séquençage génomique pour détecter les variants

préoccupants connus et émergents.³³ L'ASPC a collaboré avec des partenaires de tous les ordres de gouvernement ainsi qu'avec des chercheurs universitaires pour établir un réseau de surveillance pancanadien qui utilisait de nouveaux essais génétiques pour détecter les variants du SRAS-CoV-2 à partir d'échantillons d'eaux usées.³⁴ Cette mesure a fait partie d'un système d'indicateurs d'alerte rapide combiné aux prévisions des modèles mathématiques, facilitant l'adaptation de la réponse à la COVID-19 à l'évolution de l'information. Par exemple, dans les Territoires du Nord-Ouest, la détection de la présence du virus de la COVID-19 dans les eaux usées a permis d'identifier une personne infectée, ce qui a mené à l'exécution de tests à plus grande échelle dans la collectivité. Cette intervention rapide a permis de détecter rapidement d'autres cas de COVID-19, ce qui a interrompu la propagation et peut-être empêché une éclosion plus importante.³⁴

Les vaccins contre la COVID-19, des outils essentiels de lutte contre le virus

Vers la fin de l'année 2020, moins d'un an après l'apparition du virus SARS CoV 2, les chercheurs ont mis au point les premiers vaccins sûrs et efficaces contre la COVID-19, un exploit sans précédent dans l'histoire scientifique. Cela a marqué un tournant dans la lutte contre la pandémie mondiale. Les vaccins sont le fruit de la collaboration de chercheurs universitaires et du secteur privé du monde entier ainsi que d'un financement accru qui, concurremment, a permis à la science de tirer parti des progrès scientifiques et technologiques réalisés au cours de la dernière décennie.³⁵ Pour obtenir des renseignements sur la façon dont les vaccins protègent les populations, consulter l'encadré « [Les vaccins protègent tout le monde grâce à une meilleure protection des collectivités](#) ».

Le 9 décembre 2020, le premier vaccin contre la COVID-19, reposant sur une nouvelle technologie d'ARN messager (ARNm), a été approuvé pour utilisation chez les adultes au Canada.³⁶ Les autorisations subséquentes des vaccins comprenaient un autre vaccin à base d'ARNm ainsi que des vaccins à vecteur viral, la plupart nécessitant alors deux doses pour la meilleure protection possible.³⁷ L'autorisation rapide a été facilitée par la capacité de Santé Canada d'examiner les nouvelles données probantes au fur et à mesure qu'elles étaient disponibles et par l'affectation de ressources scientifiques accrues au processus d'examen de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins.^{38, 39} L'évaluation et la surveillance de l'innocuité des vaccins sont un processus continu tout au long du cycle de vie d'un vaccin (voir l'encadré « [Création du programme de soutien aux victimes d'une vaccination](#) »). En date du 31 août 2021, plus de 53 millions de doses de vaccins sécuritaires et efficaces avaient été administrées au Canada.⁴⁰

La distribution et l'administration des vaccins contre la COVID-19 ont été le programme de vaccination le plus vaste et le plus complexe jamais mis en œuvre par le Canada. Le gouvernement fédéral a assumé la responsabilité d'acheter les vaccins, de superviser la logistique et de coordonner la surveillance, en travaillant en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les partenaires en santé publique, pour assurer un déploiement rapide, équitable et bien coordonné.⁴³

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada a fourni des conseils d'experts indépendants pour aider les provinces et les territoires à établir l'ordre de priorité étant donné l'approvisionnement initial limité des vaccins contre la COVID-19. Le CCNI tient compte du contexte plus vaste, réel et des meilleures données probantes disponibles au moment de formuler des recommandations.⁴⁴ Dans son document intitulé *Orientations sur l'administration prioritaire des premières doses du vaccin contre la COVID-19*, le CCNI a énoncé que les principales populations à immuniser en priorité à l'étape 1 étaient les résidents et le personnel des milieux de vie collectifs qui fournissent des soins aux personnes âgées, les adultes de 70 ans et plus, les travailleurs de la santé et les adultes vivant dans les communautés autochtones.⁴⁵ Ces populations étaient généralement considérées comme susceptibles de contracter une maladie grave et celles qui avaient le plus besoin de protection. Avant d'offrir des vaccins à la population générale à mesure que l'approvisionnement en vaccins augmentait, le CCNI a recommandé qu'à l'étape 2 du déploiement du programme de vaccination, les vaccins soient proposés aux travailleurs de la santé non compris à l'étape 1, aux résidents et au personnel de tous les autres milieux collectifs, ainsi qu'aux travailleurs essentiels.⁴⁵ En mars 2021, compte tenu des nouvelles données probantes sur le degré de protection fourni par une dose, le CCNI recommande que les autorités prolongent l'intervalle entre l'administration de la première et de la seconde dose des vaccins afin de maximiser le nombre de personnes ayant d'une certaine protection contre le virus et de réduire la transmission dans le contexte d'un approvisionnement initial limité en vaccins.⁴⁶ Les instances provinciales et territoriales, qui étaient responsables de l'administration et de la distribution des vaccins, ont adopté en grande partie les recommandations du CCNI.

Une fois que les défis initiaux en matière d'approvisionnement en vaccins ont été surmontés, il y a eu une accélération rapide dans la livraison de vaccins à partir du printemps 2021. Les bénéfices des vaccins se sont immédiatement manifestés

Les vaccins nous protègent tous grâce à une meilleure protection communautaire

Les vaccins sont l'une des interventions de prévention les plus importantes pour de nombreuses maladies infectieuses graves. Ils offrent une protection directe aux personnes vaccinées et une protection indirecte pour tous. Plus la proportion de personnes vaccinées est élevée, moins un agent pathogène n'a d'opportunités de circuler, réduisant du fait le risque d'importantes éclosions. Les taux élevés de vaccination communautaire protègent de plus les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées ou qui ne sont pas aussi bien protégées par la vaccination, et réduisent les possibilités de mutation des agents pathogènes.⁴¹ Les vaccins offrent donc une meilleure protection communautaire, ce qui est particulièrement important pour les personnes susceptibles de développer des problèmes de santé graves, y compris l'hospitalisation et la mort. La vaccination de masse est l'un des moyens les plus efficaces de protéger la population contre la COVID-19.⁴²

dans les populations prioritaires, comme les résidents des établissements de soins de longue durée et les personnes qui travaillent dans les milieux de soins de santé, ce qui a entraîné une diminution importante des cas de COVID-19 à mesure que la couverture vaccinale augmentait.⁵⁰ Les premières données probantes ont montré que les vaccins contre la COVID-19 offrent une bonne protection, surtout pour prévenir des problèmes de santé. Les données de 11 provinces et territoires révèlent qu'entre le 18 juillet 2021 et le 14 août 2021 le taux moyen de nouveaux cas de COVID-19 était 12 fois plus élevé chez les personnes non vaccinées, et le taux des hospitalisations associées à la COVID-19 était 36 fois plus élevé chez les personnes non vaccinées que chez les personnes entièrement vaccinées.⁵¹

Le renforcement des mesures de santé publique, conjugué à l'augmentation de la couverture vaccinale, ont ramené l'activité de la COVID-19 à de faibles niveaux dans la plupart des régions du Canada en juillet 2021 ([figure 1](#)).⁵² Cela a également permis au Canada d'adopter une approche progressive afin d'assouplir les mesures frontalières pour les voyageurs entièrement vaccinés.⁵³

Création du programme de soutien aux victimes d'une vaccination

Les vaccins autorisés pour utilisation au Canada respectent les normes les plus élevées en matière d'innocuité et d'efficacité.⁴⁷ Comme pour tout médicament, les vaccins peuvent causer des réactions et des effets secondaires. Les événements indésirables graves sont rares, mais cela peut arriver.⁴⁷ L'ASPC a créé le programme de soutien aux victimes d'une vaccination pour offrir une indemnisation juste et rapide aux Canadiens et aux Canadiennes qui ont subi un préjudice corporel après avoir reçu un vaccin autorisé par Santé Canada administré au Canada le 8 décembre 2020 ou après.^{47, 48} Ce programme d'indemnisations sans égard à la responsabilité est fondé sur un programme qui existe au Québec depuis plus de 30 ans et qui place le Canada sur le même plan que les autres pays du G7.⁴⁷ L'indemnisation pour préjudices causés par la vaccination peut également soutenir l'innovation et l'approvisionnement en vaccins en réduisant les risques juridiques pour les fabricants.⁴⁹

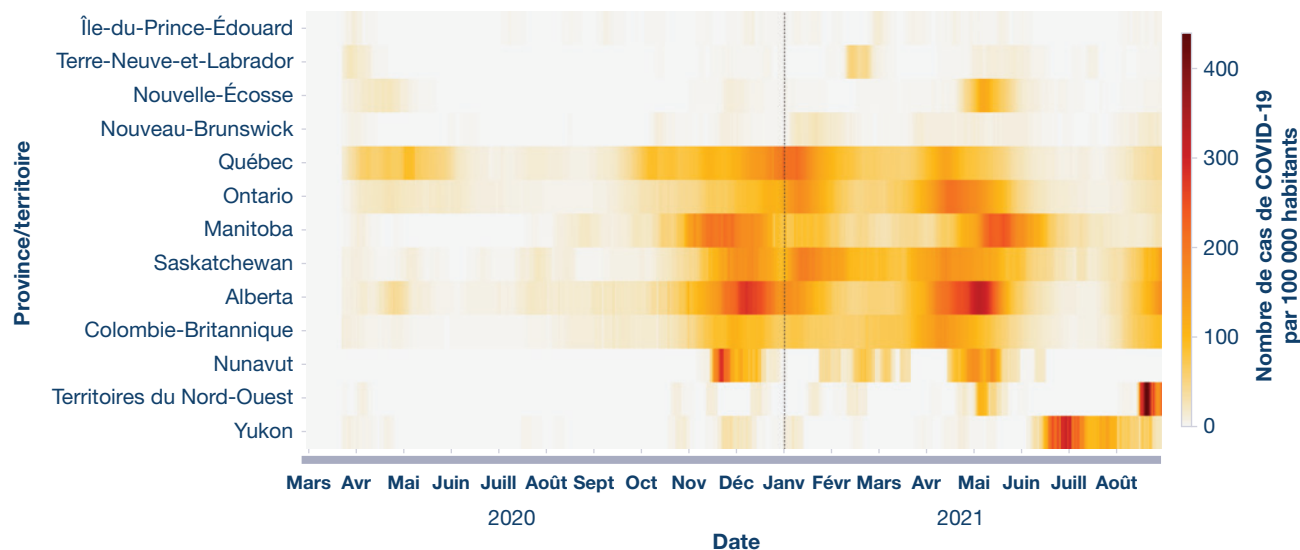
Effets disproportionnés de la deuxième et troisième vague de la pandémie

La deuxième et troisième vague de la pandémie étaient différentes de la première. Certaines régions et populations ont dû faire face à des difficultés persistantes ou à de nouveaux défis. L'évolution de la science et les leçons apprises ont amené les juridictions à adapter leur intervention en santé publique, ce qui a changé la dynamique des vagues subséquentes. Dans cette section, nous examinerons certaines des principales observations relatives à ces dernières vagues, y compris l'effet disproportionné continu sur les Canadiens dont l'état de santé et les conditions sociales et économiques étaient moins bonnes avant la pandémie en raison d'iniquités préexistantes.¹⁴

La COVID-19 s'est répandue différemment selon les régions au pays

Contrairement à la première vague, les vagues suivantes de la pandémie ont été ressenties partout au pays. Cependant, les régions n'ont pas toutes connu de deuxième et troisième vagues distinctes au même moment ou avec la même intensité ([figure 2](#)).

FIGURE 2 : Taux de cas de COVID-19 par 100 000 habitants pour chaque province et territoire (mars 2020 à août 2021)



Les données quotidiennes sont présentées par province et territoire et par date de déclaration.⁵⁴

Le taux d'incidence observé à l'échelle nationale était principalement attribuable aux provinces à l'ouest de la région de l'Atlantique, en partie en raison de la taille et de la densité de leur population.⁵⁴ Depuis la première vague, les provinces de l'Atlantique ont pu mettre en place des mesures suffisantes (p. ex. les restrictions sur les déplacements internationaux) pour gérer et limiter les importations de cas, arrêter la propagation et freiner l'épidémie de COVID-19 (figure 2).⁵⁵⁻⁵⁷ Cependant, il y a eu des augmentations soudaines que les gouvernements provinciaux ont rapidement interrompues en mettant rapidement en œuvre des mesures de santé publique rigoureuses afin de prévenir une plus grande propagation. Ces mesures étaient particulièrement importantes compte tenu de la capacité limitée du système de santé dans certaines provinces.

Par ailleurs, dans les régions où le taux de COVID-19 était relativement faibles au cours de la première vague, l'activité de la maladie a augmenté après l'été 2020. Par exemple, alors que les territoires ne comptaient au départ que très peu de cas, à la fin de 2020, certaines collectivités ont connu une augmentation rapide du nombre de cas de transmission communautaire à la suite de l'importation du virus (figure 2).⁵⁴

Il a donc fallu mettre en œuvre rapidement des mesures rigoureuses de santé publique à l'échelle locale et territoriale pour empêcher la propagation. Dans les territoires, dont les collectivités ont été priorisées lors du premier déploiement de la vaccination, le taux d'adoption du vaccin était élevé et, en date du 20 juillet 2021, 84 % des adultes de 18 ans et plus avaient reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19 et 76 % avaient été entièrement vaccinés.⁴⁰ Les succès remportés initialement par les territoires dans l'élargissement de la couverture vaccinale ont été soutenus par l'attribution prioritaire de vaccins, qui étaient plus faciles à transporter et à entreposer dans les collectivités du Nord, ainsi que par un programme de sensibilisation et un leadership à l'échelle communautaire.⁵⁸⁻⁶⁰

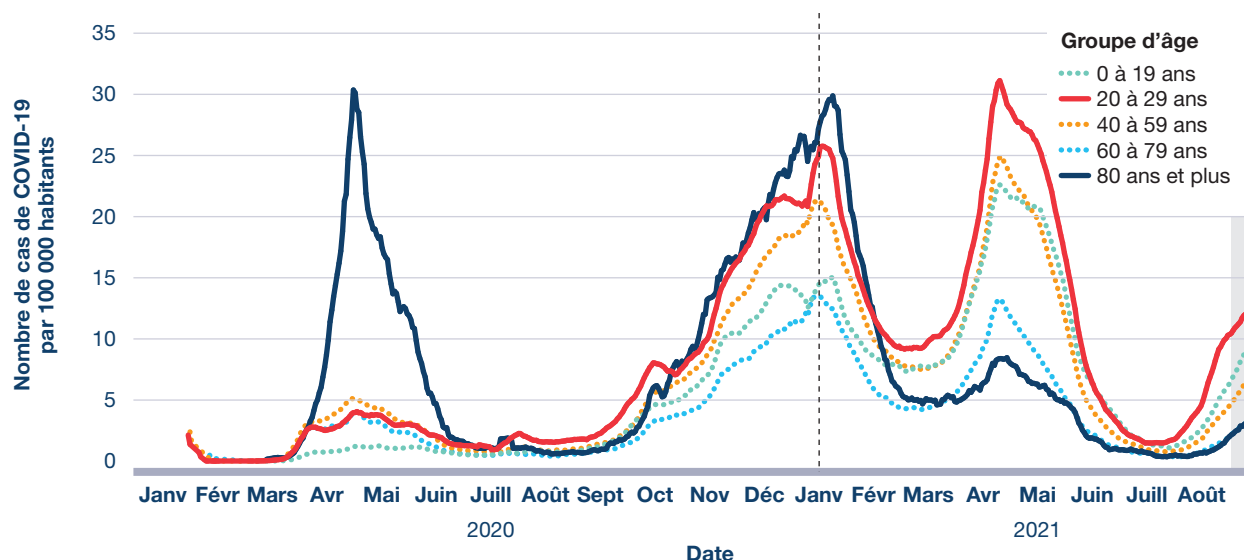
Tendance de la propagation chez les jeunes Canadiens et Canadiennes

Étant donné que la population canadienne plus âgée était mieux protégée grâce aux mesures de santé publique, et grâce à l'adaptation des interventions contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et, enfin, aux taux élevés de vaccination, l'âge médian des cas

de COVID-19 a diminué ([tableau 1](#)).¹ Jusqu'à la fin de la deuxième vague, la population canadienne âgée de 80 ans et plus avaient le taux d'incidence national le plus élevé. Toutefois, à partir du début de 2021, le taux d'incidence dans ce groupe d'âge a chuté. Au moment de la rédaction du présent rapport, en août 2021, le taux d'incidence parmi les Canadiens et les

Canadiennes de 80 ans plus était le plus faible de tous les groupes d'âge depuis mars 2021 ([figure 3](#)), en grande partie en raison de la couverture vaccinale élevée au sein de cette population.¹ En date du 28 août 2021, 93 % des adultes de 80 ans et plus étaient entièrement vaccinés contre la COVID-19.⁴⁰

FIGURE 3 : Taux d'incidence de la COVID-19 selon le groupe d'âge (janvier 2020 à août 2021)



Toutes les variables sont des moyennes mobiles sur sept jours des données quotidiennes selon la date d'apparition de la maladie. La zone ombrée indique l'incertitude des données en raison des retards de déclaration.¹

L'âge est l'un des facteurs de risque le plus important associé aux formes graves de la COVID-19.^{61, 62} Malgré la diminution du nombre global de cas, à la fin d'août 2021, le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 pour 100 000 habitants était toujours le plus élevé au sein de la population canadienne âgée de 80 ans et plus. Toutefois, ce taux a diminué considérablement après la deuxième vague.¹ Par ailleurs, 89 % des 15 300 personnes qui sont décédées de la COVID-19 en 2020 avaient au moins un autre problème de santé inscrit sur leur certificat de décès. La démence et la maladie d'Alzheimer étaient les affections les plus courantes, suivies de l'hypertension, du diabète et des cardiopathies ischémiques.⁶³

De nouvelles données probantes ont également révélé une augmentation du taux des naissances prématurées et des bébés mort-nés chez les personnes enceintes atteintes de la COVID-19.⁶⁴ Comparativement aux personnes non enceintes, les personnes enceintes qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 étaient 4 fois plus susceptibles d'être hospitalisées et 11 fois plus susceptibles d'être admises aux soins intensifs.⁶⁴

L'une des principales différences entre la première vague de la pandémie et les vagues subséquentes a été l'adoption d'une campagne de dépistage de la transmission communautaire plus étendue chez les jeunes adultes. Les personnes âgées de 20 à 39 ans, dont les taux de contacts sociaux sont généralement plus élevés et qui courent

donc un risque accru d'exposition au virus, affichent le taux d'incidence le plus élevé depuis février 2021 ([figure 3](#)).¹ Bien que les maladies graves soient moins courantes chez les personnes plus jeunes, au printemps 2021, le nombre d'hospitalisations liées à la COVID-19 a augmenté chez les personnes âgées de 40 à 59 ans.⁵⁷ Cette augmentation est probablement attribuable à une combinaison des changements de la répartition des cas selon l'âge compte tenu d'une meilleure protection des personnes plus âgées, de la gravité accrue de certains variants préoccupants et de l'assouplissement des mesures de santé publique.

Incidence différentielle de la COVID-19 selon le sexe et le genre

Depuis l'été 2020, les femmes et les hommes représentent une proportion égale des cas de COVID-19 ([tableau 1](#)).¹ Cette distribution égale contraste avec la première vague, au cours de laquelle les femmes représentaient 55 % des cas, peut-être en raison de leur surreprésentation parmi les travailleurs de la santé et les résidents des établissements de soins de longue durée, et ainsi d'une probabilité accrue d'être exposées au virus et de subir des tests de dépistage.⁵ Cela pourrait également expliquer le pourcentage plus élevé de décès chez les femmes lors de la première vague. Au cours de la deuxième et de la troisième vague, ces groupes ont peut-être été mieux protégés par un meilleur accès à l'équipement de protection individuelle et aux vaccins.⁶⁵ Toutefois, poursuivant la tendance de la première vague, les hommes représentaient un pourcentage plus élevé des hospitalisations et des admissions aux soins intensifs ([tableau 1](#)).¹ Les chercheurs ont avancé que les différences biologiques fondamentales principalement liées à l'immunologie, ainsi que les différences de comportement comme la probabilité de fumer ou de demander des soins de santé, sont probablement des facteurs de risque accru d'effets graves de la COVID-19 chez les hommes.⁶⁶⁻⁶⁹

Variation des répercussions dans différents milieux d'éclosion

Établissement de soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée ont continué d'être un milieu à risque élevé dans bon nombre de provinces et de territoires.⁸ Toutefois, la proportion du total des décès liés à la COVID-19 associés aux établissements de soins de longue durée a diminué de 79 % au cours de la première vague à 50 % au cours de la deuxième et de la troisième vague.¹ Depuis janvier 2021, le nombre et l'ampleur des éclosions dans les établissements de soins de longue durée ont diminué de façon constante, en grande partie en raison de l'effet de la vaccination.⁸

Milieus de soins de santé

En avril 2020, 25 % de tous les cas de COVID-19 concernaient les personnes travaillant dans des milieux de soins de santé.¹ En raison de l'amélioration des mesures de contrôle des infections, de la priorisation des vaccins et du dépistage plus étendu des cas dans les collectivités à l'extérieur des milieux de soins de santé, cette proportion a nettement diminué pour s'établir à 3 % en mars 2021.¹ Les personnes qui travaillent dans les milieux de soins de santé représentent un large éventail d'individus, notamment des professionnels de la santé et des travailleurs de soutien, qui sont exposés à des risques variables de contracter le SRAS-CoV-2 en milieu de travail. Ainsi, selon les données de l'Ontario, du Manitoba et de la Colombie-Britannique, le risque de contracter la COVID-19 était 1,8 fois plus élevé parmi les préposés aux bénéficiaires que chez le personnel infirmier et 3,3 fois plus élevé que chez les médecins.⁷⁰

Conditions de vie et de travail collectif

Les prisons fédérales ont signalé une augmentation importante des cas de COVID-19 au cours de l'hiver 2020-2021. Bien que 13 des 43 établissements aient connu des éclosions au cours de la deuxième vague, 70 % des 880 cas au total se sont produits dans les deux plus grands pénitenciers du pays, un au Manitoba et

un en Saskatchewan.⁷¹ Les Autochtones ont été touchés de façon disproportionnée en raison de leur surreprésentation dans le système carcéral canadien.⁷¹ La vaccination a été accélérée pour les personnes incarcérées dans les établissements fédéraux et, en date du 8 août 2021, 78 % de cette population avait reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19.⁷²

Les médecins hygiénistes régionaux ont signalé que les éclosions en milieu de travail étaient devenues l'un des facteurs de transmission les plus courants dans certaines provinces et certains territoires au cours de la deuxième et de la troisième vague.⁷³⁻⁷⁵ De nombreuses régions sanitaires ont connu des éclosions dans de vastes lieux de travail où les travailleurs pouvaient difficilement maintenir une distance physique. Bon nombre de ces éclosions ont nécessité des efforts supplémentaires pour les contenir. Par exemple, la Croix-Rouge canadienne a effectué la recherche des contacts en réponse à une éclosion d'un variant préoccupant de COVID-19 dans une mine accessible uniquement par avion au Nunavut pour les employés qui avaient quitté le lieu de travail et étaient retournés à leur domicile dans diverses régions du pays.⁷⁶ Comme lors de la première vague, diverses autorités de santé publique ont signalé d'importantes éclosions dans les usines de transformation de la viande au cours des vagues suivantes, dont certaines ont nécessité la fermeture temporaire des installations.^{77, 78} En conséquence, plusieurs régions sanitaires ont accordé la priorité à la vaccination des travailleurs du secteur de la transformation des aliments.^{79, 80}

Le suivi des éclosions en milieu de travail à l'échelle provinciale, territoriale et nationale était limité, mais il est nécessaire pour l'adoption de mesures stratégiques ciblant des industries et des milieux particuliers afin de freiner la propagation future.⁸¹ Certaines autorités locales ont lancé des initiatives pendant la pandémie pour recueillir ce type de données. Par exemple, le Bureau de santé publique de Toronto a commencé à afficher publiquement le nom des lieux de travail touchés par des éclosions actives qui emploient 20 personnes ou plus et, à Ottawa, les employeurs étaient tenus

d'aviser Santé publique Ottawa si deux personnes ou plus dans leur lieu de travail avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.^{82, 83}

La COVID-19 a eu des répercussions disproportionnées sur certaines collectivités

Au cours de la première vague, le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 en fonction de l'âge était deux fois plus élevé dans les quartiers du Canada où la concentration de la composition ethnoculturelle était la plus élevée (quintile supérieur) que dans ceux des quintiles inférieurs.^{69, 84, 85} De même, le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 selon l'âge était deux fois plus élevé chez les Canadiens et les Canadiennes vivant dans un quartier du quintile de revenu le plus bas que chez ceux des quartiers du quintile supérieur.^{69, 84} Dans les deux analyses, les hommes affichaient des taux de mortalité beaucoup plus élevés que les femmes.^{69, 84}

Bien que ces populations aient été exposées de façon différente au SRAS-CoV-2 en raison de facteurs tels que la nature essentielle du travail et les conditions de vie, les raisons des écarts dans les taux de mortalité tiennent aux différences socioéconomiques de longue date dans la répartition des facteurs de risque sous-jacents et l'accès aux services de soins de santé.^{5, 86} Même si des données nationales semblables pour la deuxième et la troisième vague n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport, il a été établi que les communautés racisées et les groupes à faible revenu étaient susceptibles de continuer d'afficher des taux plus élevés de COVID-19 et de préjudices graves lors des vagues suivantes. Cela est attribuable aux iniquités fondamentales qui existaient avant la pandémie et au risque disproportionné continu d'exposition au SRAS-CoV-2.

Les données sur la séroprévalence recueillies auprès de donneurs de sang en mai 2021 indiquaient que les donneurs racisés étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir des anticorps

acquis à la suite d'une infection antérieure au virus de la COVID-19.⁸⁷ De plus, le Bureau de santé publique de Toronto a signalé que 73 % de toutes les personnes qui avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2 entre le 20 mai 2020 et le 31 mai 2021 ont dit appartenir à un groupe racisé. Soulignons que ces groupes représentent habituellement 52 % de la population de Toronto. De même, 45 % des cas déclarés concernaient des personnes vivant dans des ménages à faible revenu, lesquels représentent 30 % de la population de Toronto.⁸⁸

Reconnaissant qu'une répartition inéquitable possible des vaccins menaçait d'exacerber les iniquités sociales et de santé déjà intensifiées par la pandémie, le CCNI a mis à jour, en février 2021, ses lignes directrices initiales sur la priorisation de la vaccination contre la COVID-19 au Canada pour inclure les adultes des communautés racisées touchées de façon disproportionnée par la COVID-19.⁸⁹ Comme pour d'autres directives nationales, les régions ont adapté ces recommandations en fonction de leur propre contexte local.

Une analyse a mis en lumière l'inégalité de la couverture vaccinale en Ontario, probablement en raison de facteurs institutionnels et sociaux complexes, la province a détourné 50 % de son approvisionnement en vaccins vers les quartiers affichant la plus forte incidence d'infection pendant deux semaines en mai 2021.⁹⁰ Ces quartiers présentaient souvent des concentrations plus élevées de populations racisées et à faible revenu et la plus forte proportion de travailleurs essentiels.

Le ciblage sur place des besoins en matière de vaccination (p. ex. les zones à haut risque) doit aussi être accompagné d'initiatives visant directement à lutter contre les iniquités sociales.⁹¹ Par exemple, la *Health Association of African Canadians* (Association pour la santé des Afro Canadiens), l'Association of Black Social Workers (association des travailleurs sociaux noirs) et l'Office des affaires afro-néo-écossaises, ainsi que des dirigeants communautaires, ont mis

sur pied des cliniques de vaccination à l'intention des membres des communautés afro-néo-écossaises.⁹² De plus, de nombreux centres urbains, dont Montréal et Vancouver, ont accordé la priorité à la vaccination des personnes sans abri en janvier 2021 et ont eu recours à des stratégies ciblées pour accroître le taux de vaccination dans cette population.^{93, 94}

La COVID-19 et les communautés autochtones

Au cours des premiers mois de la pandémie, les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont rapidement pris les commandes de l'intervention et, en travaillant en collaboration, elles ont réussi à limiter la propagation de la COVID-19.⁵ Comme dans de nombreuses régions du Canada, le nombre de cas a augmenté rapidement dans de nombreuses communautés autochtones au cours de la deuxième vague.⁹⁵ Compte tenu de l'intersection des défis sociaux et économiques et des répercussions durables et continues des traumatismes intergénérationnels et de l'oppression systémique, l'ensemble des communautés autochtones présentaient un risque élevé de propagation rapide de la COVID-19 et de conséquences potentiellement plus graves comparativement à la population canadienne en général. Parmi les difficultés figuraient les questions de logements inadéquats et surpeuplés, de l'isolement géographique et de l'accès réduit aux services de santé et de soins intensifs.⁵

Au plus fort de la deuxième vague en janvier 2021, le taux d'incidence de COVID-19 chez les Premières Nations vivant dans les communautés autochtones était trois fois plus élevé que celui de la population canadienne en général ([figure 4](#)).⁹⁵ Les statistiques sur les membres des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés n'étaient pas disponibles à l'échelle nationale. Toutefois, les données régionales indiquaient que le fardeau de la COVID-19 était potentiellement plus lourd pour les personnes vivant hors communauté que pour celles vivant

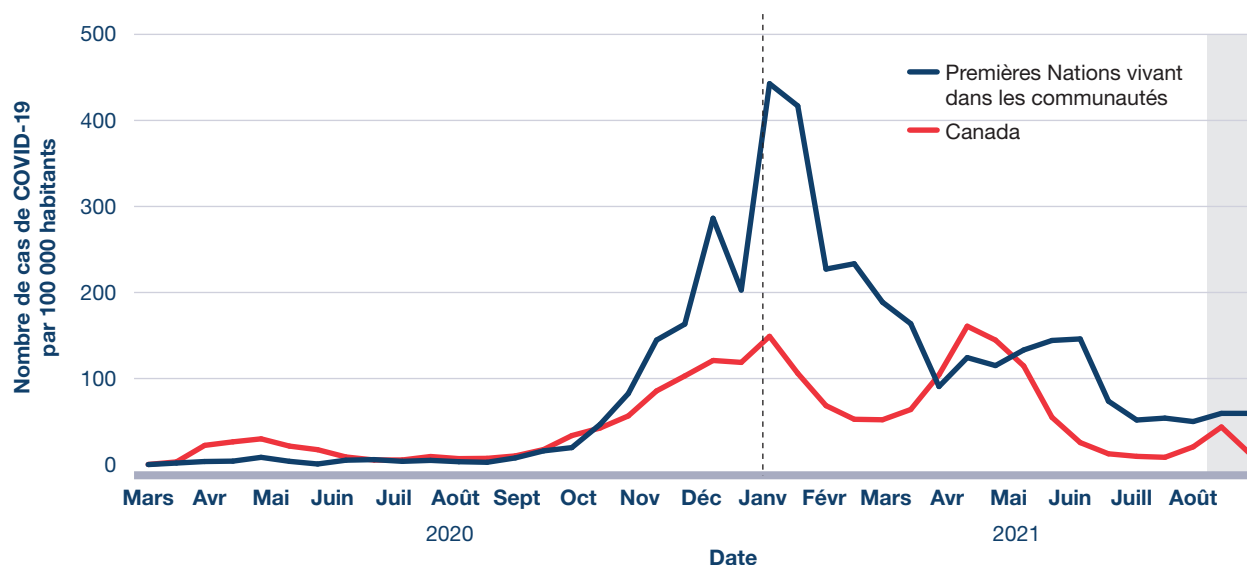
dans les communautés. Par exemple, en date du 14 août 2021, les personnes vivant hors communauté représentaient 56 % des cas de COVID-19 chez les Premières Nations en Colombie-Britannique.⁹⁶

Après avoir réussi à prévenir toute importation de cas au cours de la première vague, le Nunavut, dont la population est composée à 85 % d'Inuits, a déclaré son premier cas de COVID-19 en novembre 2020 (figure 2).^{54, 97} Le territoire a rapidement freiné d'autres éclosions et empêché leur réapparition grâce à des mesures de santé publique ciblées, y compris des tests proactifs de surveillance des eaux usées et la restriction des déplacements territoriaux.⁹⁸⁻¹⁰⁰ En date du 31 août 2021, le dernier cas de COVID-19 signalé au Nunavut remontait à juin 2021 et le territoire avait administré au moins une dose de vaccin à 80 % de la population admissible.^{54, 60}

Les vaccins ont été proposés en priorité aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, qui ont joué un rôle de premier plan dans l'exécution des programmes de vaccination. Les groupes communautaires ainsi que les gouvernements et les dirigeants autochtones ont réagi rapidement pour mettre sur pied des cliniques et fournir du matériel éducatif adapté à la culture.¹⁰¹⁻¹⁰³ Des initiatives visant à administrer des vaccins de façon sécuritaire et efficace ont également été mises en œuvre, comme l'opération Immunité dans les collectivités éloignées, dirigée par le service d'ambulance aérienne et de transport médical de l'Ontario (ORNGE), en partenariat avec la Nation Nishnawbe Aski, qui a fourni des vaccins à 31 collectivités éloignées des Premières Nations de la province.¹⁰⁴

Compte tenu des expériences antérieures de stigmatisation et de racisme, les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada ont exprimé le désir de connaître et de comprendre les risques et les avantages de la vaccination, expliqués par des sources fiables, et ils ont réclamé des interventions spécialement adaptées aux besoins et aux pratiques culturelles des communautés.^{105, 106} À titre d'exemple, citons le partenariat entre le Conseil autochtone des soins de santé primaires et le Programme national de réconciliation *Save the Children* pour diriger un programme de promotion de la vaccination chez les jeunes Autochtones. Les jeunes ont élaboré des stratégies dans les médias sociaux pour dire pourquoi ils se sont fait vacciner en utilisant les mots-clés *#IndigenousYouth4Vaccine* et *#SmudgeCOVID*.¹⁰⁷ En date du 10 août 2021, plus de 86 % des personnes de 12 ans et plus dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des territoires avaient reçu au moins une dose de vaccin.^{95, 108}

FIGURE 4 : Taux de cas déclarés de COVID-19 chez les membres des premières nations vivant dans les communautés autochtones comparativement à la population canadienne en général (mars 2020 à août 2021)



Toutes les variables sont des données hebdomadaires selon la date d'apparition de la maladie. La zone ombrée indique l'incertitude des données en raison des retards de déclaration.⁹⁵

Effet attendu de la vaccination sur la quatrième vague

Au moment de la rédaction du rapport, en août 2021, l'augmentation de l'incidence indiquait le début d'une quatrième vague (figure 1). En juillet 2021, la modélisation à long terme fondée principalement sur le variant préoccupant Delta plus contagieux a prédit qu'à l'automne 2021, le nombre de cas quotidiens pourrait dépasser les pics des vagues précédentes, car de nombreuses régions prévoient de passer aux étapes finales de leurs plans de déconfinement.^{30, 109}

En date du 28 août 2021, 83 % de la population admissible au Canada avait reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19 et 76 % avaient été entièrement vaccinés.⁴⁰ Compte tenu de l'accélération de la vaccination de la population générale, il était attendu que l'épidémiologie et les interventions en santé publique pour cette vague soient très différentes de ce qu'elles avaient été auparavant. Les spécialistes de la santé publique prévoient que la transmission serait concentrée dans les régions où la couverture

vaccinale était plus faible et chez les enfants qui ne sont pas encore admissibles à la vaccination, alors que les écoles rouvraient à l'apprentissage en présentiel.¹⁰⁹

On escomptait que l'atteinte d'une couverture vaccinale élevée parmi les populations admissibles ait un effet important sur la réduction de la gravité de la maladie à l'avenir. Cependant, la mise à jour de la modélisation en août 2021 a révélé qu'il y avait encore un risque que les capacités du système de santé soient dépassées si au moins 80 % de la population admissible n'était pas entièrement vaccinée, en particulier les Canadiennes et les Canadiens de 18 à 39 ans, et si l'assouplissement accru des mesures de santé publique donnait lieu à l'augmentation des taux de contact. Cela s'explique en partie par le risque élevé d'hospitalisation et d'admission aux soins intensifs associé au variant Delta, en particulier chez les personnes non vaccinées.⁵¹

À l'été 2021, de nombreuses régions ont lancé des campagnes plus ciblées pour favoriser l'adhésion à la vaccination (voir l'encadré « [Renforcer la confiance dans les vaccins au Canada](#) »).

Plusieurs régions ont également exigé des preuves de vaccination pour certains groupes ou pour la participation à certaines activités.¹⁰⁹ Par exemple, en août 2021, le Québec est devenu la première province à annoncer que les gens doivent être adéquatement vaccinés (ou avoir reçu une exemption pour des raisons médicales) pour accéder à certains services non essentiels.¹¹⁰ Les Services de santé de l'Alberta ont également annoncé des plans visant à imposer la vaccination complète obligatoire à tous les employés et fournisseurs de soins de santé contractuels.¹¹¹

Étant donné l'ampleur de la couverture vaccinale, les régions sanitaires ont prévu de concentrer davantage les interventions en santé publique sur les éclosions localisées, et de surveiller les indicateurs de gravité plutôt que d'appliquer des mesures de santé publique restrictives à grande

échelle. Il était particulièrement important de doter le système de santé publique de capacités suffisantes, car d'autres priorités pressantes en matière de santé et le retour à une saison de grippe et de virus respiratoire plus typique exerceraient une pression supplémentaire sur un effectif de santé publique déjà épuisé.¹¹⁸ Les mesures de protection personnelle comme rester à la maison lorsqu'on est malade et l'hygiène des mains sont demeurées importantes même après la levée des mesures de santé publique restrictives par les diverses instances. Toutefois, il était impératif de demeurer réceptif aux signaux de l'augmentation de l'activité du SRAS-CoV-2, de maintenir la vigilance et la préparation pour les variants préoccupants existants et émergents, et de surveiller l'efficacité des vaccins partout au pays et à l'échelle internationale.

Renforcer la confiance dans les vaccins au Canada

Les résultats d'une enquête nationale menée de septembre à décembre 2020 révèlent que 77 % des Canadiens et des Canadiennes de 12 ans et plus ont déclaré être « plutôt disposés » ou « très disposés » à se faire vacciner contre la COVID-19.¹¹² En février 2021, après le début de l'administration des vaccins, ce pourcentage a augmenté pour atteindre 82 %.¹¹³ Les raisons invoquées pour l'hésitation à se faire vacciner sont multiples, notamment les préoccupations au sujet de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin, l'accessibilité des services de vaccination et la méfiance à l'égard du processus d'approbation du vaccin.^{105,114-116} Il est essentiel de lutter contre la réticence à l'égard de la vaccination pour assurer la gestion continue de la COVID-19, car une vaste couverture vaccinale est nécessaire pour limiter les éclosions futures. En reconnaissance de cette nécessité, de nombreuses collectivités et entreprises, ainsi que tous les paliers gouvernementaux, ont étudié les possibilités de favoriser l'adoption de la vaccination. Le Défi de l'innovation communautaire pour la vaccination est un exemple d'initiative visant à encourager la vaccination et à renforcer la confiance envers les vaccins. Dans le cadre de cette initiative, le gouvernement du Canada a sélectionné jusqu'à 140 projets créatifs qui permettront d'élaborer et de réaliser des campagnes d'information afin de donner aux dirigeants communautaires les moyens nécessaires pour accroître la confiance des gens envers les vaccins contre la COVID-19 et renforcer les mesures de santé publique ciblant les populations les plus durement touchées par la pandémie.¹¹⁷ Cette initiative est l'un des nombreux programmes soutenus par le Fonds de partenariat d'immunisation qui visent à accroître la confiance dans les vaccins et à contrer la désinformation et la désinformation en donnant la parole à des intervenants communautaires dignes de confiance.¹¹⁷

La situation de la COVID-19 au Canada dans un contexte mondial

En date du 31 août 2021, à l'échelle mondiale, plus de 215 millions de cas de COVID-19 et près de 4,5 millions de décès liés à la COVID-19 avaient été signalés.¹¹⁹ Comme le Canada, de nombreux autres pays repères de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont connu des éclosons et une recrudescence des cas de COVID 19 après l'été 2020, même ceux qui avaient réussi à prévenir ou à limiter une première vague.¹¹⁹ Une multitude de facteurs influent sur la tendance épidémiologique dans chaque pays, d'où la nécessité d'interpréter avec prudence leurs données respectives.

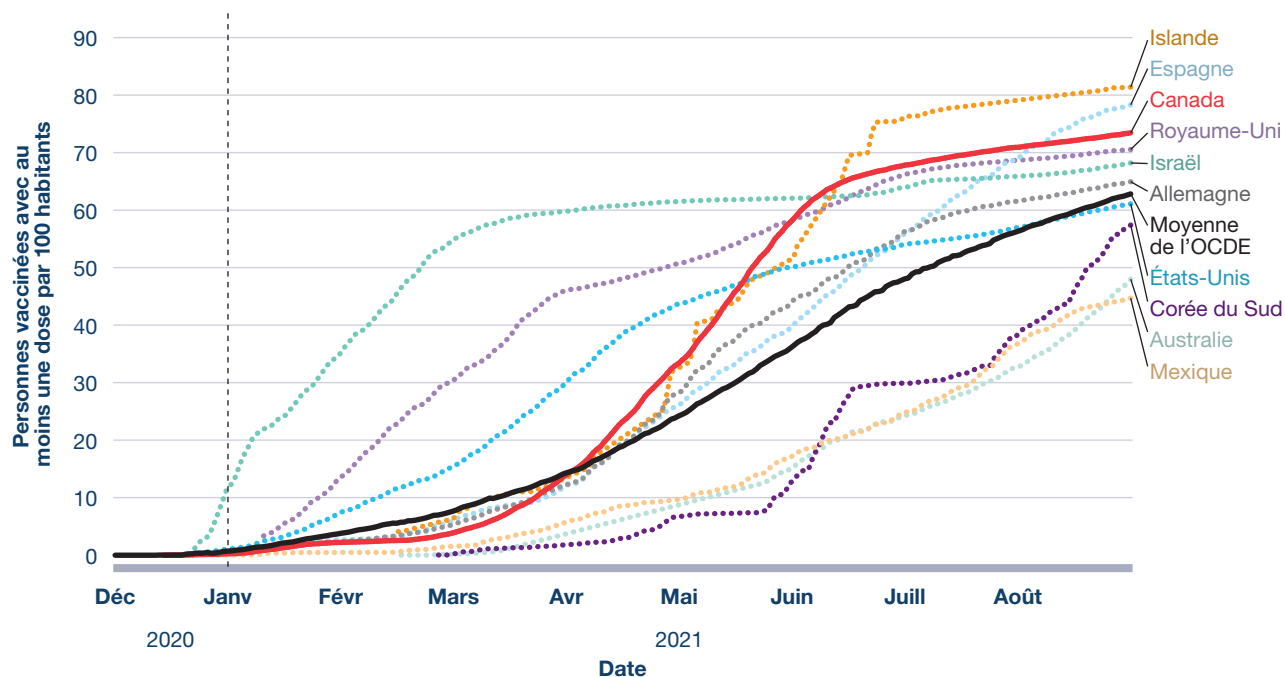
En 2021, de nombreux pays de l'OCDE ont modifié leurs interventions en santé publique pour mettre leurs efforts à acquérir une couverture vaccinale élevée. Comparativement à des pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni et Israël, la vaccination de masse au Canada a commencé un peu plus tard ([figure 5](#)).¹¹⁹ Néanmoins, en raison de l'accélération de l'offre de vaccination, de l'expansion des campagnes de vaccination dans les provinces et les territoires et d'une stratégie d'intervalles prolongés entre les doses, le 31 août 2021, le Canada avait administré au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19 à 73 % de la population totale.⁴⁰ Ces efforts combinés ont contribué à placer le Canada au septième rang des pays de l'OCDE pour la couverture vaccinale de la première dose la plus élevée à l'époque.¹¹⁹

Le Canada s'est penché sur les expériences d'autres pays qui ont connu une résurgence alimentée par des variants plus contagieux. Par exemple, Israël, l'Islande et le Royaume-Uni ont tous connu une augmentation rapide du nombre de cas à l'été 2021, même avec une couverture

vaccinale relativement élevée ([figure 5](#)), attribuable au variant Delta. Toutefois, en août 2021, le nombre d'hospitalisations ou de décès liés à la COVID-19 dans les trois pays était de loin inférieur à celui déclaré au cours des vagues précédentes.¹¹⁹ Les expériences de ces pays, ainsi que les nouvelles données probantes selon lesquelles l'immunité acquise par le vaccin pourrait diminuer au fil du temps, ont mis en lumière la nécessité de continuer à faire preuve de prudence à mesure que la couverture vaccinale augmente.¹²⁰ L'assouplissement des mesures de santé publique doit être contrôlé, graduel et adapté au contexte épidémiologique local, même lorsque les taux d'infection atteignent de faibles niveaux.

En date du 31 août 2021, seulement 40 % de la population mondiale et 2 % de la population des pays à faible revenu avaient reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19.^{119, 121} À l'échelle mondiale, le manque d'approvisionnement en vaccins et d'accès à la vaccination contre la COVID-19 signifie que, dans un avenir prévisible, la phase aiguë de la pandémie persistera dans de nombreux endroits. Le Canada demeure déterminé à travailler avec ses partenaires pour atteindre des cibles de vaccination équitables à l'échelle mondiale, par exemple par le don de vaccins et de fonds au Mécanisme pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 (COVAX).¹²² Le soutien offert par le Canada à l'échelle internationale profite également à la population canadienne, car l'avenir de la COVID-19 au Canada dépend de la collaboration avec tous les pays pour mettre fin à la pandémie.

FIGURE 5 : Nombre cumulatif de personnes pour 100 habitants qui ont reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19 par pays (décembre 2020 à août 2021)



La déclaration peut être fondée sur des normes et des fréquences différentes selon le pays. Par conséquent, ces données doivent être interprétées avec prudence. La couverture vaccinale peut inclure des non résidents.¹¹⁹

Conséquences sanitaires et sociales générales de la COVID-19 au Canada

Bien que l'influence de la pandémie de COVID-19 sur la santé puisse être décelée au moyen de nombreux indicateurs de la santé de la population au Canada, comme on l'a vu lors la première vague, les conséquences de la pandémie ne se limitent pas au domaine de la santé.

Comme pour les répercussions directes sur la santé de la COVID-19 dont il a été question plus tôt, les conséquences sanitaires et sociales sont ressenties de façon disproportionnée parmi certaines populations clés au Canada. Les répercussions différentes sont souvent liées à des iniquités préexistantes en matière de santé et d'économie, ainsi qu'à l'accès aux ressources et aux soutiens. Par conséquent, la pandémie

a aggravé bon nombre des facteurs structurels et systémiques qui contribuent à la répartition inéquitable du pouvoir et des ressources.^{5, 14} La présente section met en lumière une série d'exemples qui illustrent les répercussions économiques, sociales et sanitaires plus vastes, complexes et interreliées de la COVID-19 et de certaines actions gouvernementales, communautaires et du secteur privé visant à les atténuer.

L'espérance de vie générale a probablement diminué pendant la pandémie

L'examen de l'espérance de vie peut donner une vue d'ensemble des répercussions les plus graves de la pandémie sur la santé de l'ensemble de la population au Canada. L'espérance de vie représente le nombre d'années de vie auxquelles une personne d'un âge donné peut s'attendre,

compte tenu des taux de mortalité observés. En 2020, on a estimé que l'espérance de vie à la naissance avait diminué de près de cinq mois pour les deux sexes à l'échelle nationale en raison des décès attribuables à la COVID-19 seulement.¹²³ En règle générale, l'espérance de vie au Canada a augmenté d'environ 2,5 mois par année au cours des quatre dernières décennies.¹²⁴ L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance a commencé à stagner au début de la crise des opioïdes en 2016.^{124, 125} Bien que l'espérance de vie n'ait pas encore été calculée pour 2020 au moment de la rédaction du rapport, il est clair que la COVID-19 aura un impact important.^{123, 126}

Même si la surmortalité peut, dans une large mesure, être directement attribuée à la COVID-19, la pandémie a également eu des conséquences indirectes sur la mortalité. C'est ce qui ressort le plus clairement dans le cas des populations plus jeunes. Bien que 1 600 décès liés à la COVID-19 aient été signalés chez des Canadiennes et des Canadiens de moins de 65 ans entre mars 2020 et mai 2021, il y a eu 7 150 décès de plus que prévu dans ce groupe d'âge au cours de la même période.¹²⁷ L'aggravation de la crise des surdoses d'opioïdes est probablement une cause importante de cette surmortalité.¹²⁸

Problèmes de santé prévisibles à l'horizon

La COVID-19 a exercé d'énormes pressions sur le système de soins de santé canadien et les répercussions négatives à long terme seront probablement considérables.

Pendant la pandémie, le recours à certains services de santé a diminué de façon notable. Cela peut être attribuable à la fois à la diminution du nombre de personnes qui demandent des soins et à la réduction du nombre et des types de services disponibles.¹²⁹ Au cours des dix premiers mois de la pandémie, le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations a diminué au pays. Les conseils

de rester à la maison peuvent avoir entraîné une diminution des préjudices non intentionnels et de la transmission d'autres maladies contagieuses.^{129, 130} De plus, les fournisseurs de soins de santé au Canada qui offrent des services de prévention, de dépistage et de traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont signalé une baisse de 66 % de la demande pour leurs services.¹³¹ Cela pourrait être attribuable à la difficulté pour la population d'accéder aux services en raison de la réduction des heures d'ouverture ou de la fermeture dans le cadre des mesures de santé publique.

Le fardeau imposé au système de soins de santé par la pandémie et les répercussions des mesures de santé publique ont eu pour effet de réduire l'accessibilité à certains services. De nombreuses instances ont reporté des chirurgies non urgentes et d'autres interventions chirurgicales afin de s'assurer qu'il y avait suffisamment de ressources disponibles pour les patients atteints de la COVID-19.¹²⁹ Ainsi, en Ontario, le Bureau de la responsabilité financière a estimé qu'à la fin de septembre 2021, il faudrait plus de trois ans pour éliminer l'arriéré accumulé en chirurgie et en diagnostic pendant la pandémie.¹³² Les chercheurs prévoient également une augmentation des cas de cancer une fois que le dépistage et les interventions chirurgicales auront repris après les interruptions liées à la COVID-19.¹³³ Cependant, contrairement à ce qui s'est produit pour les adultes, le taux d'incidence du cancer chez les enfants et le dépistage précoce semblent être demeurés stables tout au long de la pandémie.¹³⁴ La pandémie a aussi détourné des ressources et d'autres programmes de santé publique, limitant ainsi la capacité de les affecter à d'autres priorités de santé publique.⁷ Les encadrés intitulés « [Syndrome post-COVID-19](#) » et « [Les mesures de santé publique ont eu une incidence sur la propagation et la prise en charge d'autres maladies contagieuses](#) » présentent d'autres exemples des effets de la pandémie sur la santé.

Syndrome post-COVID-19

Le Syndrome post-COVID-19 (aussi appelé la COVID-19 de longue durée) se caractérise par des symptômes qui persistent ou réapparaissent après une infection aiguë à la COVID-19, soit à court terme (de 4 à 12 semaines après le diagnostic) ou à long terme (plus de 12 semaines après le diagnostic).¹³⁵ Les résultats préliminaires d'une revue systématique indiquent que 56 % des personnes qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 ont fait état de la persistance ou de la présence d'un ou de plusieurs symptômes à long terme.¹³⁵ Bien que plus d'une centaine de résultats aient été signalés (c.-à-d. symptômes, séquelles et difficultés à mener les activités habituelles), les symptômes les plus courants comprennent la fatigue, la douleur ou l'inconfort général, les troubles du sommeil, l'essoufflement et l'anxiété ou la dépression.¹³⁵ La prise en charge de ces patients, qui pourraient être aux prises avec des symptômes de la maladie à long terme, pose des défis qui exerceront des pressions supplémentaires sur le système de santé. Le Canada compte de nombreuses cliniques spécialisées qui ont été créées pour gérer le Syndrome post-COVID-19.¹³⁶

En partenariat avec Statistique Canada, les établissements d'enseignement, les provinces et les territoires, l'ASPC évalue un certain nombre de sources de données qui pourraient être utilisées pour faire le suivi des cas de Syndrome post-COVID-19 et des symptômes connexes. Le gouvernement du Canada continue de surveiller les données probantes nationales et internationales et d'appuyer les revues systématiques portant sur l'éventail des complications associées à cette maladie.¹³⁷ De plus, les Instituts de recherche en santé du Canada ont financé des études prospectives qui nous permettront de mieux comprendre les facteurs de risque et les résultats à long terme de la COVID-19.¹³⁸

Transition rapide vers les soins virtuels

Afin de réduire au minimum le risque d'exposition au SRAS-CoV-2, un grand nombre de fournisseurs de soins de santé ont rapidement opté pour des rendez-vous de soins virtuels. Dans cinq provinces pour lesquelles des données étaient disponibles, en février 2020, 48 % des médecins avaient fourni au moins un service de soins virtuels. Ce pourcentage a augmenté pour atteindre 83 % en septembre 2020.¹³⁹ Les adultes plus âgés, qui sont susceptibles de subir les effets néfastes de la COVID-19, étaient les princi

paux utilisateurs des soins virtuels.¹⁴⁰ Toutefois, le recours aux soins virtuels a posé des difficultés aux personnes qui manquaient de compétences numériques ou n'avaient pas un accès fiable à Internet ou au téléphone.¹⁴¹ Des études sont nécessaires pour déterminer les problèmes de santé et les circonstances les plus propices à l'utilisation des soins virtuels qui n'exacerbent pas les iniquités en matière d'accès aux services de santé.¹⁴²

Les mesures de santé publique ont eu une incidence sur la propagation et la prise en charge d'autres maladies contagieuses

L'adoption des mesures de santé publique visant à gérer la transmission de la COVID-19 pourrait aussi avoir freiné la propagation d'autres maladies infectieuses. Malgré l'augmentation des tests, le nombre de cas de grippe confirmés en laboratoire entre septembre 2020 et août 2021 était inférieur à 0,2 % du nombre de cas déclarés au cours de la même période en 2018-2019. De même, aucun décès lié à la grippe n'a été enregistré en 2020-2021 dans les huit provinces et territoires déclarants, comparativement à 223 décès liés à la grippe enregistrés en 2018-2019.^{143, 144}

Les taux d'autres maladies infectieuses pourraient aussi avoir été inférieurs à ceux des années précédentes, bien que dans certains cas, cela pourrait être attribuable à une diminution des tests en raison des conséquences plus vastes de la COVID-19, plutôt qu'à une diminution de l'incidence de la maladie. En 2020, l'Alberta et l'Ontario ont tous deux signalé une baisse des taux d'incidence de la chlamydia, du VIH et de l'hépatite C.^{145, 146} Toutefois, les maladies infectieuses n'ont pas toutes affiché une tendance à la baisse. Par exemple, le taux de syphilis infectieuse a augmenté de 8 % en Alberta.¹⁴⁵ Cette tendance à la hausse, qui s'est amorcée avant la pandémie, demeure préoccupante, surtout chez les jeunes canadiens et canadiennes et les populations mal desservies.¹⁴⁷ En outre, de nouvelles données probantes révèlent que l'utilisation d'antimicrobiens dans la collectivité a diminué considérablement. De mars à octobre 2020, le taux national moyen de distribution d'antibiotiques a diminué de 27 % par rapport à la période antérieure à la COVID-19. Cela peut être lié à une diminution des consultations médicales pendant la pandémie.¹⁴⁸

La santé mentale de la population canadienne s'est détériorée pendant la pandémie

Pour nombre de Canadiens et de Canadiennes, l'expérience de la pandémie s'est accompagnée du stress lié à la perte d'emploi, à l'isolement des êtres chers, aux restrictions sur les activités communautaires et récréatives ou à la nécessité de trouver un équilibre entre les responsabilités professionnelles et de prestation de soins. Tout porte à croire que l'étendue de ces défis ont eu une incidence négative sur les sentiments et les perceptions d'un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes quant à leur santé mentale et à leur bien-être, en particulier les femmes, les jeunes et les travailleurs de première ligne.

Selon les données recueillies en mars et en avril 2021 dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 42 % des personnes interrogées ont déclaré que leur santé mentale perçue était « un peu moins bonne » ou « bien moins bonne » comparativement à avant la pandémie.¹⁴⁹ La détérioration perçue de la santé mentale était plus fréquente chez les femmes (44 %) que chez les hommes (39 %) et elle était aussi plus fréquente au sein de la population âgée de 18 à 34 ans (45 %), de 35 à 49 ans (48 %) et de 50 à 64 ans (40 %) que chez les personnes âgées de 65 ans et plus (33 %).¹⁴⁹

Environ 70 % des travailleurs de la santé qui ont participé à une enquête par approche participative menée par Statistique Canada de novembre à décembre 2020 ont déclaré avoir l'impression que leur santé mentale s'était détériorée pendant la pandémie de COVID-19. Les gens qui ont eu

des contacts avec des personnes dont l'infection à la COVID-19 a été confirmée ou était soupçonnée étaient plus nombreux à déclarer éprouver le sentiment que leur santé mentale s'était détériorée (77 %) comparativement à ceux qui n'ont pas déclaré avoir eu de contact direct avec d'autres personnes (62 %).¹⁵⁰ Bien qu'aucune comparaison directe avec la situation d'avant la pandémie n'était disponible, selon l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), les travailleurs canadiens de première ligne étaient deux fois plus susceptibles d'avoir un résultat positif au dépistage pour le trouble de stress post-traumatique et 1,5 fois plus susceptibles d'avoir un résultat positif pour le trouble d'anxiété généralisée ou le trouble dépressif majeur que les personnes qui ne travaillaient pas en première ligne.^{151, 152}

Même si les personnes âgées de 12 à 17 ans faisaient partie d'un des groupes d'âge les moins susceptibles de déclarer une détérioration de leur santé mentale en janvier et en février 2021, la proportion de ces personnes ayant fait état d'une mauvaise santé mentale a doublé depuis septembre 2020.¹⁴⁹ Bien que peu de données probantes à l'échelle nationale étaient disponibles au moment de la rédaction du rapport, une étude menée dans la région du Grand Toronto d'avril à juin 2020 laisse entendre que la santé mentale pendant la pandémie s'est détériorée davantage chez les enfants et les adolescents ayant un diagnostic psychiatrique préexistant.¹⁵³ Selon Jeunesse, J'écoute, un service de santé mentale en ligne offrant un soutien gratuit et confidentiel aux jeunes Canadiennes et Canadiens, le nombre d'appels, de messages textes et de clics sur leurs ressources en ligne a plus que doublé en 2020 par rapport à 2019.¹⁵⁴ Le gouvernement du Canada a réagi en offrant un financement supplémentaire de 7,5 millions de dollars pour la ligne d'écoute téléphonique afin d'offrir aux jeunes du soutien en santé mentale pendant la pandémie.¹⁵⁵

Les parents de jeunes enfants ont également déclaré avoir le sentiment que leur santé mentale s'était détériorée. Selon une enquête menée en

mai 2020, 44 % des parents ayant des enfants vivant à la maison ont rapporté une détérioration de leur santé mentale. Dans la même enquête, 36 % des répondants sans enfants vivant à la maison ont déclaré que leur santé mentale s'était détériorée.¹⁵⁶ La perception d'une détérioration de l'état de santé mentale semblait la plus élevée chez les parents d'un enfant de moins de quatre ans (55 %).¹⁵⁶

Bien que les sentiments de stress et d'anxiété signalés aient augmenté au cours de la pandémie, les données préliminaires indiquent qu'il n'y a pas eu d'augmentation générale des troubles mentaux diagnostiqués.¹⁵⁷ Au fur et à mesure que les données sur la pandémie continuent d'être recueillies et analysées, les changements sur l'état de la santé mentale des Canadiens devront être examinés de manière approfondis.

Malgré les rapports faisant état d'une détérioration de la santé mentale, les résultats de l'ECSM menée de septembre à décembre 2020 n'indiquent pas d'augmentation du pourcentage de répondants ayant sérieusement envisagé le suicide par rapport à 2019.¹⁵⁸ Des recherches préliminaires laissent entendre que cette situation pourrait être attribuable à diverses raisons, notamment l'accès accru aux services de santé mentale et aux soutiens financiers, ainsi que le bienfait potentiel de passer plus de temps avec les membres du ménage.^{159, 160} Certains groupes de population touchés de façon disproportionnée par la pandémie (p. ex. les personnes qui ont déclaré avoir perdu leur emploi ou des revenus et celles qui éprouvaient un sentiment de solitude ou d'isolement en raison de la pandémie) étaient plus susceptibles que d'autres d'envisager sérieusement le suicide.¹⁵⁸ Comme le taux de suicide peut être influencé par des perturbations durables associées à la vie sociale et à l'économie¹³⁹, il faudra du temps pour mieux comprendre les effets à long terme de la pandémie sur ce taux, d'autant plus que la déclaration des causes de décès peut être retardée.^{9, 161}

Effets de la COVID-19 sur la consommation de substances

Le stress et l'incertitude liés à la pandémie, y compris les bouleversements sociaux et économiques qui y sont associés, ont modifié le profil de consommation de substances de bon nombre de Canadiennes et de Canadiens.

Double épidémie : l'aggravation de la crise des surdoses d'opioïdes et la COVID-19

La crise des surdoses d'opioïdes, qui constitue une priorité nationale de santé publique depuis de nombreuses années, fait peser un lourd fardeau sur la santé, l'économie et la société au sein des collectivités, des groupes d'âge et des groupes socioéconomiques au Canada.^{162, 163} Malgré les efforts déployés pour lutter contre la crise des opioïdes et les signes d'une diminution des décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes avant la pandémie, le nombre de décès en 2020 (6 214) dépassait les niveaux atteints en 2018 (4 389) au sommet de la crise.¹²⁸ D'avril à décembre 2020, les décès reliés à une intoxication aux opioïdes ont augmenté de 89 % par rapport à la même période en 2019.¹²⁸ En 2020, semblable en cela aux tendances observées avant la pandémie, la plupart des décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ont été dénombrés chez les hommes (77 %) et les personnes âgées de 20 à 49 ans (69 %).¹²⁸ L'Ouest canadien et l'Ontario ont continué d'être les régions les plus touchées, mais de nombreuses régions ont constaté une augmentation des méfaits liés aux opioïdes pendant la pandémie.¹²⁸

Même si les données mises à jour n'étaient pas encore disponibles à l'échelle nationale au moment de la rédaction du rapport, les données de certaines provinces ont laissé entendre que cette tendance se poursuit. Par exemple, il y a eu une augmentation de 46 % des décès reliés à

une intoxication suspectée aux drogues illicites en mars 2021 en Colombie-Britannique comparativement à mars 2020.¹⁶⁴ De plus, un scénario de décès liés aux opioïdes pendant la pandémie prédisait que le nombre de décès demeurerait élevé ou même augmenterait jusqu'à la fin de 2021.¹⁶⁵

La stigmatisation et la discrimination, les séquelles des déplacements forcés, des mauvais traitements et de la perturbation de la culture traditionnelle dans les pensionnats, de même que le traumatisme intergénérationnel qui en découle, ont continué de nuire à la santé et au bien-être des peuples autochtones du Canada.¹⁶⁶ Bien que les membres des Premières Nations ne représentaient que 3 % de la population de la Colombie-Britannique, en 2020, 15 % de tous les décès liés à des substances toxiques ont eu lieu chez les membres des Premières Nations, comparativement à 12 % en 2019. De même, en Alberta, les membres des Premières Nations représentent 6 % de la population, mais 22 % de tous les décès liés à une intoxication aux opioïdes de janvier à juin 2020.^{167, 168} Pour relever certains de ces défis, la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique a élargi l'accès à des stratégies de réduction des méfaits et de guérison respectueuses de leur culture, comme le lancement du service virtuel de traitement de la toxicomanie et de psychiatrie des Premières Nations.¹⁶⁷

Le fentanyl non pharmaceutique a continué d'être un facteur important des augmentations subites observées des hospitalisations et des décès liés aux opioïdes pendant la COVID-19.¹²⁸ Les sentiments croissants d'isolement, de stress et d'anxiété, ainsi que la disponibilité ou l'accessibilité limitée des services de santé publique comme les services de réduction des méfaits pour les personnes qui consomment des substances, pourraient aussi y avoir contribué.^{128, 169} Les mesures de santé publique mises en œuvre pour gérer la COVID-19 ont également perturbé

les chaînes d'approvisionnement en substances, ce qui pourrait avoir créé des risques supplémentaires pour les personnes qui ont dû modifier en conséquence leur consommation habituelle de substances.¹⁶⁹

Au début de la pandémie de COVID-19, le gouvernement du Canada a pris des mesures pour permettre au système de santé de mieux répondre aux besoins des personnes qui consomment des substances. Santé Canada a créé et étendu une exemption temporaire à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, laquelle permet notamment aux pharmaciens de rédiger des ordonnances et aux médecins de prescrire verbalement des substances contrôlées afin d'aider les patients à respecter les mesures de santé publique.¹⁷⁰ De même, en septembre 2020, la Colombie-Britannique a rendu une ordonnance de santé publique afin que le personnel infirmier autorisé puisse prescrire des solutions de rechange pharmaceutiques pour empêcher les gens de se procurer des drogues illicites potentiellement toxiques et offrir plus de possibilités de soins, de traitements et de soutien continu.¹⁷¹ Le projet novateur de distributrices automatiques MySafe installées à Victoria, à London, à Dartmouth et à Vancouver est un autre exemple d'approvisionnement sécuritaire. Après avoir vérifié l'identité d'une personne au moyen d'un balayage de la paume, les machines donnent accès à des médicaments aux patients qui ont déjà une ordonnance.¹⁷²

Augmentation des hospitalisations liées à l'alcool pendant la pandémie

Certaines Canadiennes et certains Canadiens semblent avoir augmenté leur consommation d'alcool pendant la pandémie. De septembre à décembre 2020, 16 % des répondants à l'ECSM ont déclaré que leur consommation avait augmenté, surtout parmi ceux qui percevaient que leur santé mentale s'était détérioré.¹⁷³ Comparativement à 2019, de mars à

septembre 2020, le nombre total d'hospitalisations en raison de méfaits causés par l'alcool a augmenté de 5 %.¹⁶⁹ En plus de l'augmentation de la consommation et de la disponibilité de l'alcool, cet état de fait peut aussi refléter une tendance générale à retarder la recherche des soins nécessaires, ce qui entraîne des résultats plus graves.¹⁶⁹ La plus forte augmentation du taux des hospitalisations liées à l'alcool (14 %) a été observée dans les régions à faible revenu pendant la pandémie, alors qu'il n'y a eu aucun changement dans les régions à revenu élevé.¹⁶⁹ Cette situation pourrait être attribuable au fait que la population canadienne à faible revenu a été plus affectée par la pandémie et a tendance à souffrir davantage de maladies chroniques multiples.^{5, 174}

Déterminants sociaux de la santé

La santé de la population canadienne dépend d'un ensemble de déterminants sociaux fondamentaux. Le rapport annuel de 2020 de l'ACSP a notamment porté sur la manière dont les déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, l'emploi et le racisme, ont une influence sur les iniquités sociales et les risques associés à COVID-19.⁵ Conformément aux constatations tirées de la première vague, les nouvelles données probantes de la deuxième et de la troisième vague indiquent que les répercussions sociales et économiques plus vastes de la pandémie ont également été ressenties de façon disproportionnée par les groupes qui sont historiquement moins bien, comme les populations racisées, les populations à faible revenu et les femmes.

La sécurité financière a été mise à l'épreuve pendant la pandémie

En raison des répercussions économiques de la COVID-19, des millions de Canadiennes et de Canadiens ont perdu leur emploi, ont eu un horaire de travail réduit ou se sont trouvés dans une situation financière précaire.¹⁷⁵ Les pertes d'emplois les plus importantes ont été observées dans les industries les plus touchées par

les conséquences imprévues des mesures de santé publique, comme le commerce de détail, l'hébergement et les services alimentaires.¹⁷⁶ Après avoir atteint un sommet de 14 % en mai 2020, le taux de chômage a généralement suivi une tendance à la baisse (8 % en juillet 2021), mais se situait toujours au-dessus des niveaux pré-pandémiques au moment de la rédaction du rapport.¹⁷⁷

Certaines populations racisées ont connu des taux de chômage disproportionnellement élevés. En juin 2021, le taux de chômage chez les groupes de la population canadienne désignés comme minorités visibles était de 10 %, comparativement à 6 % chez les Canadiennes et les Canadiens qui n'étaient ni Autochtones ni membres d'une minorité visible.¹⁷⁸ Comparativement à février 2020, en février 2021, le taux de chômage chez les jeunes de 15 à 24 ans avait augmenté de près de sept points de pourcentage et les pertes d'emploi chez les femmes de ce groupe d'âge étaient près du double de celles observées chez les hommes.¹⁷⁹

Le chômage de longue durée est associé à des effets négatifs sur la santé, à la difficulté de retourner au travail et aux retards dans l'acquisition d'expérience de travail.¹⁷⁶ En juillet 2021, 28 % des sans-emploi étaient au chômage de longue durée, une augmentation d'environ 12 points de pourcentage comparativement à la période avant la pandémie.¹⁸⁰ La COVID-19 a aussi amplifié les conséquences des conditions d'emploi précaires (p. ex. travail peu rémunéré, travail à temps partiel, horaires irréguliers) auxquelles font face de nombreux travailleurs au Canada, qui sont de façon disproportionnée des femmes, des personnes racisées, des immigrants et des personnes vivant avec un handicap. Ce facteur est de plus en plus reconnu comme un déterminant social important de la santé et a été lié à un certain nombre de résultats indésirables pour les travailleurs, la famille et la santé communautaire.¹⁸¹⁻¹⁸³

Les travailleurs à faible revenu et les ménages dont le principal soutien économique a moins de 35 ans ont subi les pertes de salaire les plus prononcées en 2020.¹⁸⁴ Toutefois, en raison des transferts du soutien au revenu liés à la COVID-19 qui ont été effectués par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour compenser les pertes financières, ces deux groupes ont connu les plus fortes augmentations du revenu en 2020 comparativement à 2019.¹⁸⁴ En particulier, les ménages dont le revenu est le plus faible au Canada ont vu leur revenu augmenter de 18 % en 2020, soit plus que celui des autres types de ménages.¹⁸⁴ De plus, l'écart entre les personnes ayant le revenu le plus faible et celles dont le revenu est le plus élevé a diminué de 2 % en 2020 par rapport à 2019.¹⁸⁴ Il importe de souligner que certains groupes n'étaient pas admissibles à ces programmes de soutien au revenu. Néanmoins, les leçons tirées de ces programmes peuvent être utilisées pour faciliter le débat sur un revenu de base à l'échelle du pays, ce qui pourrait réduire les répercussions des difficultés financières sur la santé, surtout en cas d'urgence sanitaire.¹⁸⁵

Autres répercussions sur les déterminants sociaux de la santé

Les changements dans la sécurité financière de la population canadienne n'étaient qu'un des effets de la pandémie sur les déterminants sociaux de la santé. Dans beaucoup d'autres cas, comme le montrent les exemples fournis dans le tableau 3, il faudra continuer à recueillir des données et comprendre les effets à long terme de la COVID-19.

TABLEAU 3 : Autres exemples de l'incidence possible de la COVID-19 sur les déterminants sociaux de la santé

Déterminants sociaux de la santé	Incidence potentielle de la COVID-19
Insécurité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le manque d'accès à des aliments nutritifs en quantité suffisante est fortement associé à un éventail de problèmes de santé, notamment une santé mentale fragile et une probabilité accrue d'hospitalisation pour des problèmes de santé aigus et chroniques.^{5, 186, 187} ▶ L'insécurité alimentaire peut avoir augmenté en raison de la pandémie.^{156, 188} L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique qu'en mai 2020, 15 % des répondants vivaient dans un ménage où il y avait de l'insécurité alimentaire, comparativement à 11 % en 2017-2018.¹⁸⁸ ▶ Les ménages ayant des enfants et ceux dont des membres ont perdu leur emploi ou ont cessé de travailler en raison de la COVID-19 étaient plus susceptibles de connaître l'insécurité alimentaire pendant la pandémie.^{186, 188} De plus, avant la pandémie, la prévalence de l'insécurité alimentaire était beaucoup plus élevée chez les ménages autochtones que chez les ménages non-Autochtones.¹⁸⁹ Même si les données n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport, il est permis de croire que la COVID-19 a amplifié davantage les répercussions disproportionnées sur les communautés autochtones.
Violence familiale et fondée sur le genre	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Au cours de la première vague de la pandémie, les données probantes ont montré que la population canadienne (10 % des femmes et 6 % des hommes) était préoccupée par la possibilité de violence à domicile.¹⁹⁰ Les données de la deuxième vague ont quant à elles révélé que les préoccupations à l'égard de la violence à domicile étaient plus faibles que pendant la première vague (4 % pour les femmes et 5 % pour les hommes).¹⁹¹ ▶ Le suivi des mauvais traitements infligés aux enfants, de la violence conjugale et de la maltraitance des personnes âgées est devenu de plus en plus compliqué pendant la pandémie. Les personnes LGBTQ2+, en particulier les jeunes, qui vivaient dans un logement précaire, ont peut-être été obligées de retourner dans des familles et des communautés hostiles.¹⁹² ▶ Assaulted Women's Helpline, qui offre une ligne téléphonique de crise au Canada, a connu une augmentation de 165 % du nombre d'appels entre octobre et décembre 2020 comparativement à la même période en 2019.¹⁹³

Déterminants sociaux de la santé

Incidence potentielle de la COVID-19

- Stigmatisation et discrimination
- ▶ Au début de la pandémie, les Chinois, les Coréens, les Asiatiques du Sud-Est et les Noirs qui ont répondu à une enquête par approche participative menée en août 2020 étaient deux fois plus susceptibles de déclarer avoir été victimes de discrimination que les répondants non membres d'une minorité visible.¹⁹⁴
 - ▶ Les crimes haineux contre les Asiatiques signalés à la police dans nombre de villes du Canada ont augmenté considérablement de 2019 à 2020. Cela comprend une augmentation de 717 % des crimes haineux contre les Asiatiques à Vancouver et de 650 % à Ottawa.^{195, 196}
-
- Éducation
- ▶ Dans de nombreuses régions, les écoles ont été fermées pendant un certain temps et l'apprentissage virtuel a été offert comme solution de rechange plus sécuritaire à l'apprentissage en personne en réduisant le risque d'exposition au virus.¹⁹⁷
 - ▶ Ces fermetures comportent des risques pour la santé des élèves et des étudiants, notamment des préjudices importants sur le plan physique, mental et de la sécurité.^{198, 199} La perturbation de l'éducation pourrait avoir des conséquences négatives à long terme.¹⁹⁷
- Développement des enfants
- ▶ La pandémie a perturbé de nombreux programmes de soutien et services destinés aux enfants et aux jeunes atteints de troubles du développement.²⁰⁰
 - ▶ Les retards dans le diagnostic précoce, ainsi que les difficultés d'accès à des interventions comportementales et éducatives, pourraient avoir des répercussions à long terme sur les enfants et les jeunes atteints de troubles du développement.²⁰¹⁻²⁰³

De nombreuses conséquences de la COVID-19 restent sans doute encore à venir

Cette section décrit en détail certaines des conséquences plus vastes de la pandémie sur les déterminants sociaux de la santé, la consommation de substances et les résultats en matière de santé qui ne sont pas liés à la COVID-19. Dans certaines sphères, les interventions pour atténuer les difficultés étaient axées sur le court terme et les répercussions à plus long terme étaient inconnues. Ces effets à long terme sur la santé

de la population canadienne ne feront surface que dans les années à venir. Par exemple, on sait très peu de choses sur les répercussions à long terme de la pandémie sur les enfants. Il reste donc important de continuer à comprendre les vastes conséquences de la COVID-19 et de surveiller les indicateurs de bien-être qui englobent les multiples dimensions de la qualité de vie de la population canadienne.^{204, 205}

En raison de la pandémie, la santé publique est une priorité pour un grand nombre de Canadiennes et de Canadiens. L'examen de certaines des conséquences plus vastes de la

pandémie met en évidence le fait que la santé publique est beaucoup plus que de la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, cela démontre que des efforts ciblés et coordonnés par la santé publique et les partenaires des secteurs connexes sont nécessaires pour faire face aux conséquences futures. La section qui suit porte sur la façon dont le système de santé publique s'est adapté à la pandémie, y compris les défis et les innovations, et la manière dont le travail doit se poursuivre dans tous les secteurs pour protéger la santé et le bien-être de la population en cas d'urgence de santé publique.

Principaux défis et solutions du système de santé publique pendant la pandémie de la COVID-19

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les domaines prioritaires pour le renforcement des systèmes de santé publique au Canada. Elle a aussi fourni une occasion unique de combler les lacunes de longue date grâce à des efforts d'innovation et de collaboration. Le regroupement des forces de tous les ordres de gouvernement, du secteur privé, des organismes non gouvernementaux et des collectivités a été sans précédent, bien qu'il y ait encore des domaines clés qui nécessitent une attention accrue.

Assurer l'accès aux données et à l'information pertinentes pour appuyer la prise de décisions complexes

Tout au long de la pandémie, la collecte et l'échange de données, de connaissances et d'information sur la santé à l'appui d'une intervention efficace ont posé un défi constant. Il a été difficile d'obtenir des données nationales uniformes, opportunes et complètes sur les cas de COVID-19, car les provinces et les territoires ne recueillent pas et ne déclarent pas toujours l'information de façon uniforme.^{7, 206} De plus, l'information sur

l'emplacement géographique, la situation des hospitalisations, les maladies préexistantes et les décès n'était pas toujours disponible, ce qui met en évidence les défis de longue date liés à l'infrastructure des données, aux capacités limitées de l'effectif et aux accords d'échange de données.^{7, 206, 207} Ces retards dans l'accès à des ensembles de données nationales complets ont réduit la qualité des analyses des caractéristiques telles que les symptômes de la maladie et les contacts étroits, ainsi que la capacité des modèles à prédire la propagation du virus.⁷

De même, les instances nationales n'étaient pas en mesure de recueillir des données sur la santé et de les coupler avec des renseignements sociodémographiques, comme le statut d'Autochtone, la race, le revenu et la profession.^{7, 208} Cela s'explique principalement par les lacunes dans la collecte de ces données à l'échelle locale ainsi que par l'absence d'un écosystème de données interopérables sur la santé qui pourrait combiner différents types de données tout en assurant une protection adéquate des renseignements personnels.²⁰⁷

L'effet disproportionné de la COVID-19 sur certaines populations souligne le besoin d'information sociodémographique en temps opportun lors des urgences en santé publique afin de comprendre les iniquités qui existent en matière de santé et de mettre en œuvre les approches ciblées les plus appropriées.⁵ Afin de relever ces défis à l'échelle locale, plusieurs bureaux de santé publique ont commencé à publier au printemps 2020 des données sur la COVID-19 désagrégées par race et par revenu.²⁰⁹ Ces données ont permis de mettre au point des stratégies ciblées pour freiner la propagation de la COVID-19 et d'accroître l'adoption du vaccin dans les collectivités où la réticence face à la vaccination est élevée.²¹⁰ Cette démarche a également incité un nouveau groupe de travail des scientifiques noirs sur l'équité en matière de vaccins (Black Scientists' Task Force on Vaccine Equity) à élaborer des recommandations en matière de santé publique pour répondre aux préoccupations de la communauté noire.²¹¹

Des solutions temporaires ou locales comme celle décrite ci-dessus ont souvent été mises en place pour régler les problèmes de disponibilité et d'accès aux données. Le fait de reconnaître que bon nombre de ces stratégies n'étaient ni tout à fait viables ni évolutives a suscité un intérêt renouvelé à l'échelle nationale pour combler les lacunes de longue date dans l'écosystème des données sur la santé du Canada.

En octobre 2020, l'ASPC a pris l'initiative au nom du gouvernement du Canada de travailler directement avec les provinces, les territoires, les organisations autochtones et les intervenants clés pour élaborer une stratégie pancanadienne relative aux données sur la santé.²⁰⁷ Cette stratégie a soutenu la réponse du Canada à la COVID-19 en répondant aux besoins immédiats en données mis au jour par la pandémie.²¹² La stratégie fera progresser les efforts à long terme visant à améliorer considérablement la collecte, l'échange et l'utilisation des données sur la santé en permettant de mieux comprendre les causes profondes des problèmes, en déterminant les possibilités d'amélioration et en élaborant un ensemble de principes directeurs.²⁰⁷ Elle constituera le fondement d'une base de données cohérentes, durables, efficaces et adéquatement communiquées sur la santé qui respecte la protection des données et permet l'utilisation collective des données individuelles et agrégées sur la santé afin d'améliorer les résultats pour les personnes, les collectivités et la société.²⁰⁷

Naviguer à travers l'information sur la pandémie

La pandémie a fait ressortir la nécessité d'une communication cohérente et transparente des messages et des risques. La prestation de renseignements exacts, fiables et opportuns est essentielle à la prise de décisions éclairées en vue de protéger la santé de la population,

de renforcer la confiance du public et de réduire au minimum les perturbations sociales et économiques, et c'est une responsabilité partagée entre tous les ordres de gouvernement.²¹³ Les connaissances sur la COVID-19 évoluent constamment à mesure que de nouvelles données scientifiques deviennent disponibles. Les décideurs en santé publique ont dû déployer des efforts considérables pour intégrer les conseils d'experts, les tendances épidémiologiques et les résultats de recherche les plus récents, ainsi que d'autres données contextuelles.

Il s'agit de la première pandémie à survenir à une époque où l'on compte grandement sur la technologie numérique et les plateformes virtuelles de transmission de l'information pour assurer la sécurité des gens, les informer et faire en sorte qu'ils restent en contact.²¹⁴ De plus, l'utilisation intensive des médias sociaux pendant la pandémie a créé de multiples façons de propager des points de vue divergents, de faux renseignements, de la désinformation, de la désinformation et des messages officiels contradictoires.^{215, 216} Cela a entraîné une infodémie, une surabondance d'information, tant en ligne que hors ligne, qui a pu contribuer au non-respect des mesures de santé publique et ainsi nuire à la capacité de maîtriser l'épidémie.²¹⁵ Par exemple, le fait de fournir trop d'information peut engendrer une hésitation à l'égard de la vaccination, alors qu'une bonne communication peut donner confiance dans l'efficacité et l'innocuité des vaccins.²¹⁷

Les professionnels de la santé publique ont dû trouver des approches et des mécanismes différents pour contrer les faux renseignements, la désinformation et la désinformation et renforcer la confiance du public dans le système de santé publique. Les chefs de file en santé publique de tout le pays ont donc investi beaucoup de temps et d'efforts pour communiquer directement avec le public de manière inédite, notamment en tenant

fréquemment des points de presse, des séances d'information technique, des mêlées journalistiques, des entrevues et des campagnes de sensibilisation du public dans divers médias.^{218, 219}

ScienceUpFirst, une collaboration entre l'Association canadienne des centres de sciences, COVID-19 Resources Canada et le Health Law Institute de l'Université de l'Alberta, est un exemple d'initiative novatrice dans les médias sociaux pour lutter contre la mésinformation.^{220, 221} Ce mouvement national des médias sociaux établit des liens entre les scientifiques, les fournisseurs de soins de santé et les communicateurs scientifiques en fournissant de l'information scientifique crédible de façon créative pour contrer la propagation de la mésinformation et aider la population canadienne à s'y retrouver dans l'infodémie.^{220, 221} L'encadré « [L'évolution rapide des données probantes conduit à des partenariats novateurs entre universitaires et praticiens](#) » présente d'autres exemples de collaboration universitaire.

Il était également important d'adapter les communications aux collectivités pour veiller à ce que l'information soit accessible et pertinente pour les publics cibles. Ainsi, le Centre for Wise Practices in Indigenous Health a mis au point, en partenariat avec d'autres organismes communautaires et de santé autochtones, un outil d'adaptation de la communication aux communautés autochtones appelé Maad'ookiing Mshiki-Sharing Medicine qui vise à favoriser l'adoption du vaccin. Cette ressource axée sur les communautés autochtones a été conçue pour favoriser le consentement éclairé des peuples autochtones.²²² Elle fournit de l'information culturellement pertinente au sujet des vaccins contre la COVID-19, qui tient compte des traumatismes

subis par les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Par exemple, on a créé une infographie qui explique efficacement les diverses composantes des vaccins contre la COVID-19 à base d'ARN messager tout en intégrant les connaissances et les pratiques de guérison traditionnelles.²²²

Il était essentiel de cibler l'information en fonction du contexte épidémiologique régional. Toutefois, pendant la pandémie, il y a eu des moments marqués par les divergences des gouvernements en matière de compétences ou d'organisation dans les principales stratégies de communication, ce qui a mis en exergue la nécessité d'une communication cohérente et uniforme.^{10, 223} Parfois, le désir d'information a créé des possibilités de communication pour les professionnels de la santé et les scientifiques dont l'expertise en santé publique n'est pas exhaustive, ce qui a peut-être semé la confusion et réduit la confiance dans la santé publique.^{219, 223} Au cours de la pandémie, les membres du Conseil des médecins hygiénistes en chef, composé des médecins hygiénistes en chef de chaque administration fédérale, provinciale et territoriale, ont publié des déclarations communes pour unifier leur voix en tant qu'experts de la santé publique de confiance auprès de la population canadienne.²²⁴ Ces déclarations contenaient des conseils et des recommandations relatives à la COVID-19 au Canada, depuis les efforts de vaccination jusqu'à la gestion de la COVID-19 sur les plans individuel, organisationnel et communautaire.^{225, 226}

L'évolution rapide des données probantes conduit à des partenariats novateurs entre universitaires et praticiens

Dans le contexte de l'évolution rapide des données probantes sur la COVID-19, plusieurs initiatives ont été mises en place pour aider les organisations de santé publique à trouver et à utiliser rapidement les données probantes. COVID-END, CanCOVID et CoVaRR-Net sont trois exemples de partenariats misant sur l'expertise du milieu universitaire.

Le COVID-19 Evidence Network to support Decision making (réseau de données probantes en soutien à la prise de décisions sur la COVID-19, ou COVID-END), établi au McMaster Health Forum, réunissait des experts en synthèse des connaissances et en évaluation. Ce réseau a utilisé des méthodes systématiques pour produire des synthèses de données probantes et des analyses prospectives sur un éventail de sujets, y compris les interventions lors de pandémies, les mesures de santé publique, les réponses économiques et sociales et la gestion clinique.²²⁷

En avril 2020, la conseillère scientifique en chef du Canada a créé CanCOVID pour offrir « une réponse fondée sur des données probantes à la pandémie de COVID-19 ». ²²⁸ Ce réseau était composé de « chercheurs actifs, d'universitaires, de partenaires patients, de décideurs et de partenaires industriels » du Canada.²²⁸ Pendant la pandémie, CanCOVID a soutenu l'ASPC en facilitant la sollicitation rapide d'experts pour aider à apporter de nouvelles recherches et de nouvelles idées à des fins de discussion.

Le Réseau de réponse rapide aux variants du coronavirus (Coronavirus Variants Rapid Response Network – CoVaRR-Net) a été créé en tant que réseau de chercheurs interdisciplinaires de toutes les régions du Canada pour travailler avec le gouvernement du Canada à une stratégie visant à faire face à la menace que représentent de nouveaux variants du SRAS-CoV-2. L'objectif de CoVaRR-Net était de répondre rapidement aux questions urgentes sur les caractéristiques des variants, comme leur transmissibilité accrue, la gravité de la maladie et la résistance aux vaccins.²²⁹

Renforcer la collaboration

La portée et les répercussions de la pandémie ont créé un besoin sans précédent de collaboration entre tous les ordres de gouvernement et les collectivités, ainsi qu'entre les secteurs de la santé et d'autres secteurs connexes. Il est particulièrement important de mobiliser les collectivités tout au long d'une intervention en cas de pandémie pour atteindre les populations prioritaires et appuyer des interventions fondées sur l'équité.²³⁰

Une approche collaborative face à la pandémie a nécessité l'élargissement des partenariats existants et la création de nouveaux partenariats,

rôles, responsabilités et processus décisionnels. Dans l'ensemble des administrations, le Comité consultatif spécial sur la COVID-19 (CCS) a été reconnu comme un exemple réussi de leadership fédéral, provincial et territorial.^{206, 218, 231} Tous les médecins hygiénistes en chef et les hauts fonctionnaires de la santé publique se sont réunis jusqu'à plusieurs fois par semaine depuis janvier 2020 pour discuter de la coordination dans l'ensemble des systèmes de santé du Canada. Le CCS a également publié des recommandations et des directives nationales sur un large éventail de sujets liés à la pandémie.²³¹

À l'échelle fédérale, l'ASPC a fait équipe avec d'autres ministères pour veiller à ce que la réponse du Canada à la pandémie soit coordonnée et appuyée à l'échelle nationale. Par exemple, Santé Canada a accéléré l'accès aux fournitures médicales; l'Agence des services frontaliers du Canada a mis en œuvre et appliqué des restrictions aux frontières ainsi que des mesures de quarantaine obligatoires; Innovation, Sciences et Développement économique Canada a mis en place des mesures visant à soutenir directement les entreprises qui mettent au point des produits pour contribuer aux efforts de lutte contre la COVID-19; et Services aux Autochtones Canada (SAC) a travaillé avec des partenaires autochtones pour donner aux communautés les moyens de mettre en œuvre leurs propres plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence de santé publique.^{206, 232} Le gouvernement du Canada a également soutenu plusieurs programmes régionaux ou locaux, p. ex. en octroyant 4,2 millions de dollars à des bureaux de santé publique locaux pour leur permettre d'exploiter des sites sûrs d'isolement volontaire en Nouvelle-Écosse pour les personnes vivant dans des logements surpeuplés.²³³

Les collaborations pangouvernementales ancrées dans les principes de l'autonomie gouvernementale ont revêtu une importance particulière. Les dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont travaillé avec de nombreux ordres de gouvernement pour appuyer des programmes d'immunisation communautaires exemplaires et qui respectent leurs valeurs culturelles.²³⁴ Ainsi, les dirigeants autochtones ont dirigé le déploiement rapide et généralisé des vaccins contre la COVID-19 dans les communautés des Premières Nations et encouragé les Aînés et les gardiens du savoir à prodiguer leurs conseils.²³⁴ Dans le cadre d'une campagne de santé publique appelée Vaccinated Métis Strong, l'organisme Métis Nation Saskatchewan a ouvert une clinique de vaccination facilement accessible et respectueuse de la culture métisse en Saskatchewan.²³⁵ La Manitoba Inuit Association a également organisé des séances de vaccination dans l'ensemble du

Manitoba, où des cliniques respectueuses de la culture ont mis en valeur l'art inuit et affiché des pancartes rédigées en inuktitut.²³⁶

En outre, de nombreuses communautés autochtones ont entrepris l'élaboration de tests de dépistage communautaire rapide de la COVID-19 aux points de service avec l'appui du Laboratoire national de microbiologie (LNM) et de SAC. Depuis le 28 juillet 2021, dans le cadre de l'initiative pour les régions éloignées et isolées du Nord du Canada, 302 sites ont été en mesure de fournir des résultats de tests diagnostiques en quelques minutes. Ces communautés ont travaillé directement avec le LNM pour acquérir des appareils de test diagnostique et accéder à une formation de soutien, en renforçant la capacité de concevoir et d'effectuer leurs propres tests pour éclairer la mise en œuvre de mesures de santé publique locales et limiter les éclosions.²³⁷

Intégrer les leçons apprises pour se préparer aux éventuelles urgences en santé publique

La pandémie de COVID-19 a été la plus grande crise de santé des dernières décennies. Elle a mis à l'épreuve les limites et les capacités de préparation du pays et mis en lumière la nécessité et la possibilité d'accroître la préparation du Canada à de futures crises de santé publique.

Mise à jour des plans de lutte contre les pandémies et des systèmes de surveillance

Les organisations fédérales qui jouent un rôle important en santé publique au Canada, comme l'ASPC et SAC, ont adapté rapidement les plans existants pour répondre à la pandémie.^{206, 238} À mesure que la pandémie progressait, les connaissances scientifiques sur la COVID-19 ont augmenté considérablement et rapidement. De plus, il est devenu évident que les mesures de santé publique devaient permettre d'établir un meilleur équilibre entre la réduction de la morbidité et de la mortalité et les effets des perturbations

de la vie sociale.¹⁴ En s'appuyant sur ces expériences, l'ASPC a travaillé avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec des partenaires de secteurs connexes à l'élaboration et à la mise à jour régulière du Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique pour la gestion continue de la COVID-19.¹⁴ Ce document évolutif a été essentiel pour assurer une approche commune de planification prospective. L'ASPC s'est engagée à travailler avec ses partenaires provinciaux, territoriaux et autochtones pour intégrer les leçons tirées de la COVID-19 dans la mise à jour et la mise à l'essai des plans de lutte contre des pandémies futures.²⁰⁶ La pandémie a également fait ressortir la nécessité de systèmes de surveillance fondés sur les événements qui émettent des avertissements précoces et sont bien intégrés aux structures de gouvernance et aux processus d'évaluation des risques qui favorisent la coordination entre les fonctions de surveillance.^{206, 239}

Équité en matière de préparation et d'intervention en cas de pandémie

Les effets disproportionnés directs (p. ex. exposition au SRAS-CoV-2 et mortalité attribuable à la COVID-19) et indirects (p. ex. santé mentale et consommation de substances) de la COVID-19 sur les populations les plus exposées ont souligné la nécessité d'une approche équitable en matière de préparation en cas de pandémie. Pendant la pandémie, le gouvernement du Canada a mis en place plusieurs programmes portant expressément sur les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, la Prestation canadienne d'urgence (PCU) temporaire et l'assurance-emploi ont aidé plus de 8,9 millions de personnes qui ont perdu leur emploi ou éprouvé des difficultés financières en raison de la pandémie.²⁴⁰ De plus, afin d'aider les Canadiennes et les Canadiens vivant dans des logements précaires et qui ont dû faire face à des défis liés aux mesures d'éloignement physique et à l'accès à des produits d'hygiène, l'Initiative pour la création rapide de logements a été créée pour répondre aux besoins urgents en matière de logement grâce à la construction de 4 500 logements abordables.²⁴¹ Les plans d'intervention

futurs doivent reposer sur une approche d'équité et tenir compte de la façon dont les répercussions d'une urgence de santé publique pourraient être liées aux déterminants sociaux de la santé et aggraver les iniquités préexistantes.⁵ Cela souligne également l'importance d'améliorer les déterminants sociaux de la santé et les programmes de soutien avant la prochaine urgence de santé publique, en utilisant les leçons tirées de la pandémie.

Capacité de mobilisation

La pandémie a exercé une pression sans précédent sur les ressources en santé disponibles. Il est difficile de répondre à une urgence de santé d'une telle ampleur et aussi persistante, car elle exige une expansion rapide des services de santé pour satisfaire à la demande accrue d'espace, de personnel et de fournitures (voir l'encadré « [Effort multi-organisationnel pour renforcer la capacité de mobilisation au Canada](#) »).²⁴² Par exemple, de nombreuses administrations ne disposaient pas de laboratoires ayant les capacités nécessaires pour traiter de grands volumes de tests de dépistage de la COVID-19 dans un court délai.²⁴³ Particulièrement au début de la pandémie, il a aussi été difficile de répondre à la demande extraordinaire de fournitures comme l'équipement de protection individuelle et les appareils médicaux. Des défis ont fait ressortir l'importance d'une stratégie pour le maintien d'un inventaire des articles essentiels en cas de menaces futures à la santé publique.²⁴⁴

Un système de santé publique bien préparé doit avoir des capacités de mobilisation évolutives, souples et résilientes, non seulement pour répondre aux besoins immédiats en cas d'urgence de santé publique, mais aussi afin de disposer de suffisamment de ressources pour répondre à d'autres priorités existantes ou émergentes en matière de santé (p. ex. la crise des surdoses d'opioïdes, les changements climatiques) sans risquer d'épuiser la main d'œuvre. Au cours de la pandémie de la COVID-19, de nombreux intervenants ont été poussés à la limite de leurs capacités alors qu'ils ont dû faire face à de

multiples crises en même temps. Par exemple, les conséquences émotionnelles et physiques de la pandémie sur les ambulanciers paramédicaux ont été exacerbées par la canicule de juillet 2021, qui a entraîné une augmentation considérable des morts subites dans l'Ouest canadien.^{250, 251}


La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence le besoin de longue date d'améliorer les capacités de mobilisation non seulement dans le domaine de la santé publique, mais aussi dans les secteurs connexes.²⁵²

Effort multi-organisationnel pour renforcer la capacité de mobilisation au Canada

Pour soutenir une intervention d'urgence aussi complexe et continue, une mobilisation sans précédent de ressources humaines spécialisées a été nécessaire.²¹⁸ Ce besoin de ressources accrues a nécessité d'importantes contributions de la part de partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé.

Par exemple, la Croix-Rouge canadienne a contribué à renforcer la capacité de mobilisation grâce à l'apport d'un grand nombre de membres du personnel médical et non médical bien formés, et a dirigé des initiatives à plus de 400 endroits au pays.²⁴⁵ Elle a notamment fourni de l'aide dans des cliniques de vaccination d'au moins six provinces et territoires et a déployé des hôpitaux de campagne et du matériel médical en Alberta, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec.²⁴⁶ La Croix-Rouge canadienne a également soutenu des sites d'isolement volontaire pour les travailleurs agricoles saisonniers en Ontario en plus d'aider à la logistique et à l'établissement de sites de prélèvement autocontrôlés à 19 postes frontaliers terrestres canadiens.²⁴⁵ Pendant la troisième vague de la pandémie, elle a fourni du matériel et un soutien logistique sur place à 14 villages nordiques au Nunavik.²⁴⁷

Les Forces armées canadiennes (FAC) ont également fourni un soutien considérable. Au cours de la première vague, les FAC ont déployé du personnel médical et de soutien dans 54 établissements de soins de longue durée en Ontario et au Québec afin de contribuer aux activités quotidiennes, au contrôle et à la prévention des infections, ainsi qu'au soutien général au besoin. Entre octobre 2020 et août 2021, les Rangers canadiens ont été mobilisés dans plus de dix communautés des Premières Nations pour fournir de l'aide humanitaire et répondre aux besoins immédiats dans le cadre des efforts d'atténuation de la COVID-19 et des mesures de secours. Au cours de la troisième vague, les FAC ont fourni des ressources médicales militaires à l'Ontario et au Manitoba afin d'augmenter le nombre de fournisseurs de soins de santé dans les établissements de santé et ont joué un rôle essentiel en contribuant à la logistique complexe de la distribution de vaccins contre la COVID-19 partout au Canada dans le cadre de l'opération VECTOR, en particulier dans les régions éloignées.^{248, 249}



Les éventuelles urgences en santé publique nécessiteront une intervention de l'ensemble de la société, et notamment un système de santé publique plus robuste

Les conséquences directes et indirectes de la COVID-19 ont continué d'avoir un impact sur les systèmes de santé et les systèmes sociaux. La pandémie a mis au jour de nombreuses lacunes dans les systèmes de santé publique, et les répercussions de la COVID-19 n'ont pas fini de se faire sentir.

Bon nombre des solutions novatrices aux défis mis en lumière par la COVID-19 ont été conçues comme des interventions immédiates et à court terme en cas de crise. Il importe d'élaborer des stratégies durables pour bâtir un système de santé publique plus résilient fondé sur le renforcement des partenariats et qui servent à répondre aux besoins de toutes les personnes vivant au Canada. Cela commence par une réflexion sur la façon dont les systèmes de santé publique du Canada sont gouvernés, organisés et outillés afin que nous puissions aller de l'avant et trouver les bonnes solutions.



Partie 2

La santé publique au Canada : possibilités de transformation

La pandémie de COVID-19 a attiré l'attention du monde entier sur la santé publique, révélant son rôle essentiel au bien-être d'une nation. Comme les pandémies précédentes, elle a mis en évidence une fonction essentielle de la santé publique : la préparation et l'intervention en cas d'urgence. Toutefois, cette fonction n'est qu'une des nombreuses façons dont les systèmes de santé publique protègent et soutiennent la santé des populations.

La COVID-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé publique au Canada et dans le monde. Les difficultés de longues haleines et les réussites en cours de pandémie ont amplifié des faiblesses déjà connues des systèmes de santé publique, ont révélé de nouveaux défis et souligné la nécessité de systèmes de santé publique résilients qui peuvent mieux soutenir la santé et le bien-être de la population du Canada. La pandémie a également démontré qu'il est nécessaire d'innover et de trouver de nouvelles façons de travailler ensemble. De nombreux appels ont été lancés en faveur d'une réforme du système de santé publique, tant dans le passé que dans le cadre de la réponse à la pandémie de COVID-19, mais il y a des signes supplémentaires qui montrent qu'il est de plus en plus urgent d'agir maintenant.^{7, 253-259}

Déjà fortement sollicités avant la pandémie, les effectifs en santé publique sont débordés et n'auront peut-être pas la capacité de répondre à la prochaine urgence. Il y a encore des retards inacceptables dans l'obtention des données requises pour éclairer la prise de décisions en matière de santé publique. Les iniquités d'ampleur sociétale persistent et les politiques sociales et économiques clés mises en œuvre pendant la pandémie de COVID-19 ne soient pas maintenues. Ces vulnérabilités pourraient affaiblir la résilience du Canada face à d'éventuelles menaces à la santé.

Alors que le Canada se prépare à un rétablissement post pandémie, le fardeau imposé jusqu'ici au système de soins de santé menace d'éclipser le besoin tout aussi crucial de renforcer le système de santé publique. Comme la pandémie de la COVID-19 l'a montré, les deux systèmes doivent être suffisamment soutenus pour que le Canada ait un système de santé fiable et agile qui est susceptible de répondre aux besoins de sa population.

Avant de pouvoir discuter des possibilités de renforcer le système de santé publique, il faut avoir une compréhension commune de la portée réelle de la santé publique et de son incidence sur la vie quotidienne des gens.

Ce qu'est la santé publique

La pandémie de la COVID-19 a mis en lumière un aspect important du travail des systèmes de santé publique et ce, pour de nombreuses personnes au Canada. Toutefois, la santé publique travaille depuis longtemps à garder les gens en santé, à prévenir les blessures, les maladies et les décès prématurés, et à contribuer à l'équité en santé.²⁶⁰ Pour tout cela, les professionnels de la santé publique assument des rôles multiples, en tant que leaders, coordonnateurs, promoteurs et alliés pour relever les défis exigeants en matière de santé.

La pandémie de la COVID-19 est l'une des nombreuses urgences sanitaires auxquelles font face les systèmes de santé publique. Les autres défis actuels comprennent la résistance aux antimicrobiens, la crise des surdoses d'opioïdes, les maladies non transmissibles (p. ex. les maladies cardiovasculaires), la santé mentale et les impacts croissants des changements climatiques sur la santé.²⁶¹⁻²⁶³ S'attaquer à ces problèmes complexes de santé publique, requiert une compréhension approfondie de ce qui rend les populations en bonne santé.²⁶⁴⁻²⁶⁷

Les organismes de santé publique considèrent la population comme le « patient », comparativement aux établissements de soins de santé qui eux, fournissent des services individuels aux particuliers. Ces populations sont organisées en différents groupes, tels que des quartiers, des communautés spéciales, des provinces ou territoires ou, comme il a été démontré avec la pandémie de COVID-19, le monde entier.

Par sa nature même, le travail de santé publique est souvent invisible et se fait en coulisse. Pourtant, son impact sur la santé collective des populations est majeur.

Durant le 20^e siècle, on estime que les progrès en santé publique ont augmenté de 25 ans l'espérance de vie moyenne à la naissance au Canada (voir encadré « [Moments déterminants de l'histoire de la santé publique au Canada](#) »).²⁶⁸ Ces acquis sont liés à des réalisations clés en santé publique,²⁶⁹ notamment :

- ▶ **l'amélioration de la santé maternelle et infantile** grâce à des progrès en matière d'hygiène, de nutrition, d'éducation, de prévention des décès périnataux, d'accès aux soins et de contraception;
- ▶ **l'amélioration des installations sanitaires et la réduction des toxines environnementales**, y compris les égouts et les systèmes de traitement de l'eau et la réduction de la pollution atmosphérique provenant des véhicules motorisés;
- ▶ **la fluoration de l'eau potable** pour prévenir la carie dentaire et les maladies dentaires;
- ▶ **la lutte contre le tabagisme**, y compris la reconnaissance du tabac comme étant un produit dangereux pour la santé, la réglementation de la publicité et les limites sa vente, les campagnes antitabac et les environnements sans fumée;
- ▶ **la sécurité au travail**, y compris la réduction des blessures en milieu de travail et une augmentation de la promotion de la santé au travail;
- ▶ **la sécurité des véhicules automobiles**, y compris la prévention des blessures et des décès grâce à l'utilisation de la ceinture de sécurité, et des sièges de sécurité pour enfants et la diminution des collisions liées à l'alcool;



Si vous prolongez la vie d'une personne pendant deux heures, vous savez ce que vous avez fait. Si vous avez évité le décès de quatre millions de personnes en lien avec la COVID, personne ne le saura, parce que ces décès ne se sont pas produits. C'est la nature de ce que nous faisons (en santé publique); lorsque nous réussissons, nous sommes invisibles. » – entretien avec un informateur clé

- ▶ **la baisse du nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires et aux accidents vasculaires cérébraux** en raison d'une combinaison de progrès en matière de prévention, de détection et de traitement, y compris des changements dans les habitudes de vie dont l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme et la modification des facteurs de risque;
- ▶ **le contrôle et la prévention des maladies infectieuses** par des interventions comme la vaccination, l'éducation et les campagnes publiques, les mesures de santé publique et les traitements antimicrobiens;
- ▶ **des aliments plus sûrs et plus sains**, notamment grâce à la pasteurisation, l'inspection des aliments, l'iodation du sel et une meilleure nutrition.

FIGURE 6 : Incidence de la vaccination des enfants sur les principales maladies infectieuses au Canada

Cas avant la vaccination*	Maladie	Cas maintenant**	Diminution
17 777	Coqueluche	2 929	84 %
36 101	Oreillons	734	98 %
8 142	Diphtérie	5	99 %
53 584	Rougeole	79	99 %
14 974	Rubéole	1	>99 %
2 545	Poliomyélite	0	100 %

* Nombre moyen de cas signalés chaque année au Canada au cours des cinq années précédant l'utilisation courante du vaccin, ou au cours des cinq années les plus proches possible où la déclaration était stable.

** Nombre moyen de cas signalés chaque année au Canada de 2015 à 2019.

Sources : Les données sur la rougeole et la rubéole proviennent du Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole, tandis que les données des autres maladies proviennent du Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire.^{275, 276}

Les vaccins sont l'une des interventions de santé publique les plus connues et les plus importantes. L'introduction d'initiatives de vaccination de masse a entraîné une baisse spectaculaire des maladies

infectieuses (figure 6), de leurs maladies connexes et de la mortalité qui leur est associée.^{268, 270} Le succès de la vaccination a notamment mené à l'éradication mondiale de la variole en 1980 et à la

certification du Canada comme pays exempt de poliomyélite en 1994.^{271, 272} Aujourd'hui, les gens reçoivent régulièrement des vaccins pour se protéger contre diverses maladies, dont la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le tétanos, l'hépatite B, le virus du papillome humain (VPH) et la grippe.²⁷³

Sans un effort concerté continu pour contrôler les maladies évitables par la vaccination, les maladies infectieuses auparavant maîtrisées reviendront.^{272, 274} Cela représente un défi constant pour la santé publique. Notamment dû à l'énorme efficacité des programmes de vaccination pour enfants, les gens sous-estiment maintenant les risques de ces mêmes maladies.²⁷³

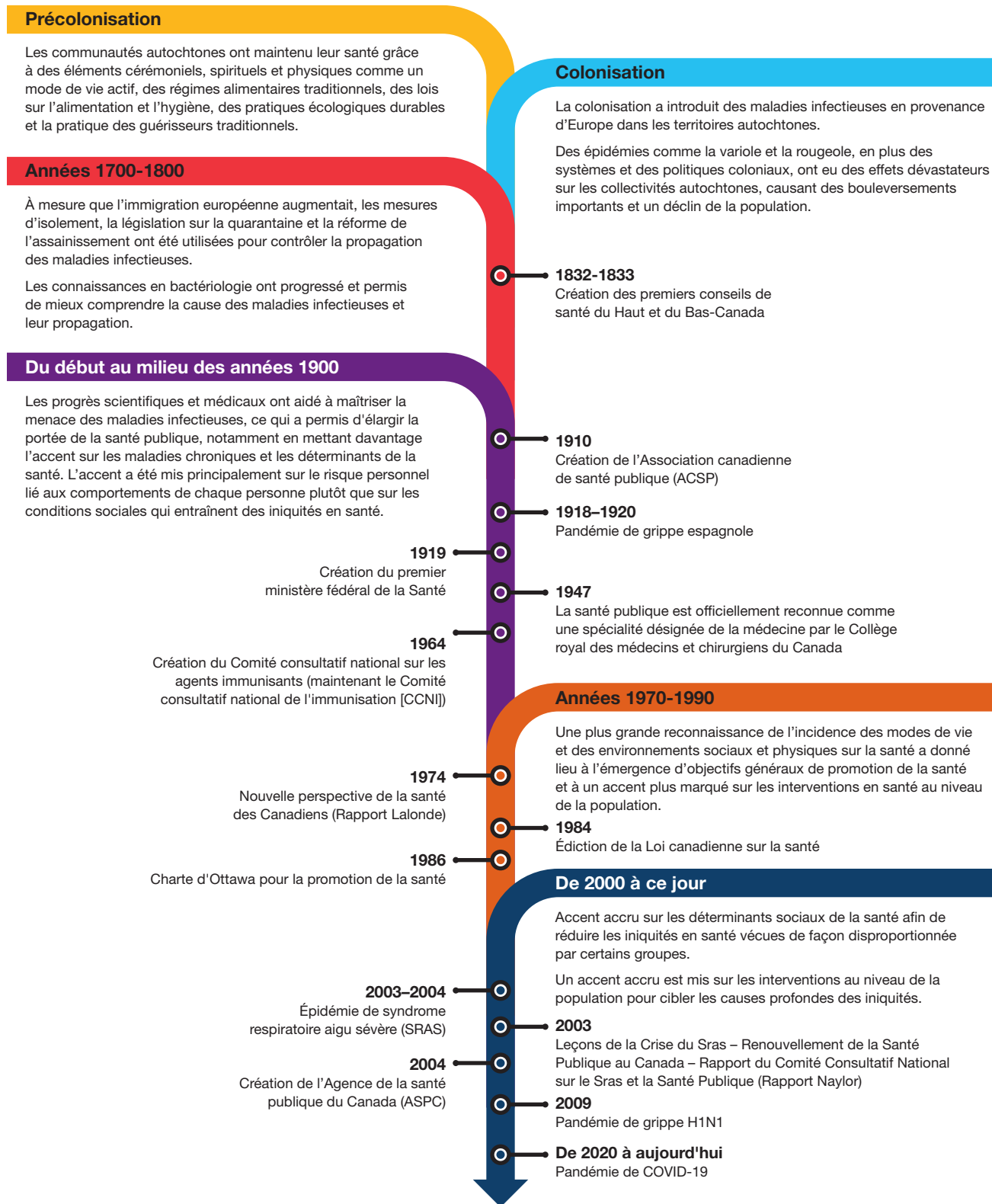
Moments déterminants dans l'histoire de la santé publique au Canada

Les systèmes actuels de santé publique au Canada relèvent d'initiatives historiques déployées pour contrôler les maladies infectieuses, en particulier les lois sur la quarantaine élaborées au 18^e siècle ([figure 7](#)).²⁷⁷ Cet historique est étroitement lié aux mouvements de réforme sociale et à un intérêt accru quant à comment les conditions sociales influencent sur la propagation des maladies.^{278, 279} Ainsi les iniquités en santé sont au cœur de la science et de la pratique de la santé publique depuis des siècles.

Au début du 20^e siècle, la portée de la santé publique s'est élargie pour inclure la santé maternelle et infantile, la nutrition et la salubrité des aliments, la prévention des blessures, la contamination de l'environnement, les maladies chroniques et d'autres problèmes.^{253, 259, 277} Ce changement 'est produit en même temps qu'un intérêt accru pour les soins de santé au Canada au milieu du 20^e siècle, y compris des investissements rapides dans les hôpitaux et dans des politiques visant à améliorer l'accès aux soins de santé.²⁸⁰ L'assurance-maladie a été mise en œuvre en Saskatchewan en 1962, puis s'est étendue à l'ensemble du pays avec l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.²⁸¹ Ce jalon important de la politique sur la santé de la population permis à tous les résidents du Canada d'avoir droit à des services de santé universels, accessibles, complets, transférables et administrés publiquement dans tout le pays.²⁸¹

À la fin du 20^e siècle, le Canada s'est attiré une attention internationale en raison de sa reconnaissance officielle des déterminants sociaux de la santé, à commencer par le rapport Lalonde de 1974, intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*.^{282, 283} En 1986, les participants à la première conférence internationale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la promotion de la santé ont élaboré la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, qui constitue un engagement à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie axée sur la santé pour tous au plus tard en l'an 2000. La Charte a été un document fondamental pour la santé publique à l'échelle mondiale. Elle représente un changement visant à définir la santé comme le résultat des conditions dans lesquelles les gens vivent, et pas seulement de leurs comportements ou de l'accès aux soins de santé.^{277, 284} La Charte est encore citée à l'échelle internationale aujourd'hui.

FIGURE 7 : Principaux étapes et changements en santé publique au Canada



Sources : Aadaptée de l'Association canadienne de santé publique. *Chronologie de l'immunisation et La santé publique : une histoire canadienne.*^{271, 277}

Reconnaître les répercussions du colonialisme sur la santé publique

L'histoire de la santé publique au Canada ne peut être dissociée de son histoire coloniale. La colonisation a perturbé les approches et les systèmes autochtones en matière de santé, de médecine et de bien-être. Les politiques coloniales ont démantelé le savoir traditionnel, coupé les liens ancestraux et brisé les structures familiales et sociales.²⁸⁵⁻²⁸⁸ Les effets intergénérationnels du colonialisme continuent d'avoir une incidence sur la santé et le bien-être des peuples autochtones, incluant les expériences de racisme systémique, les défis continus liés à l'autodétermination, et les obstacles à l'obtention de services de santé de haute qualité, accessibles et pertinents.^{285, 286, 289-291}

Aujourd'hui, la santé publique continue d'être dominée par les connaissances et les pratiques occidentales qui ne répondent pas adéquatement aux réalités sociales et sanitaires des peuples autochtones.²⁹² Les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont diversifiés et ont de riches histoires, cultures, langues et approches en matière de santé et de guérison. Toutefois, ils partagent aussi une compréhension holistique et relationnelle commune de la santé et du bien-être.²⁹²⁻²⁹⁴ Les connaissances traditionnelles et les pratiques culturelles jouent un rôle crucial dans le maintien du bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Pendant la pandémie de la COVID-19, l'autodétermination, le leadership autochtone et les connaissances locales ont contribué aux efforts de protection des communautés autochtones.²⁹²

Ces approches sont essentielles à la réconciliation, un processus continu de guérison des relations.²⁹⁵ La réconciliation exige, parallèlement à l'autodétermination et au leadership autochtone, une compréhension de l'histoire et un engagement envers la vérité et la justice.²⁹⁵ Elle requiert également de prendre des mesures pour changer les politiques, les systèmes et les structures qui contribuent aux iniquités sociales, économiques et sanitaires entre les Autochtones et les non-Autochtones au Canada.²⁹⁵

Le [Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada](#) a souligné le besoin urgent de travailler à éliminer les iniquités en santé dont sont victimes les peuples autochtones. De nombreux rapports réalisés par des Autochtones avaient déjà mentionné ces observations et de nombreux autres s'en sont fait l'écho.^{285, 286, 289, 292, 296}

L'interaction entre la santé publique, la société, l'économie et l'environnement

Les avenues actuelles en santé publique sont axées sur la nature interdépendante des défis sanitaires. Cette interdépendance comprend les liens entre les maladies infectieuses humaines et animales, les risques pour la santé découlant des changements climatiques et l'interaction entre les iniquités sociales, économiques,

environnementales et sanitaires. Les deux approches suivantes tiennent compte ces facteurs interdépendants et sont alignées, dans leur priorisation continue, sur les déterminants sociaux de la santé.

Une seule santé

L'approche Une seule santé explore des façons de concevoir et de mettre en œuvre des recherches et des mesures intersectorielles pour promouvoir simultanément la santé des humains, des animaux et des écosystèmes.^{297, 298} Des enjeux comme la

pandémie de la COVID-19 et les changements climatiques ont fait ressortir l'importance d'agir sur les interconnexions complexes entre la santé humaine et l'environnement, ainsi que la valeur potentielle de l'approche Une seule santé.²⁹⁹ La menace croissante de la résistance aux antimicrobiens (RAM) souligne également la nécessité d'aborder ces liens complexes au moyen d'une approche multisectorielle à plusieurs niveaux.^{297, 300, 301} À l'heure actuelle, le cadre d'action pancanadien sur la RAM et l'utilisation d'antimicrobiens repose sur une approche « Une seule santé », qui nécessite une collaboration entre les ordres de gouvernement, le milieu universitaire, l'industrie et les organismes non gouvernementaux, y compris la participation d'experts en santé humaine, en santé animale et en agriculture.^{302, 303}

Équité et inclusion en santé et déterminants sociaux de la santé

Comme on l'a vu au Canada et ailleurs dans le monde, les conditions sociales, politiques et environnementales desquels ont découlé des risques différentiels face à la COVID-19 sont aussi au nombre des facteurs à l'origine des iniquités en matière de maladies non transmissibles.^{5, 304, 305} La pandémie n'a laissé aucun doute sur l'importance cruciale de s'agir sur ces iniquités.^{5, 86, 306-308} À l'échelle mondiale, de nombreuses maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et les maladies rénales chroniques ont été associées à un risque plus élevé de développer une forme grave de la COVID-19 ou de mourir de la maladie.³⁰⁹ La prévalence de ces maladies varie au sein de la population canadienne en fonction de facteurs comme le revenu, la scolarité, la race et le statut d'Autochtone.^{304, 305, 309-322}

Pourtant, les maladies infectieuses et les maladies non contagieuses sont souvent abordées séparément dans les politiques, les interventions et les pratiques de santé publique. Une meilleure compréhension des liens entre les déterminants sociaux de la santé et les divers résultats en matière de santé permettra d'éclairer les mesures de santé publique et ainsi d'améliorer la santé

globale des populations et réduire les vulnérabilités de la société face aux urgences sanitaires futures.^{323, 324} Il faudra notamment prêter attention au racisme systémique et à d'autres formes de stigmatisation qui continuent d'avoir un impact sur la santé des communautés autochtones et racisées, des communautés LGBTQ2+, des personnes vivant avec un handicap et d'autres personnes marginalisées.³²⁴⁻³³¹

Bien que la santé publique ait toujours fait état des déterminants sociaux de la santé qui entraînent des iniquités en santé, l'action concertée et l'application des concepts d'équité en santé ne sont pas encore pleinement institutionnalisées.^{259, 332-335} La lutte contre les iniquités en santé renforcera la capacité collective de la société de résister aux crises sanitaires futures.

Fonctionnement des systèmes de santé publique au Canada

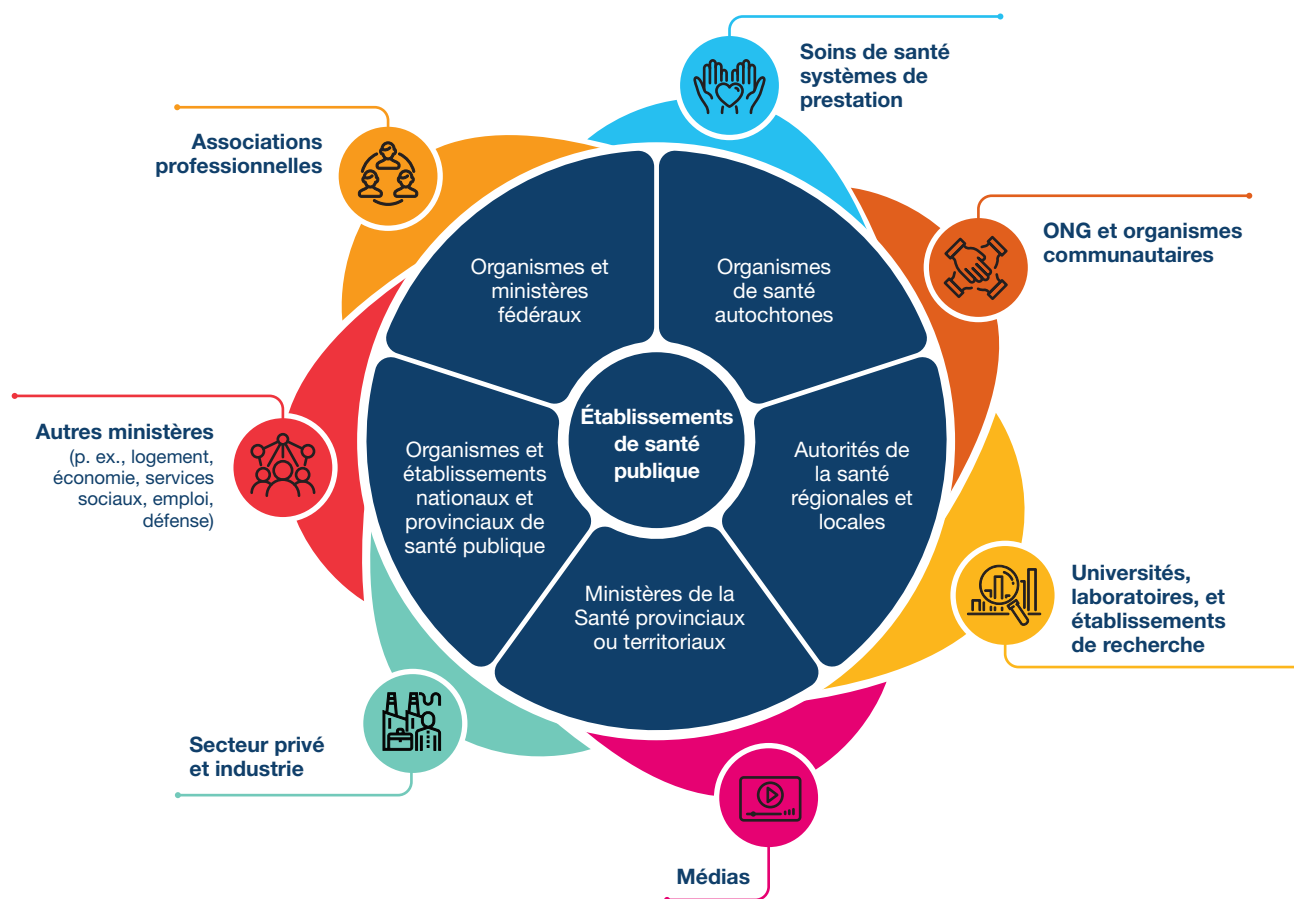
Le système des systèmes de santé publique

De nombreux organismes, groupes, collectivités et secteurs contribuent à améliorer la santé et le bien-être des populations (figure 8). Les établissements de santé publique forment le noyau des systèmes de santé publique.

Afin de servir toutes les collectivités et les populations, les mandats de santé publique sont répartis entre les systèmes de santé publique des différentes juridictions. Celles-ci incluent le système de santé publique du Canada, lequel fait partie d'un système encore plus vaste, fédéré et universel, au pays.³³⁶

La santé publique est organisée différemment dans chacune et chacun des 13 provinces et territoires du Canada.³³⁷ Dépendamment des structures en place dans les provinces et territoires, on dénote au Canada, 80 services régionaux ou selon le cas, municipaux ou locaux, de santé publique. C'est à ce niveau que les services de santé publique sont offerts directement

FIGURE 8 : Organismes du système de santé publique



aux populations locales.²⁵³ Les gouvernements provinciaux sont chargés de coordonner ces régies ou unités et, entre autres rôles, de soutenir la planification globale, d'administrer les budgets et de fournir une aide technique.²⁵³

À l'échelle fédérale, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) joue un rôle de chef de file national en matière de santé publique au sein du portefeuille de la Santé qui comprend Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.³³⁷ Il y a aussi six centres de collaboration nationale en santé publique financés par le gouvernement fédéral qui servent de carrefours de connaissances pour la recherche scientifique et d'autres connaissances afin d'éclairer les mesures de santé publique.

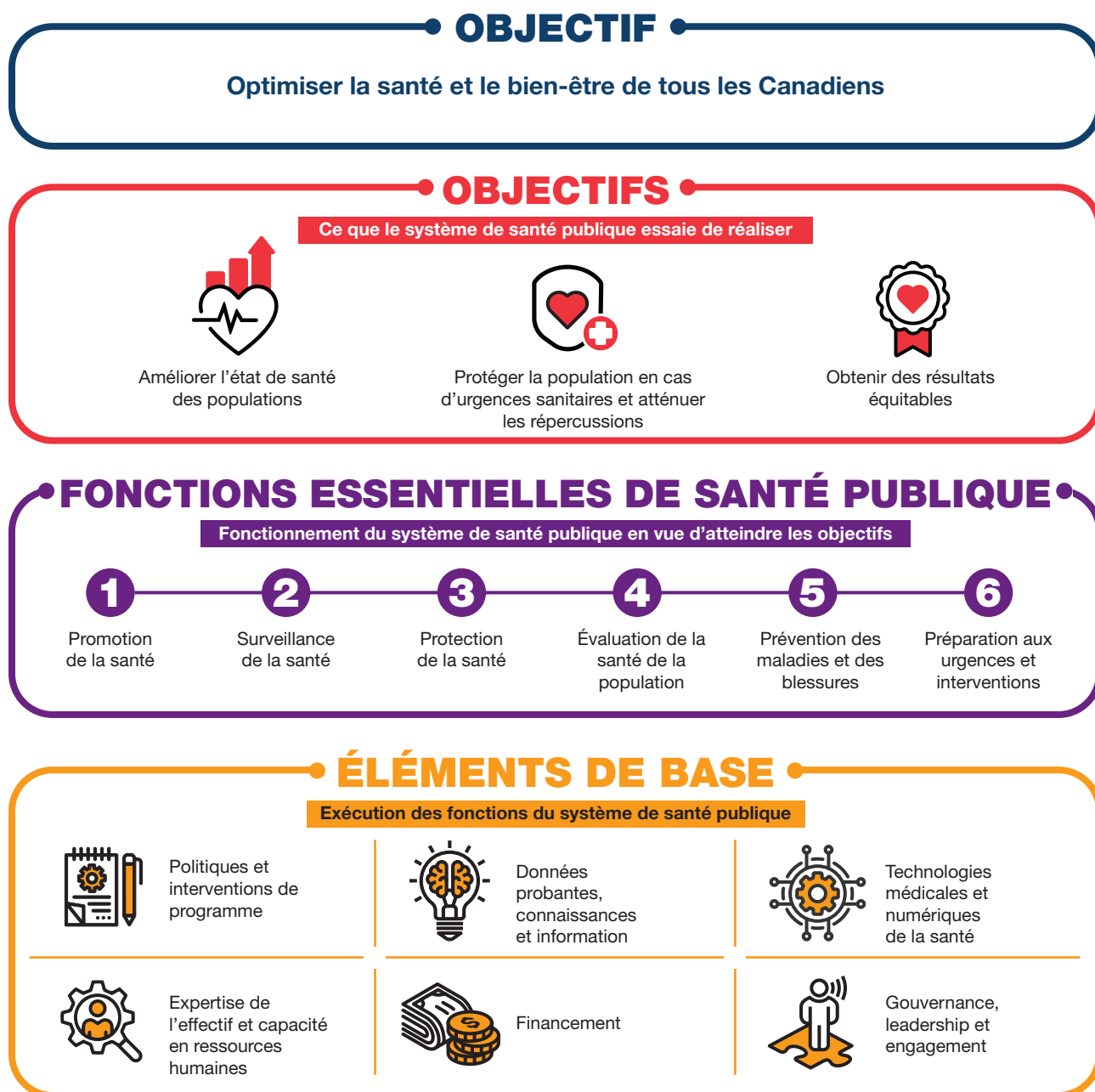
Les services de santé publique destinés aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont répartis entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.³³⁸ À l'échelle fédérale, les rôles et les responsabilités sont partagés entre Services aux Autochtones Canada, Relations Couronne Autochtones et Affaires du Nord Canada et l'ASPC.³³⁹ Services aux Autochtones Canada finance ou fournit directement des services, comme les programmes de soins de santé primaires et de promotion de la santé, destinés aux Premières Nations et aux Inuits, et offre aussi du financement et des services aux communautés métis.^{257, 340} L'ASPC appuie également des initiatives de santé qui s'adressent aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis vivant hors communauté.³³⁹ Le travail des gouvernements provinciaux et territoriaux vient s'ajouter à ces efforts de diverses façons.

Par exemple, l’Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique travaille avec les Premières Nations, des partenaires gouvernementaux et d’autres intervenants pour améliorer les résultats en matière de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique.³⁴¹ De plus, il y a des organisations autochtones nationales qui représentent et défendent les intérêts des Premières Nations, des Inuits et des Métis partout au Canada.

Le pourquoi et le comment du système de santé publique au Canada

Le but primordial du système de santé publique implique d’œuvrer à l’atteinte d’une santé et d’un bien-être optimaux pour tous les Canadiens (figure 9). Trois objectifs soutiennent ce but, et tous visent à protéger et améliorer la santé des

FIGURE 9 : Le pourquoi et le comment du système de santé publique au Canada



populations tout en atteignant des résultats de santé équitables.

Pour atteindre ces objectifs, les systèmes de santé publique du Canada exercent 6 fonctions essentielles qui aident à organiser et à unifier les activités entre les systèmes (tableau 4).

Au cours des trois dernières décennies, des efforts importants ont été déployés pour définir et redéfinir les fonctions de la santé publique au sein

du système de santé en général, tant au Canada qu'à l'étranger.^{253, 342, 343} Ces fonctions ont été élaborées pour la première fois pour le Canada en 2003 par le Comité consultatif national sur la santé de la population en réponse au SRAS.³⁴³ Comme la portée et la complexité de la pratique de la santé publique ont considérablement augmenté au cours du 20^e siècle, la description des fonctions de la santé publique est devenue une priorité.

TABLEAU 4 : Descriptions des fonctions de la santé publique au Canada

Fonction	Description
1. Promotion de la santé	Travailler en collaboration avec les collectivités et d'autres secteurs pour comprendre et améliorer la santé au moyen de politiques publiques saines, d'interventions communautaires, de la participation du public et de plaidoyers ou d'actions sur les déterminants de santé.
2. Surveillance de la santé	Recueillir des données de santé pour faire le suivi des maladies, de l'état de santé des populations et des déterminants de la santé, afin de promouvoir la santé, de prévenir et de réduire les impacts des maladies, et de monitorer les iniquités en santé
3. Protection de la santé	Protéger la population contre les maladies infectieuses, les menaces environnementales et la pollution de l'eau, de l'air et des aliments
4. Évaluation de la santé de la population	Comprendre la santé des collectivités ou de populations précises et les déterminants de la santé afin d'améliorer les services, les politiques et la recherche visant à déterminer les interventions les plus efficaces
5. Prévention des maladies et des blessures	Promouvoir des modes de vie sains et sécuritaires pour prévenir les maladies et les blessures et réduire le risque d'éclosion de maladies infectieuses grâce à des enquêtes et à des mesures de prévention
6. Prévision, préparation et réponse aux situations d'urgence	Préparer le pays en cas de catastrophe naturelle ou de désastre d'origine humaine afin de réduire au minimum les maladies graves et les décès, et répondre aux urgences en minimisant les perturbations sociales.

Le Comité consultatif national sur la santé de la population a initialement élaboré la liste des fonctions essentielles de santé publique à la suite du SRAS. Des rapports ultérieurs, y compris Naylor et al. (2003) et le premier rapport de l'ACSP (2008) ont réitéré ces fonctions.

La pratique de la santé publique continue d'évoluer. Compte tenu de la propagation mondiale des maladies émergentes, de l'importance croissante de travailler en collaboration pour obtenir la confiance du public et de l'impératif urgent d'agir sur les iniquités systémiques en santé, des efforts ont été déployés à l'échelle mondiale pour revoir les fonctions essentielles de la santé publique.^{342, 345, 346}

Dans certains cas, les fonctions de la santé publique sont exercées dans une clinique ou dans un autre contexte de prestation de soins de santé. Par exemple, les réseaux d'hôpitaux recueillent des données cruciales pour la *surveillance de la santé*, de nombreux réseaux de soins primaires offrent des services de *protection et de promotion de la santé* et, dans l'ensemble du système de prestation des soins de santé, une éducation en matière de santé est offerte à l'appui de la *prévention des maladies et des blessures*. La réussite de ces efforts repose sur une collaboration étroite entre l'État, les autorités locales de santé publique et les collectivités.

Pendant la pandémie de la COVID-19, les systèmes de santé publique ont activé ces fonctions simultanément. Par exemple :

- 1. préparation et intervention en cas d'urgence** afin de coordonner les activités à l'échelle du pays, d'assurer l'approvisionnement en vaccins et de créer des outils d'orientation et de communication en matière de santé publique;
- 2. surveillance de la santé** par la mise au point des premières technologies pour détecter le SRAS-CoV-2, puis des systèmes de données pour suivre la propagation du virus;
- 3. protection de la santé** par la mise en œuvre de mesures de santé publique pour ralentir la propagation du virus;
- 4. promotion de la santé** pour éclairer et élaborer des politiques, des programmes

et d'autres interventions avec les collectivités et d'autres secteurs en matière de santé mentale, de sécurité alimentaire, de soutien économique, etc.;

- 5. prévention des maladies** par la vaccination et d'autres interventions visant à réduire l'incidence d'autres maladies et facteurs de risque qui exacerbent l'incidence de la COVID-19 (p. ex. santé mentale, méfaits de la consommation de substances);
- 6. évaluation continue de la santé de la population** au fil de l'évolution des forces, des vulnérabilités et des besoins des collectivités associée à la pandémie de la COVID-19 et des mesures de santé publique, et synthèse rapide de la recherche sur les moyens de prévenir l'infection et de réduire la propagation.

Éléments de base du système de santé publique au Canada

Si les fonctions essentielles de santé publique illustrent la façon dont les systèmes de santé publique font leur travail, les éléments de base représentent la façon dont les systèmes sont organisés pour appuyer ces fonctions (*figure 10*).^{c, 347} Ces éléments de base sont fondamentaux et intrinsèquement interdépendants.

Par exemple, le premier élément de base, *Données probantes, connaissances et information*, repose sur des systèmes de surveillance efficaces. Pour que ces systèmes soient interopérables et adaptés aux urgences sanitaires, des éléments et des actions provenant de tous les autres éléments de base sont requis, notamment : des accords d'échange de données (*Gouvernance, leadership et mobilisation*); des outils et des infrastructures numériques innovants et prédictifs (*Technologies médicales et numériques*); des ressources durables pour maintenir l'infrastructure technologique (*Financement*); l'expertise nécessaire pour analyser les données (*Expertise de l'effectif et*

^c Ces éléments de base ont été adaptés pour les systèmes de santé publique du Canada à partir des [éléments essentiels des systèmes de santé de l'OMS](#), qui sont utilisés pour surveiller les systèmes de santé dans de nombreux pays. (PDF, en anglais seulement)

capacité en ressources humaines), et la contribution des collectivités pour comprendre le contexte des données et la manière dont elles pourraient être utilisées pour éclairer les interventions (*Interventions en matière de politiques et de programmes*).



Élément de base 1 :
Interventions en matière
de politiques et de
programmes

Les interventions en santé de la population sont des politiques, des programmes, des services et des stratégies élaborés pour améliorer la santé mentale et physique et l'équité en santé à l'échelle de la population.³⁴⁸ Les professionnels de la santé publique, les organismes communautaires, les chercheurs et d'autres secteurs conçoivent des interventions pour des populations entières (p. ex. tous les enfants de toutes les écoles) ou pour des sous-groupes prioritaires (p. ex. les enfants qui fréquentent des écoles dans des régions économiquement défavorisées). Les interventions sont fondées sur des données probantes et peuvent être des approches universelles ou axées sur un groupe, une collectivité ou une population en particulier.³⁴⁹⁻³⁵²

Comme il n'y a pas de solution universelle pour régler les problèmes complexes de santé publique, la mise en œuvre simultanée d'une gamme d'interventions est plus efficace. Les systèmes de santé publique font des interventions auprès des populations directement (p. ex. sensibilisation, vaccination, programmes d'aide aux communautés marginalisées) ou indirectement, en aidant les partenaires communautaires et sectoriels à prendre des mesures. Pour mettre en œuvre la bonne combinaison d'interventions, les professionnels de la santé publique ont besoin des meilleures données probantes disponibles, des bonnes ressources, de solides partenariats avec les collectivités et des mécanismes nécessaires pour apprendre et corriger les multiples mesures en temps réel.



Élément de base 2 :
Données probantes,
connaissances et
information

La prise de décisions en santé publique est éclairée par des données probantes provenant de diverses sources, y compris la recherche, l'expérience des praticiens et les connaissances communautaires.³⁵³⁻³⁵⁷ Les données probantes peuvent comprendre des résultats de recherche de différentes disciplines, des rapports sur l'état de santé des collectivités, des données provenant des systèmes de surveillance et d'information sur la santé, des observations des collectivités sur leur expérience vécue, des recherches sur l'évaluation et l'intervention, l'analyse de l'environnement politique, et l'examen des contextes politique, social et économique.

Ces données probantes sont évaluées et synthétisées par des chercheurs, des professionnels de la santé publique et des carrefours de connaissances, comme les CCN en santé publique.³⁵⁸ Les méthodes utilisées pour obtenir des données probantes et les analyser peuvent être quantitatives (p. ex. surveillance, recherche épidémiologique), qualitatives (p. ex. entrevues, consultations) ou une combinaison des deux (p. ex. méthodes mixtes utilisées dans les évaluations et la recherche interventionnelle).

Lorsqu'ils dressent un portrait de la question à l'étude, les experts en santé publique évaluent de façon critique différents éléments d'information :^{354, 359-361}

- ▶ Qui est affecté et où?
- ▶ Quelles sont les répercussions?
- ▶ Quel est le contexte?
- ▶ Quels sont les déterminants, les causes et les risques?
- ▶ Quelles interventions pourraient être les plus efficaces?

D'autres groupes à l'extérieur des systèmes de santé publique se fient également aux données probantes de la santé publique. Par exemple, les professionnels du secteur des soins de santé, les experts des secteurs des politiques sociales et environnementales, les intervenants clés (p. ex. les organismes communautaires et le public) et les chercheurs en santé de la population peuvent tous utiliser ces données probantes et ces analyses pour éclairer leur travail ou leurs actions.³⁶³



Élément de base 3 : Technologies médicales et numériques en santé

Les professionnels de la santé publique s'appuient sur du matériel et des technologies médicales et sanitaires efficaces ainsi que sur une infrastructure de laboratoire stable et réactive et des technologies numériques novatrices pour cerner les problèmes de santé et y répondre. Les laboratoires de santé publique du Canada sont un élément essentiel de l'écosystème des technologies médicales du pays. Ils fournissent un soutien de base pour détecter, comprendre et contrer les menaces à la santé publique. Par exemple, le Laboratoire national de microbiologie se spécialise dans la surveillance, les diagnostics, la recherche appliquée (p. ex. la modélisation mathématique, la cartographie du Système d'information géographique) et les services d'intervention en cas d'urgence.³⁶⁴

Partout au Canada, les gouvernements ont aussi mis en place des systèmes pour maintenir des réserves de Matériel médical, de technologies et d'équipement (p. ex. équipement de protection individuelle, respirateurs, centres de triage et cliniques de traitement mineur).³⁶⁴

À titre d'exemple, la Réserve nationale stratégique d'urgence peut être consultée en tout temps pour appuyer les interventions provinciales et territoriales en cas d'urgence ou être prépositionnée pour assurer la préparation à d'autres événements de santé publique.³⁶⁴

Les systèmes de santé publique tirent parti de l'infrastructure d'information numérique et des technologies émergentes, comme les systèmes de surveillance de pointe, l'informatique et l'intelligence artificielle.²³⁹ Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), le système de surveillance fondé sur les événements du Canada, utilise les technologies numériques pour déterminer les risques pour la santé publique en parcourant des rapports, des reportages, des rumeurs et d'autres sources d'information.²³⁹ De plus, le Canada contribue à et utilise l'information de l'initiative Epidemic Intelligence from Open Sources (Renseignements sur les épidémies provenant de sources ouvertes), un effort de collaboration international dirigé par l'OMS.^{239, 365}

Les leaders en santé publique comptent de plus en plus sur les innovations numériques pour appuyer la prise de décisions en temps réel. Cela comprend l'utilisation de données de source ouverte et d'un code de source ouverte, l'échange de données, ainsi que de nouvelles approches de modélisation, de visualisation et de communication avec le public.³⁶⁶



Élément de base 4 : Expertise de l'effectif et capacité en ressources humaines

La main d'œuvre en santé publique est diversifiée et répartie entre différentes professions, travaillant dans tous les ordres de gouvernement, le système de santé, les collectivités, les laboratoires et les milieux universitaires. Ces professions comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- ▶ Médecins et infirmières en santé publique
- ▶ Chercheurs en sciences de la santé et en sciences naturelles
- ▶ Modélisateurs mathématiques
- ▶ Microbiologistes et experts en maladies infectieuses
- ▶ Analystes de politiques

- ▶ Vétérinaires
- ▶ Spécialistes en sciences sociales et comportementales
- ▶ Inspecteurs en santé publique
- ▶ Diététistes de la santé publique
- ▶ Épidémiologistes et biostatisticiens
- ▶ Spécialistes de la promotion de la santé
- ▶ Agents de développement communautaire
- ▶ Experts en communications
- ▶ Aînés, guérisseurs traditionnels et gardiens du savoir culturel

Une diversité d'ensembles de compétences et d'expertise disciplinaire est essentielle pour veiller à ce que l'effectif en santé publique puisse relever les défis variés et complexes de la santé publique.

Depuis la crise du SRAS, on a mis l'accent sur la structuration et le renforcement des éléments essentiels de la main-d'œuvre en santé publique du Canada. Par exemple, le Groupe de travail mixte sur les ressources humaines en santé publique a présenté le *Cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé publique (2005)*, préparant le terrain pour l'élaboration des *compétences essentielles en santé publique au Canada (2007)*.^{367, 368} Ces initiatives ont également contribué à l'accroissement du nombre de programmes d'études supérieures dans les écoles de santé publique partout au Canada.³⁶⁹



Au Canada, les systèmes de santé publique sont financés par les impôts fédéraux, provinciaux et territoriaux et, dans certains cas, municipaux.^{281, 370, 371}

L'ASPC reçoit des fonds directement du budget fédéral de la santé. Les conditions du financement fédéral de la santé destiné aux provinces et aux territoires sont établies par la Loi canadienne sur la santé, qui met l'accent sur les soins de santé et ne traite pas précisément du financement de la santé publique.³⁷² Les provinces et les territoires sont responsables de décider où et comment investir dans leur système de santé publique. Il peut aussi y avoir des ententes de financement ponctuelles avec des ministères fédéraux, des provinces ou des territoires ou des organismes non gouvernementaux pour régler des problèmes de santé émergents ou urgents comme la pandémie de la COVID-19.^{373, 374}

Le financement des services de santé destinés aux peuples autochtones est un domaine de compétence partagée. L'ambiguïté des compétences a mené à la fragmentation du financement et de la gouvernance des systèmes de santé publique au service des peuples autochtones au Canada.³³⁹

Il est difficile d'estimer le financement de la santé publique et les estimations varient, mais une approximation suggère que les dépenses de santé publique représentent un peu moins de 6 % des dépenses totales en santé au Canada.³⁷⁵ En revanche, les hôpitaux reçoivent environ 26 % du total des dépenses en santé, et les coûts des médicaments représentent 15 % de ces dépenses.³⁷⁵

L'argument économique souligne l'importance des affectations financières pour la santé publique. Par exemple, la recherche démontre que l'investissement dans la santé publique peut avoir un rendement élevé sur le capital investi.^{376, 377}

En outre, certains ont fait valoir qu'investir dans des stratégies pour atteindre une santé optimale soit impératif pour la justice sociale,^d un élément qui soutient un engagement face au bien-être de tous les citoyens.³⁷⁸

^d La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) énonce les conditions et les ressources fondamentales pour la santé. Elles sont la paix, le logement, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Ces conditions préalables de base sont fondamentales pour améliorer la santé.

L'investissement dans la santé publique génère d'importants avantages financiers à long terme

Il existe de plusieurs approches différentes pour calculer l'incidence des interventions en santé publique. Lors d'un examen systématique du rendement du capital investi (RCI) des interventions en santé publique dans les pays industrialisés dotés d'un régime universel de soins de santé, les chercheurs ont constaté que, même lorsqu'on tient compte de toutes les réserves, les interventions locales et nationales en santé publique permettent de réaliser des économies substantielles : ³⁷⁶

- Le RCI médian de toutes les interventions évaluées était de 14,3, ce qui signifie que chaque dollar investi en santé publique a généré plus de 14 \$ en économies de coûts. Ces économies découlent de l'élimination des coûts supplémentaires en aval pour le secteur de la santé et de l'économie. Il est important de noter que les mesures de santé publique qui peuvent cibler efficacement une grande partie de la population, comme les interventions législatives, de protection de la santé ou à l'échelle nationale, produisent les RCI les plus importants (de 27,20 \$ à 46,50 \$ en économie de coût par dollar investi).
- Contrairement aux investissements typiques dans les soins de santé ou les services sociaux, il peut s'écouler beaucoup de temps avant que les effets positifs des interventions en santé publique soient perceptibles. Par conséquent, ces interventions nécessitent un engagement et une planification à long terme, plutôt que des considérations politiques et économiques à court terme.



Élément de base 6 : Gouvernance, leadership et mobilisation

La gouvernance de la santé publique désigne la façon dont les organismes et les secteurs publics, non gouvernementaux ou privés travaillent ensemble pour aider les collectivités à prévenir les maladies et à optimiser la santé, le bien-être et l'équité en santé.³⁸⁰ Les fonctions et les mesures de gouvernance comprennent l'élaboration de politiques et de stratégies, la législation, l'intendance des ressources, la mobilisation des partenaires et des collectivités et la facilitation de l'amélioration continue. Tous ces éléments peuvent être officiellement intégrés dans les institutions ou faire l'objet d'ententes mutuelles informelles.

Tous les ordres de gouvernement ont des rôles et des responsabilités en matière de santé publique et sont en mesure de légiférer ou d'adopter des politiques qui améliorent la santé des populations.^{254, 255} Cette gouvernance partagée entre les divers secteurs de compétence nécessite de tirer parti des réseaux pour faciliter la collaboration entre les divers paliers de gouvernement et la coordination en santé publique. Au Canada, le plus influent d'entre eux est le Réseau pancanadien de santé publique, qui a été établi dans la foulée de la crise du SRAS afin de renforcer et d'améliorer les politiques et les pratiques en matière de santé publique au Canada.^{224, 253} Le Comité consultatif spécial sur la COVID-19 a été mis sur pied sous l'égide de ce réseau en 2020 pour diriger la réponse pancanadienne à la pandémie.

Défis et possibilités liés au système de santé publique du Canada

Dans chacun des éléments de base s'inscrivent des opportunités clés de renforcer les systèmes de santé publique du Canada. Ces occasions découlent d'ébauches d'idées qui ont continué de progresser au cours de la pandémie de COVID-19.^{7, 253, 258, 259} Bien qu'elles ne soient pas exhaustives, ces possibilités représentent des points de départ importants pour des conversations portant sur la transformation de la santé publique à l'échelle du système global. La section 3 énonce les conditions requises pour que ces opportunités se concrétisent et appuient un système de santé publique de calibre mondial pour le Canada.



Élément de base 1 :
Interventions en
matière de politiques
et de programmes

Des discussions avec des experts en santé publique ont fait ressortir la nécessité d'adopter une approche plus globale, coordonnée et cohérente face aux interventions de santé publique.³⁸⁰ La complexité des problèmes de santé publique, ainsi que les variations entre les populations et les contextes, exige une planification ciblée des interventions susceptibles d'avoir l'incidence la plus large possible sur les déterminants de la santé. L'adoption d'une approche sociétale pour relever les défis de la santé publique contribuerait à la réalisation de cet objectif.^{323, 381-383} La communauté et la société civile ont un rôle essentiel à jouer à cet égard, à la fois comme partenaires et comme initiateurs d'actions locales visant à remédier aux iniquités.³²³ Pour être efficace dans ce rôle, les collectivités et les organismes qui les desservent ont besoin de ressources adéquates et établir des contacts avec les chercheurs, la santé publique et le système de santé au sens large.^{384, 385}

Amplifier l'action en amont pour traiter les problèmes complexes de santé publique

Le fardeau et les résultats inéquitables et disproportionnés associés aux cas de COVID-19, ont été un rappel brutal de la nécessité constante pour les systèmes de santé publique de catalyser l'action sur les déterminants sociaux de la santé. En fait, la pandémie a montré que l'action collective dans tous les secteurs est essentielle à l'optimisation de la santé de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes.⁵ Pour ce faire, il faut une approche globale de la santé publique qui se concentre sur les « causes des causes », en ciblant les facteurs structurels à la base de la santé et les circonstances de la vie quotidienne.³⁸⁶ Cette approche aiderait aussi à orienter l'action autour des déterminants de la santé plutôt que de se limiter à des approches cloisonnées axées sur les différentes maladies.³⁸⁶

À mesure que les systèmes de santé publique continuent de promouvoir et de faire progresser les solutions en amont, il convient d'articuler clairement leurs rôles dans les actions intersectorielles.^{349, 390, 391} Par exemple, les systèmes de santé publique possèdent souvent une expertise et des connaissances techniques qui peuvent aider d'autres secteurs à agir sur les déterminants sociaux, structurels et environnementaux de la santé.^{390, 392, 393} Cependant, cela nécessite l'adhésion des secteurs ayant le mandat d'agir sur ces déterminants (p. ex. logement, emploi et éducation).^{349, 390, 391, 394}

L'amélioration de la santé des populations exige une combinaison d'efforts en amont et en aval

La santé des populations est façonnée par les déterminants sociaux, qui façonnent ensuite les conditions dans lesquelles les gens vivent.³⁷⁸ Les professionnels de la santé publique utilisent souvent l'analogie d'une rivière et les concepts relatifs « en amont » et « en aval » pour décrire comment ces déterminants de la santé influencent les comportements à risque et la santé (figure 10).

FIGURE 10 : Continuum d'interventions ciblant les déterminants de la santé

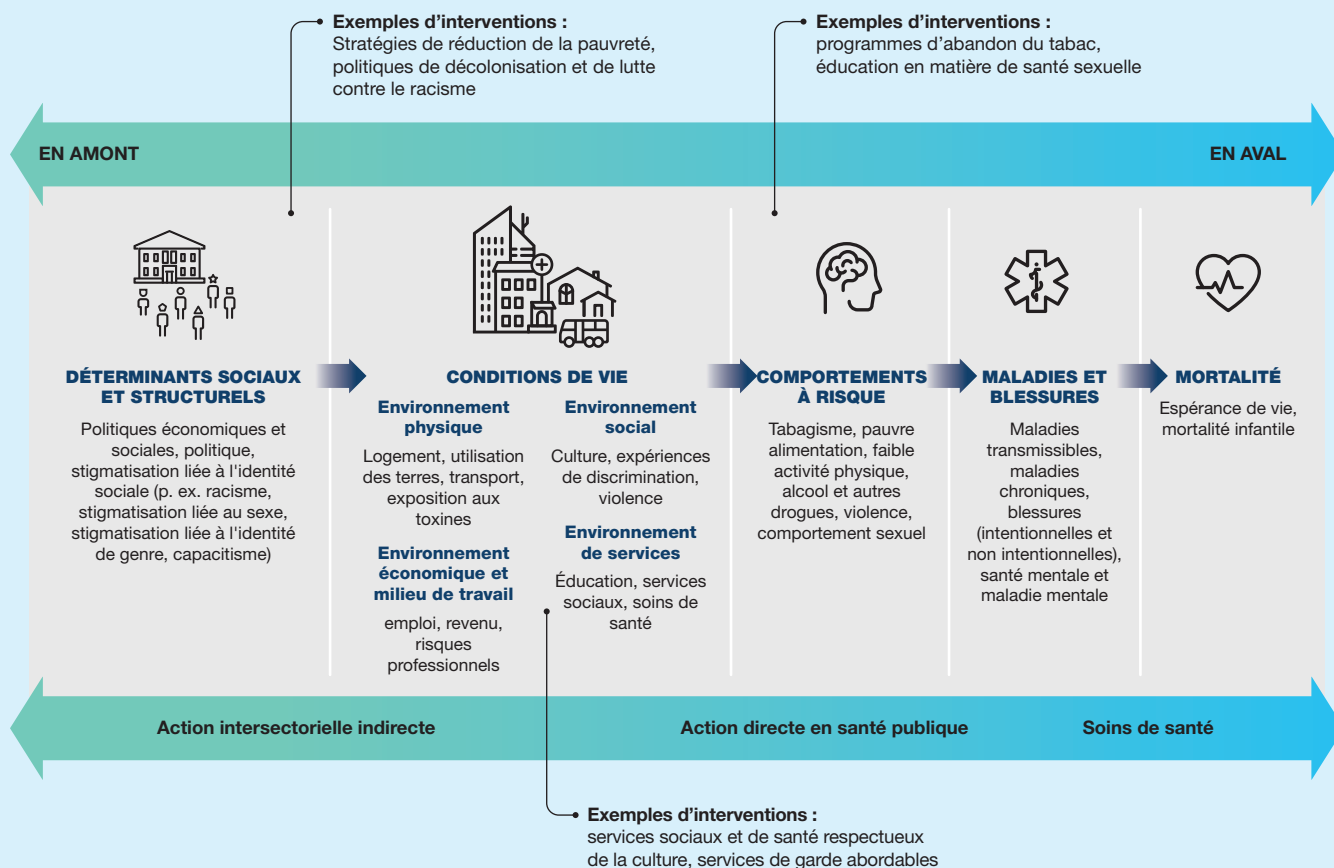


Figure adapté de : *A Public Health Framework for Reducing Health Inequities : Bay Area Regional Health Inequities Initiative.*³⁸⁷

Cette analogie vient d'une parabole qui raconte qu'« une personne est témoin de l'affolement d'un homme pris dans le courant d'une rivière. Après avoir porté secours à l'homme, le témoin réalise qu'il doit sauver d'autres personnes qui affluent avec le courant. Après en avoir sorti un grand nombre de l'eau, le témoin marche en amont pour voir pourquoi autant de personnes étaient tombées dans la rivière ».³⁸⁸

Les interventions en **amont** ciblent les déterminants sociaux et structurels de la santé (c.-à-d. qu'elles ont pour but d'empêcher les gens de tomber à l'eau en premier lieu). Ces interventions ciblent les politiques et les iniquités sous-jacentes qui façonnent à la fois les conditions de vie et les comportements des gens. Puisque ces facteurs influencent de nombreux autres facteurs de risque, le fait de les aborder peut avoir une incidence sur un certain nombre de paramètres de santé en même temps. Pour ce faire, la santé publique doit fournir des données, des analyses et du transfert de connaissances pour guider et soutenir des interventions en amont.

Les interventions **intermédiaires** visent à réduire les vulnérabilités d'un groupe et à atténuer les iniquités existantes le concernant. Ces vulnérabilités se manifestent principalement dans l'environnement où vivent les gens et dans leurs conditions de vie. Encore une fois, le fait d'agir sur ces vulnérabilités et iniquités peut avoir une incidence sur un certain nombre de paramètres ou indicateurs de santé, pour les groupes en question. Les systèmes de santé publique agissent directement et indirectement sur ces vulnérabilités.

Les interventions en **aval** soutiennent les personnes qui subissent déjà les effets sur leur santé (c.-à-d. qu'elles visent à aider les personnes après qu'elles se sont retrouvées prises dans le courant de la rivière). Ces interventions sont axées sur la modification des facteurs de risque comportementaux individuels, le renforcement des compétences ou le traitement du problème de santé qui en résulte. Les systèmes de santé publique sont en mesure de prendre des mesures directes dans ces domaines, bien qu'ils soient généralement les moins influents pour ce qui est des grands changements à l'échelle de la population.^{349, 389}

Les discussions avec les parties-prenantes durant l'élaboration du présent rapport ont rappelé l'importance de veiller à ce que les systèmes de santé publique soutiennent les autres secteurs et la nécessité de renforcer les mécanismes susceptibles d'encourager la collaboration intersectorielle.³⁸⁰ Plusieurs exemples bénéficient d'un élan à l'échelle internationale et au Canada. Premièrement, les évaluations des incidences sur la santé (EIS) ou de l'équité en matière de santé sont des outils que d'autres secteurs peuvent utiliser pour déterminer les conséquences de projets, de programmes ou de politiques en matière de santé et d'équité et en tenir compte.³⁹⁵⁻³⁹⁸ Deuxièmement, l'approche axée sur l'impact collectif reconnaît que les problèmes sociaux et de santé publique complexes exigent des efforts coordonnés avec des objectifs communs et des actions se renforçant mutuellement entre les secteurs.^{399, 400} Cette approche offre des moyens concrets de promouvoir et de mettre en

œuvre la responsabilisation partagée entre les organismes participants.³³⁹

La bonne combinaison d'interventions peut cibler efficacement les déterminants de la santé en amont, ceux dits intermédiaires et ceux en aval. Pourtant, il subsiste de nombreux défis à relever pour déterminer les actions qui ont le plus d'impact et qui sont modifiables en vue d'être transposées à grande échelle pour certaines maladies, populations et contextes.^{267, 401-404}

La recherche appliquée en santé publique offre des perspectives importantes sur la durabilité, l'équité et l'efficacité des interventions de santé publique.⁴⁰⁵ Le travail dans ce domaine pourrait être renforcé en priorisant la recherche pertinente aux politiques et en travaillant avec les praticiens pour convertir de façon pratique les connaissances générées par la recherche portant sur des interventions, en action de santé publique.⁴⁰⁵

Mobiliser la participation communautaire à la prise de décisions en santé publique

La participation communautaire est essentielle à la fois à l'équité en santé et à l'établissement d'un système de santé publique résilient.³⁸⁵ Les organismes communautaires améliorent la santé des populations qu'ils desservent de multiples façons, en mobilisant les communautés locales et en les habilitant à agir ainsi qu'en leur offrant des services de santé et des services sociaux pour répondre à leurs besoins immédiats.^{385, 406} Les organismes communautaires sont également bien placés pour orienter les interventions en santé publique, étant donné leur lien étroit avec les membres de la collectivité, les structures de gouvernance communautaire et les réseaux agiles.³²⁴ En travaillant avec le système de santé publique, les collectivités peuvent être des partenaires dans les décisions en matière de santé publique, améliorer l'accès aux services et la pertinence de ceux-ci, et agir comme des agents de mobilisation importants sur le terrain pour les interventions en santé publique pendant les urgences sanitaires.^{230, 407-411}

Il existe de nombreux exemples de partenariats forts et efficaces entre les communautés et les organismes de santé publique au Canada, ceci a particulièrement été mis en évidence lors de la pandémie de la COVID-19.³⁸⁵ Sur ce plan s'offrent à nous des possibilités immédiates de mieux intégrer la participation et l'action communautaires de façon équitable dans les interventions en santé publique. Parmi les partenariats observés pendant la pandémie, comptent les nombreuses coalitions et les nombreux organismes bénévoles qui ont travaillé en étroite collaboration avec les systèmes de santé publique, comme le South Asian Health Network⁴¹² (réseau pour la santé des communautés sud-asiatiques), le Black Scientists Task Force on Vaccine Equity⁴¹⁴ Equity⁴¹³ (groupe de travail des scientifiques noirs sur l'équité en matière de vaccins) et Inclusion Nova Scotia (Inclusion Nouvelle-Écosse).⁴¹⁴

Les principaux moyens de soutenir les efforts des collectivités en matière de santé de la population

comprennent la prestation de ressources stables et continues, le soutien à l'autodétermination des communautés autochtones, l'accent sur la participation équitable et le partage équitable des pouvoirs, le renforcement de la confiance, l'élaboration conjointe de processus et d'initiatives, et l'évaluation de la nature et des impacts de l'engagement.^{408, 415, 416}

Il est également possible de tirer parti de la relation synergique entre les collectivités, les systèmes de santé publique locaux et les services de soins primaires, bien qu'il y ait des différences appréciables entre les systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Les modèles complets de soins de santé primaires globaux mettent l'accent sur cette synergie et offrent un moyen d'envisager la coordination de la pratique de la santé publique à l'échelon communautaire.³⁸⁵ Les systèmes locaux de santé publique ont un rôle important à jouer pour faire le pont entre l'expertise de cette triade et les tables fédérales, provinciales et territoriales plus vastes sur la conception de programmes et de politiques.

Pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, la participation efficace aux interventions est fondée sur l'autodétermination et le respect de la culture. Dans le but de maximiser l'efficacité des interventions en santé publique, un leadership en santé publique autochtone, un engagement fort, la création conjointe d'interventions et des évaluations culturellement pertinentes sont requis.⁴²¹ Les processus de mobilisation respectueux de la culture qui reconnaissent et abordent la dynamique du pouvoir dans le système de santé sont particulièrement importants.^{147, 285, 421-423} La mise en œuvre de ces processus exige une confiance mutuelle, l'élimination de préjugés et de discrimination, la validation systémique du savoir des Autochtones, l'auto-réflexion pour les partenaires non-Autochtones et l'humilité culturelle.^{147, 285, 421-424} Grâce à cette approche, les relations et les environnements de santé publique peuvent être sécuritaires sur les plans spirituel, social et émotionnel pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis.⁴²⁵

Leadership communautaire et COVID-19 à Toronto

Les mesures communautaires sont apparues tôt dans la réponse à la pandémie de la COVID-19. Au fil du temps, la ville de Toronto et la province d'Ontario ont toutes deux appris des approches communautaires et ont fourni des ressources directement aux organismes communautaires pour appuyer leur rôle de leadership dans la prestation de conseils et l'exécution d'interventions fiables.⁴¹⁷ Des ambassadeurs communautaires de la réponse à la pandémie de la COVID-19, c.-à-d. des leaders multilingues, locaux et de confiance, ont été recrutés et formés pour interagir avec la communauté, fournir de l'information et mettre les membres en contact avec les sites de vaccination.⁴¹⁸ Les ressources étaient axées sur le soutien des populations touchées de façon disproportionnée par la pandémie, y compris les populations noires, latino-canadiennes et hispaniques de Toronto, les communautés LGBTQ2+, les personnes sans abri, les personnes vivant avec un handicap, les personnes âgées, les Sud-asiatiques, les Asiatiques du Sud-Est et les Asiatiques de l'Ouest, les personnes sans papiers et les jeunes. Des approches dirigées par des Autochtones ont permis d'offrir des services de vaccination et de dépistage respectueux de la culture et accessibles aux communautés de toute la ville.⁴¹⁹



Élément de base 2 :
Données probantes,
connaissances et
information

Les systèmes de santé publique ont besoin de données probantes de grande qualité, accessibles et soutenues par des écosystèmes et des processus d'information adaptables. Lorsque ces systèmes sont en place, il est possible de prendre des décisions en temps réel et d'apporter des améliorations continues aux interventions.

Toutefois, les connaissances nécessaires pour guider les interventions du système de santé publique ne peuvent pas provenir uniquement de la santé publique. Pour être à la fois efficace et équitable, la prise de décisions fondées sur des données probantes nécessite une plus grande attention aux expériences et au point de vue de diverses populations et une utilisation accrue de diverses approches méthodologiques. Cela comprend les communautés qui ont été traditionnellement exclues au Canada, comme les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les groupes racisés, les personnes LGBTQ2+, les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap.

Une culture d'apprentissage

Un système de santé axé sur l'apprentissage utilise les données pour cerner les problèmes de santé et y répondre de façon continue, dans le but d'améliorer les soins et de réduire les coûts. Pour ce faire, il combine les données et la recherche pour favoriser l'apprentissage, l'amélioration et l'innovation.^{426, 427} Axés à l'origine sur les soins de santé, les systèmes de santé peuvent être adaptés en fonction des considérations de santé publique dans la poursuite des résultats en matière de santé de la population.⁴²⁷ Cela nécessiterait d'établir des liens plus étroits entre la santé publique, le système de santé, la recherche et les données probantes en constante évolution et les collectivités, conjugués à des efforts permanents et conscients pour intégrer une orientation axée sur l'équité.^{426, 428}

Créer un écosystème de données et d'information interopérable pour appuyer la prise de décisions



La surveillance et le suivi constituent l'une des fonctions essentielles de la santé publique. C'est notre test de laboratoire, notre examen physique, notre façon de prendre le pouls de la collectivité. »
– un participant aux groupes de discussion

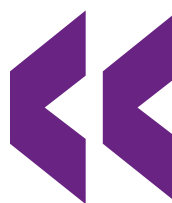
La première étape pour comprendre tout problème de santé publique, et une condition préalable à la prise de décisions en santé publique, est la collecte d'information sur l'état de santé, les risques pour la santé et les déterminants de la santé pour la population d'intérêt et les sous-groupes clés.³⁶² Le Canada utilise toute une gamme de systèmes de surveillance fondés sur des indicateurs et des événements pour saisir et analyser de façon systématique des données sur un éventail de problèmes de santé publique, comme les maladies infectieuses et chroniques, la crise des surdoses d'opioïdes et les problèmes de santé mentale.⁴²⁹

Ces systèmes d'information sont d'une importance cruciale pour orienter les décisions et éclairer la pratique fondée sur des données probantes. Toutefois, le panorama national des données est fragmenté entre les administrations, les organismes gouvernementaux et les propriétaires de données à l'échelle communautaire. De nombreux systèmes et cadres de données indépendants ont évolué au fil du temps, mais leurs capacités à une collecte de données normalisées, l'échange de données entre les systèmes et une synthèse plus large de l'information sont limitées.²⁰⁷ Ces problèmes restreignent l'utilité des systèmes de données existants pour appuyer la prise de décisions en santé publique.⁷

Cette fragmentation, conjuguée à une technologie désuète, a des conséquences particulièrement prononcées en cas d'urgence sanitaire lorsque

l'accès aux données en temps réel est primordial pour la prise de décisions.^{206, 207, 253} Les retards dans l'obtention des bons renseignements peuvent nuire à d'importants objectifs de surveillance de la santé publique au début d'une pandémie, comme la détection du virus et la compréhension de son mode de propagation.²⁰⁶

En raison de ces défis historiques et continus, il y a eu de nombreux examens et appels à des réformes.^{206, 334, 430, 431} Les leçons tirées des tentatives antérieures de réforme des systèmes nationaux de données sur la santé ont permis de cerner des obstacles systémiques comme le manque de confiance et de responsabilités claires entre les propriétaires de données et les utilisateurs, une participation ou un intérêt public limité, des objectifs stratégiques différents et l'incapacité de « diffuser l'excellence ».^{207, 432}



Il y a des données que nous ne recueillons pas, des données que nous recueillons et ne partageons pas, des données que nous partageons et utilisons mal, des données que nous utilisons pour opprimer et stigmatiser et autres problèmes, et des données que nous avons, mais n'utilisons pas pour régler les problèmes. »
– un participant à l'échange Meilleurs Cerveaux

La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence le besoin quant à des processus efficaces de couplage de données épidémiologiques, biomédicales et cliniques. Des données, des systèmes d'information et des processus, tous interopérables appuieraient ainsi le flux et l'analyse des données entre les systèmes. Il est important de reconnaître que par « interopérabilité », nous n'entendons pas un système centralisé, mais

plutôt un écosystème coopératif qui respecte la propriété des données.²⁰⁷ Dans un tel système tous les doivent avoir des objectifs communs et une compréhension commune des besoins en données et des rôles de chacun.²⁰⁷ Ce système doit également inclure des processus appropriés pour veiller à ce que les données soient recueillies, conservées, traitées et utilisées d'une manière qui respecte la culture, ainsi que des mécanismes qui protègent les renseignements personnels.⁴³³⁻⁴³⁵

Les technologies novatrices et la capacité d'analyse sont toutes deux nécessaires à ce travail. Les données interconnectées, les grands ensembles de données et les bases de données complexes doivent être traités par des professionnels de la santé publique spécialisés en analyse de données et en informatique de la santé.^{7, 430, 436, 437} L'infrastructure technique idéale serait adaptée aux besoins de collecte et de gestion des données et comprendrait des mécanismes de réseautage entre les systèmes.⁴³⁸ L'échange de données ouvertes sous forme de plateformes de données novatrices peut aider à combler les lacunes des systèmes de surveillance actuels en ce qui a trait à la prise de décisions en temps réel.³⁶⁷ Cependant, bon nombre des systèmes de données utilisés par les intervenants en santé publique au Canada sont actuellement désuets ou offrent des fonctionnalités limitées.⁴³⁶

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de concert avec des groupes Inuits, métis et des Premières Nations et avec des intervenants clés, travaillent à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne pour renforcer les bases de données de santé afin d'améliorer la prise de décisions. L'élaboration de cette stratégie prendra du temps, et celle-ci ne devrait pas être mise en œuvre avant 2030.²⁰⁷ Par conséquent, des mesures plus immédiates sont nécessaires pour renforcer les systèmes de données avant la prochaine crise, par exemple en s'appuyant sur certaines des solutions à court terme mises en œuvre pendant la pandémie.¹⁴ L'ASPC a notamment investi dans la transformation numérique à long terme avec ConnexionVaccin, une plateforme numérique de gestion des vaccins qui répond

au besoin immédiat de gérer la distribution, le suivi et l'administration des vaccins contre la COVID-19.⁴³⁹ Grâce à son approche souple et évolutive, ConnexionVaccin peut être adaptée à divers besoins opérationnels et jette les bases des utilisations futures pour répondre aux priorités changeantes en matière de santé après la pandémie.

Élargir la base de connaissances des systèmes de santé publique

Les approches de recherche qualitatives et mixtes, incluant les données probantes qui en sont issues ont été sous-utilisées en santé publique.⁴⁴⁰ La recherche qualitative peut aider les chercheurs à explorer les aspects sociaux de la santé et de la maladie, comme par exemple, les raisons pour lesquelles les gens se comportent de certaines façons ce qu'ils comprennent ou donnent un sens à leurs expériences.⁴⁴⁰⁻⁴⁴² Ces questions qualitatives ajoutent de la profondeur et du contexte aux modèles épidémiologiques et elles fournissent des renseignements qui aident à éclairer l'élaboration d'interventions.⁴⁴⁰⁻⁴⁴² Par exemple, les méthodes qualitatives peuvent fournir des renseignements importants sur les aspects sociaux, culturels et politiques d'une pandémie en aidant les professionnels de la santé publique à comprendre quels sont les facteurs de risque, quels éléments influencent l'adoption de mesures de santé publique, quelles sont les conséquences inattendues découlant des actions de santé publique et quelles façons s'y prendre pour mieux susciter l'adhésion des collectivités aux initiatives de santé publique.^{442, 443} De plus, bien que les approches fondées sur des données probantes en santé publique aient toujours été guidées par les principes de la science moderne, ceux-ci ne tiennent pas suffisamment compte des connaissances et des réalités de toutes les personnes vivant au Canada.^{433, 444, 445} Par exemple, le savoir autochtone, comme les histoires orales et les récits, est souvent non reconnu ou sous-évalué.⁴²⁰

Pour ce qui est des données quantitatives, le manque de données désagrégées selon des caractéristiques comme la race, l'origine ethnique,

l'orientation sexuelle, le revenu, l'éducation et l'identité de genre est un défi constant pour les professionnels de la santé publique et les collectivités.^{210, 306, 334, 446} Sans ces données, il est impossible de mesurer les impacts différentiels entre les populations, et les iniquités risquent de ne pas être corrigées.^{210, 306, 334} Au Canada, il y a eu des défis liés au couplage ou à la mise en commun de données individuelles, ce qui a nui à la recherche dans ces domaines.⁴³⁶ De même, les approches utilisées pour la détermination du statut d'Autochtone dans les sources principales de données sur la santé de la population varient d'une administration à l'autre, et certaines provinces ne recueillent pas du tout ce type de données.⁴⁴⁷⁻⁴⁴⁹

Ces écarts ne constituent pas seulement un problème technique, mais aussi un problème d'équité. Depuis des décennies, les communautés préconisent des approches de gouvernance des données qui tiennent compte des intérêts de la communauté et corrigent les déséquilibres de pouvoir entourant la propriété des données.⁴⁵⁰ Le Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs de l'Ontario, par exemple, a publié un cadre de mobilisation, de gouvernance, d'accès et de protection pour la collecte, l'utilisation et la gouvernance des données.⁴³³ La demande générale de données axées sur l'équité fait écho à l'importance de la participation de la communauté à ces processus et à l'action subséquente en santé publique.^{208, 446}

Principes de souveraineté des données autochtones : principes PCAP des Premières Nations, principes Inuit Quaujimajuyuquangit et principes (PCAG) des Métis

Principes PCAP des Premières Nations

Les Premières Nations ont une longue tradition de collecte, d'utilisation et de gouvernance de l'information nécessaire pour prendre des décisions liées à la santé et au bien-être. Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession PCAP des Premières Nations constituent l'approche standard de la gouvernance des données des Premières Nations et appuient la souveraineté des données.^{434, 451} Compte tenu de la diversité au sein des nations et entre elles, l'expression des principes peut être affirmée différemment d'une nation à l'autre, conformément à leur vision du monde, à leurs connaissances traditionnelles et à leurs protocoles.⁴³⁴

Inuit Quaujimajuyuquangit

L'Inuit Quaujimajuyuquangit (IQ) (expression inuite qui signifie « connaissances traditionnelles des Inuits ») est un cadre qui représente le savoir autochtone des Inuits. L'Inuit Quaujimajuyuquangit repose sur quatre éléments, soit travailler pour le bien commun, respecter tous les êtres vivants, maintenir l'harmonie et l'équilibre, et planifier et préparer continuellement l'avenir.⁴⁵² Cette approche constitue le fondement du bien-être des communautés inuites, tout comme la valorisation, la préservation et la promotion du savoir traditionnel.⁴⁵²

Les principes PCAG des Métis du Manitoba

Les renseignements sur la santé des Métis devraient être recueillis conformément aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de gouvernance (PCAG), et sous la propriété et le contrôle de la nation métisse.⁴²⁰ Le Ralliement national des Métis appuie les ententes d'application des connaissances conclues avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui mènent à des interventions fondées sur des données probantes qui profitent à la santé et au bien-être des Métis.⁴²⁰

Améliorer l'interface entre la recherche et la pratique

La recherche est essentielle à une pratique efficace en santé publique.⁴⁵³ Cependant, il y a des lacunes dans l'interface, entre le contexte dans lequel la recherche est effectuée et les besoins et ressources du milieu dans lequel elle est appliquée. Par conséquent, il se peut que les données probantes ne soient pas utilisées dans les contextes où elles pourraient être les plus utiles.^{453, 454}

La pandémie de la COVID-19 a illustré la nécessité de générer et synthétiser rapidement les connaissances émergentes. Des relations plus étroites et plus souples entre les organismes de santé publique, les instituts et les établissements universitaires pourraient mener à des résultats de recherche davantage axés sur les solutions afin d'éclairer directement les décisions en santé publique.⁴⁵⁵ Des initiatives comme les réseaux de recherche COVID-END et CanCOVID ont été créés pour synthétiser l'évolution des données probantes pendant la pandémie de la COVID-19 (voir encadré : « [L'évolution rapide des données probantes conduit à des partenariats novateurs entre universitaires et praticiens](#) »).^{227, 228} Ces initiatives pourraient servir de modèles pour des réseaux futurs de recherche et de pratique. La recherche appliquée en santé publique est également essentielle pour soutenir les liens entre la recherche et la pratique en santé publique. Par exemple, le programme des chaires en santé publique appliquée – une collaboration entre les IRSC et l'ASPC – établit des liens entre les chercheurs et les décideurs afin d'appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes qui améliorent la santé et l'équité en santé.⁴⁵⁶ Le maintien de ce modèle aidera à faire en sorte que la recherche appliquée en santé publique demeure adaptée à la pratique en santé publique au Canada.

Parmi les autres domaines d'intérêt, mentionnons les dispositions relatives à la capacité de pointe pendant les crises, la collaboration en matière de recherche sur les systèmes de santé publique

et les partenariats entre la santé publique et le milieu universitaire pour l'éducation et la formation.^{455, 457, 458} Dans ce dernier cas, le perfectionnement des étudiants et le perfectionnement professionnel pourraient être harmonisés avec les domaines de compétence prioritaires, notamment l'équité, la santé des Autochtones, les déterminants écologiques de la santé et le leadership.⁴⁵⁵

Si le Canada veut bénéficier d'une base de données probantes exceptionnelle en santé publique, il doit donner priorité à l'échange continu de connaissances et aux ententes établies entre les organismes de santé publique et un éventail de disciplines (p. ex. sciences sociales, géographie, économie). Les collaborations interdisciplinaires sont particulièrement importantes pour comprendre les déterminants de la santé complexes, multidimensionnels et interreliés et y réagir.⁴⁵⁹⁻⁴⁶³ Par exemple, récemment, des spécialistes des sciences sociales ont examiné les facteurs sociaux, politiques et économiques qui ont influencé la crise de la COVID-19 et l'intervention en santé publique.⁴⁶⁴



Élément de base 3 :
Technologies médicales
et numériques de pointe
en santé

Un système de santé efficace est en mesure d'utiliser une gamme d'outils pour appuyer l'accès équitable aux produits médicaux, aux vaccins et aux technologies, de même que leur distribution équitable.⁴⁶⁵ Cela comprend la fabrication, l'approvisionnement et l'entreposage des médicaments, des fournitures médicales et d'autres ressources essentiels.⁴⁶⁵ Cela comprend également l'infrastructure, comme les laboratoires de santé publique, qui fournissent un soutien essentiel pour détecter et comprendre les menaces à la santé publique, et pour y réagir. À mesure que le système de santé publique tire des leçons des défis passés et actuels, les outils et les processus novateurs évoluent pour répondre aux besoins des populations.

Comme la société s'habitue de plus en plus aux solutions numériques, le fait d'aligner les objectifs et d'évaluer les innovations sera important pour exploiter avec succès les opportunités numériques et les avancées technologiques dans toutes les juridictions.^{366, 466}

Renforcer les systèmes d'alerte précoce

Les systèmes d'alerte précoce permettent d'identifier les signes de menace potentiels pour la santé publique afin de soutenir une intervention rapide et d'atténuer les répercussions sur la santé publique.^{239, 467} Ces systèmes sont un élément clé des systèmes de surveillance plus vastes, qui s'appuient sur un certain nombre de sources, comme les médias, les réseaux sociaux et l'information sur la santé animale et les catastrophes environnementales.⁴⁶⁷ Leur fonctionnement exige une expertise adéquate, des structures et de la technologie. Un examen indépendant du système de surveillance fondé sur des événements du Canada (c.-à-d. le RMISP) en 2021 suggère de renforcer ces composantes.²³⁹ L'expertise et les structures pourraient être améliorées en clarifiant le rôle de la surveillance fondée sur les cas, dans un cadre plus large de surveillance et d'évaluation des risques, et en améliorant la consultation ainsi que la coordination avec des experts de contenu, incluant les spécialistes de la modélisation des données.²³⁹ Les partenaires du milieu universitaire et du secteur privé ont également un rôle à jouer, notamment en fournissant un soutien supplémentaire pour améliorer les algorithmes d'intelligence artificielle utilisés dans la surveillance fondée sur les événements.²³⁹

Compte tenu de la nature internationale de la santé publique, aucun pays ne peut entreprendre ce travail seul. Les efforts déployés à l'échelle mondiale pour améliorer la surveillance fondée sur les événements se poursuivent, et le Canada peut continuer d'y contribuer et d'apprendre grâce à un alignement et de la collaboration.²³⁹

Soutenir l'innovation dans l'infrastructure des technologies et des approvisionnements en santé

La pandémie de la COVID-19 a réitéré le rôle crucial du dépistage dans le contrôle des éclo-sions de maladies infectieuses et dans l'orientation des décisions de santé publique. Par conséquent, des efforts sont nécessaires pour renforcer les capacités des laboratoires de santé publique au Canada.⁴⁶⁸ Pendant la pandémie, les laboratoires se sont rapidement adaptés pour soutenir la réponse à la COVID-19 en implantant de nouveaux protocoles de tests pour le SRAS-CoV-2, en augmentant leur capacité en ressources humaines et en achetant de l'équipement supplémentaire, tout cela dans le contexte d'une forte demande mondiale vis-à-vis du matériel de tests important.^{468, 469}

Le Réseau canadien de génomique COVID-19 (RCanGéCO) est l'un des partenariats novateurs créés pendant la pandémie pour renforcer les capacités de séquençage du virus-hôte en soutien à la prise de décision urgente qu'implique une pandémie. Par l'entremise du RCanGéCO, le Laboratoire national de microbiologie du gouvernement du Canada, Génome Canada, des laboratoires régionaux de santé publique, des partenaires du secteur des soins de santé et des chercheurs universitaires ont travaillé ensemble pour coordonner à grande échelle le séquençage du virus et la collecte de données épidémiologiques d'échantillons de SRAS-CoV-2.^{470, 471} Ces efforts soutiennent un apprentissage rapide et un meilleur suivi quant à comment le virus mute et se propage, offrant ainsi des informations clés sur les tendances de transmission susceptible d'influencer la détection du virus ou l'efficacité des traitements et vaccins.⁴⁷¹

De plus, des chercheurs du laboratoire de santé publique du centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, en partenariat avec des laboratoires publics et privés de la province, ont combiné le séquençage du génome à grande échelle et l'analyse épidémiologique afin de surveiller avec succès la propagation et l'évolution des variants préoccupants du virus dans les

populations vaccinées et non vaccinées à l'échelle communautaire.⁴⁷² Cette étude a démontré la valeur d'approches novatrices, interdisciplinaires et intégrées en fournissant rapidement des données locales précises pour aider à éclairer les interventions en santé publique.^{473, 474} Cet exemple souligne en outre l'importance de créer la capacité et l'infrastructure nécessaire aux analyses complexes.

La pandémie a également mis en lumière une occasion d'améliorer l'efficacité des systèmes de distribution des vaccins. Malgré un départ relativement plus lent par rapport aux pays de référence, le Canada a rapidement atteint des taux de vaccination élevés lorsque les livraisons de vaccins se sont accélérées.^{475, 476} À l'avenir, les processus généraux d'approvisionnement en vaccins pourraient être renforcés en améliorant la coordination et la collaboration, ainsi qu'en encourageant une innovation accrue dans l'infrastructure numérique de soutien et l'intégration de la main-d'œuvre. Les progrès numériques qui appuient le suivi de l'approvisionnement et de l'utilisation de vaccins en temps réel pourraient améliorer la précision dans la distribution et réduire au minimum le gaspillage de produits.⁴⁷⁷

Au cours de la pandémie de la COVID-19, de nombreux pays, dont le Canada, n'étaient pas préparés adéquatement à la demande soudaine et élevée d'équipement de protection individuelle et d'appareils médicaux, y compris des écouvillons d'essai et des respirateurs.²⁴⁴ Pour déterminer les fournitures nécessaires, en autoriser l'achat et s'en approvisionner, le gouvernement du Canada a dû réviser ses méthodes d'approvisionnement existantes. Il a notamment modifié les politiques et processus d'assurance de la qualité, changé de fournisseurs et mobilisé rapidement des ressources pour les achats.²⁴⁴ Grâce à ces adaptations, à l'investissement national, au rééquipement et à l'achat en vrac, le Canada a pu accroître son approvisionnement en équipement de protection individuelle dans la réserve nationale et renforcer les stocks provinciaux et territoriaux de matériel médical.²⁴⁴ Des stratégies visant à

mieux surveiller et gérer les stocks d'urgence, avec des rôles et des responsabilités clairement définis pour l'ensemble des administrations, amélioreraient l'état de préparation et assureraient la pertinence et la fiabilité des approvisionnements.²⁴⁴

Tirer parti des technologies numériques en santé

Un certain nombre de technologies numériques en santé ont été utilisées au Canada et à l'échelle mondiale en réponse à la pandémie de la COVID-19. Certaines étaient des extensions d'approches existantes, comme des solutions technologiques pour contrer l'« infodémie » en ligne. Par exemple, l'alerte SOS de Google a donné la priorité à l'OMS et à d'autres sources de santé publique fiables dans les résultats de recherche, et le robot conversationnel reposant sur l'apprentissage automatique de l'OMS a été lancé sur des plateformes de médias sociaux comme Facebook pour lutter contre les informations erronées et la désinformation autour de la COVID-19.^{366, 478, 480-79} D'autres étaient plus novatrices, comme l'utilisation des données anonymes de téléphonie mobile pour comprendre l'adhésion aux mesures de santé publique locales ainsi que l'exposition aux notifications numériques (par exemple, l'application Alerte COVID).^{366, 480-482} Ces progrès sont notables, car la santé publique a généralement été lente à tirer parti des innovations numériques.³⁶⁶ L'évaluation de ces applications, ainsi que d'autres mesures de santé publique, pourrait fournir des informations importantes susceptibles de soutenir une plus grande utilisation de ces outils. Particulièrement en soutien aux innovations technologiques liées aux changements climatiques qui sont nouvellement créées pour soutenir la santé publique, incluant [Donneesclimatiques.ca](https://donneesclimatiques.ca) et [ADAPTATIONSanté](https://ADAPTATIONSanté.ca).^{483, 484}

Ces initiatives numériques, mises en œuvre rapidement, requièrent une évaluation et une prise en compte adéquate des préoccupations des domaines juridique, éthique et de la confidentialité.^{366, 481, 485, 486} Il importe également de porter une

attention aux iniquités induites par l'utilisation des technologies, comme l'intelligence artificielle en santé publique, potentiellement problématique en raison de biais algorithmiques et manque de diversité.⁴⁸⁷⁻⁴⁸⁹ À l'avenir, il faudra également tenir compte des préoccupations relatives à l'accès inéquitable aux technologies pour que ces innovations soient significatives en santé publique.^{366, 466}

S'il y a lieu, les initiatives ayant bien fonctionné pourraient être intégrées aux systèmes et à l'infrastructure de santé publique en général,^{366, 466}

comme ConnexionVaccin, qui restera un outil essentiel pour la gestion d'autres programmes de vaccination. Parmi les autres exemples, mentionnons les progrès technologiques comme les mégadonnées, l'apprentissage automatique et l'intelligence artificielle, qui pourraient appuyer le développement de systèmes d'apprentissage en santé publique.^{366, 426, 490, 491} Cette intégration aiderait à faire en sorte que les technologies demeurent un outil pour la santé publique, plutôt qu'une priorité en soi.³⁶⁶

Vaccine Hunters Canada : l'innovation numérique de A à Z

En mars 2021, des bénévoles engagés à aider la population canadienne à se faire vacciner contre la COVID-19 ont formé Vaccine Hunters Canada. L'organisme compte plus de 40 000 membres et des dizaines de bénévoles actifs sur de multiples plateformes de médias sociaux.⁴⁹²

En tirant parti d'outils numériques fondés sur l'approche participative pour connaître la disponibilité des vaccins, d'un soutien personnalisé offert par des bénévoles et des comptes Twitter, Facebook, Instagram, TikTok, Snapchat et Discord, Vaccine Hunters Canada a aidé les Canadiens et les Canadiennes partout au pays à comprendre l'admissibilité au vaccin et à trouver des rendez-vous de vaccination.⁴⁹²

En juin 2021, Vaccine Hunters Canada a lancé Trouvez votre vaccination, un nouveau site Web qui permet aux utilisateurs de trouver des rendez-vous, en fonction de leur code postal et de leur admissibilité au vaccin, dans divers sites de vaccination. Le service était offert en 22 langues et, au moment de la rédaction du rapport, il comptait plus de deux millions d'utilisateurs uniques.⁴⁹³

Avant de passer à un soutien entièrement automatisé en août 2021, Vaccine Hunters Canada a annoncé que la plateforme de source ouverte Trouvez votre vaccination serait offerte gratuitement à tout pays, pour un usage personnalisable et multilingue.⁴⁹⁴



Élément de base 4 :
Expertise de l'effectif et
capacité en ressources
humaines

Le système de santé publique exige un effectif en santé publique bien formé, interdisciplinaire et durable pour relever les défis et les menaces de plus en plus complexes qui affectent sur la santé des populations. La main d'œuvre doit posséder

les compétences pour exercer les fonctions essentielles, en plus d'avoir les aptitudes qui se révèlent de plus en plus importantes pour travailler dans tous les secteurs et pour influencer les politiques publiques qui traitent des déterminants de la santé.^{367, 455, 495}

Après la crise du SRAS, de nombreuses initiatives ont été élaborées pour renforcer les effectifs en santé publique et accroître l'expertise en santé publique dans toutes les organisations.^{253, 368, 369, 371}

Certaines initiatives se sont poursuivies, comme les programmes d'études supérieures universitaires en santé publique, tandis que d'autres ont stagné ou ont été suspendues.^{258, 455} La pandémie de la COVID-19 a révélé le besoin continu et critique de mieux soutenir les personnes qui protègent la santé du public.

Accroître et soutenir l'effectif en santé publique

En cas d'urgence sanitaire, les systèmes de santé publique ont besoin de travailleurs ayant la formation, l'expérience et l'expertise adéquates. La pandémie de COVID-19 a amplifié l'effectif en santé publique, y compris des lacunes systémiques en matière de santé publique et d'expertise médicale, de gestion des urgences, de communication des risques, de politiques et de planification, et d'opérations.²¹⁸

La pandémie de la COVID-19 a exercé une pression supplémentaire sur les professionnels de la santé publique ayant une expertise recherchée.^{218, 469} Par exemple, les experts en santé publique ont dit que les gestionnaires de cas, qui sont souvent des infirmières ou des infirmiers, pouvaient être retirés de leur travail en santé publique pour aider à traiter les patients lorsque le nombre de cas de la COVID-19 augmentait. De tels problèmes de capacité peuvent avoir un certain nombre de conséquences pour les systèmes de santé publique, notamment des retards dans l'analyse et la communication des résultats des tests de dépistage, des difficultés à mener la recherche des contacts, une incidence sur la qualité des produits de communication, des défis opérationnels et des difficultés à mobiliser des interventions à long terme.^{218, 243, 496} Pour répondre à ces demandes concurrentes, l'effectif de la santé publique doit être soutenu par des ressources humaines suffisantes pour assurer la relève et l'interopérabilité.⁴⁹⁷

La diversité de l'effectif est également essentielle au bon fonctionnement du système de santé publique et appuie une plus grande innovation en santé publique.^{446, 498-500} La diversité et l'inclusion

peuvent être favorisées par des initiatives comme des campagnes de recrutement axées sur le personnel sous-représenté, des programmes de mentorat professionnel, des projets visant à améliorer l'équité en milieu de travail et des processus efficaces pour signaler la discrimination.^{498, 501}

Comme on l'a constaté chez les travailleurs de la santé et dans les recherches internationales, la pandémie a eu des répercussions sur la santé mentale et le bien-être du personnel de la santé publique.^{502, 503} Bien qu'il y ait des lacunes dans les recherches sur cette question au Canada, les examens gouvernementaux ont mis en évidence les longues heures de travail et le stress vécu par le personnel de la santé publique et de la gestion des urgences, ainsi que les nombreux rapports médiatiques de harcèlement et de menaces contre les responsables et les travailleurs de la santé publique.^{218, 504} Le roulement du personnel et l'épuisement professionnel chez les travailleurs et les experts constituent une menace très réelle à la stabilité des systèmes de santé publique et à leur capacité de répondre aux urgences sanitaires.⁵⁰⁵

Comme il a été mentionné dans les discussions avec les intervenants, ces problèmes ont été aggravés par le manque de données sur le nombre, la structure, les compétences et l'identité de personnes racisées ou autochtones chez les travailleurs dans les systèmes de santé publique, y compris l'endroit où trouver du personnel qualifié pour effectuer des tâches comme les tests de dépistage et la recherche des contacts.³⁸⁰ En raison des différences dans l'organisation des structures de santé publique au Canada, ainsi que de l'étendue et de la profondeur de la pratique en santé publique, il est difficile de suivre et d'évaluer la nature et l'étendue de l'effectif.^{252, 258} Ces lacunes en matière d'infrastructure et de données nuisent aux efforts de planification et de préparation de la main d'œuvre dans les systèmes de santé publique fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux.^{380, 506} L'absence de données démographiques nuit également au suivi de l'effectif en santé publique par rapport aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation

du Canada et aux engagements sur le plan de l'équité en matière d'emploi.³⁸⁰

La capacité de l'effectif en santé publique est un domaine d'intérêt urgent compte tenu du fardeau continu de la COVID-19 sur l'effectif en santé publique et du risque toujours présent de crises simultanées en santé publique.

Renforcer les compétences essentielles et l'expertise scientifique

La santé publique est un domaine de pratique particulier, et le nombre et la variété des compétences requises soulignent l'importance d'une formation complète et d'un effectif préparé en conséquence.³⁶⁷ Les compétences de base englobent les connaissances, les habiletés et les attitudes interdisciplinaires essentielles à la pratique en santé publique. Les domaines de compétence actuels comprennent la science de la santé publique, l'évaluation et l'analyse des données, la planification de politiques et de programmes, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions, la collaboration et les partenariats, la représentation, la diversité et l'inclusivité, la communication et le leadership.³⁶⁷

Les appels continus visant à clarifier et, possiblement, à élargir les compétences ou l'expertise en santé publique reflètent l'évolution de la pratique de la santé publique et les leçons tirées des urgences en santé. Par exemple, les compétences supplémentaires ou améliorées pourraient comprendre l'expérience de travail dans des systèmes gouvernementaux complexes, la collaboration pour l'action intersectorielle, l'élaboration de politiques publiques saines, l'équité sociale et raciale, les déterminants écologiques liés aux changements climatiques, la mobilisation des communautés et la santé des Autochtones.^{252, 408, 455, 495, 507-517}

Depuis le début de la pandémie, d'autres priorités ont émergé. Elles comprennent la navigation de l'information et la communication dans le contexte d'une infodémie, la lutte contre la désinformation, la communication en cas de crise, le travail dans

un contexte d'incertitude, la compréhension et l'utilisation avancées des technologies de données et d'analyse, l'évaluation et la gestion des risques, l'établissement des priorités et l'affectation des ressources.^{239, 518, 519} L'exercice d'un leadership dans toutes les disciplines et dans la sphère politique, la capacité d'adapter les communications au public cible, la connaissance de la situation et l'esprit de décision flexible sont des exemples de compétences importantes en leadership.^{510, 520} Les compétences en gestion du risque et en prise de décisions dans des environnements complexes sont également importantes pour la pratique avancée et le leadership.⁴⁵⁵



Pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population, les systèmes de santé doivent faire l'objet d'un financement suffisant.^{465, 515} Les systèmes de santé publique ont besoin de ressources non seulement pour remplir leurs fonctions essentielles, mais aussi pour travailler efficacement avec d'autres secteurs afin d'aborder les déterminants de la santé. Les ressources doivent être en nombre adéquat pour permettre aux systèmes de santé publique d'être agiles lorsque requis.²⁵³ Cela est particulièrement important étant donné que les crises sanitaires émergentes et concomitantes risquent d'augmenter en raison de facteurs d'influence, comme les changements climatiques et la destruction de l'habitat naturel.⁵²¹

Compte tenu de l'ampleur du travail et du besoin pressant de développer une capacité de pointe dynamique, les systèmes de santé publique ont besoin de ressources stables qui leur sont entièrement dédiées.⁵²⁰ Cependant, on ne sait pas exactement à quoi devrait ressembler un système financé de façon appropriée pour le Canada. Cela requiert de connaître le montant des fonds qui

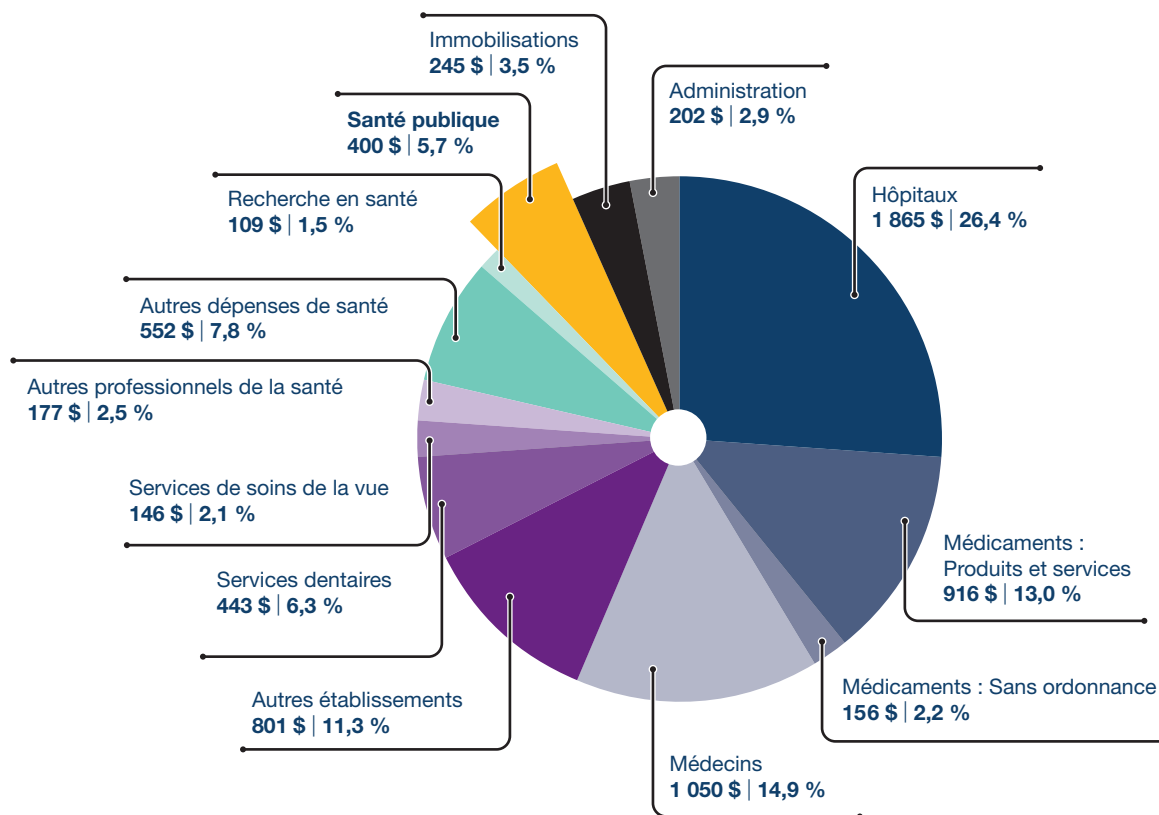
sont consacrés à la santé publique, ainsi que les activités et les fins auxquelles ils sont consacrés.

Investir dans le système de santé publique en fonction du mandat

Au fil des ans, malgré son vaste mandat, les dépenses du système de santé publique n'ont représenté qu'une petite portion des dépenses totales en santé. L'estimation du financement de la santé publique est ardue et plusieurs méthodes

permettent de le faire. Selon une évaluation de l'Institut canadien d'information sur la santé, un peu moins de 6 % de toutes les dépenses annuelles en santé étaient affectées aux systèmes de santé publique avant la pandémie (figure 11).³⁷⁵ Les variations dans la façon dont ces pourcentages sont calculés rendent difficiles les comparaisons entre les juridictions. Néanmoins, on estime que le financement des activités de santé publique ne représente que 1 % de certains budgets provinciaux de la santé.^{522, 523}

FIGURE 11 : Total des dépenses de santé par habitant, par catégorie de dépenses de santé, 2019 (en dollars et en pourcentage)



Source : Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé.*³⁷⁵

Ces estimations présentent plusieurs problèmes méthodologiques. La diversité et l'éventail des activités menées par les systèmes de santé publique font en sorte qu'il est difficile de séparer le travail de santé publique d'autres activités des secteurs des services sociaux et des soins de santé. De plus, il n'y a pas de définition standard

des activités de santé publique au pays.³⁷² Les incohérences qui en résultent entraînent des variations d'une juridiction à l'autre quant à la façon dont les dépenses de santé publique sont calculées.⁵²² Donc, des limites claires existent dans la façon de rapporter et mesurer l'efficacité des investissements en santé publique au

Canada.^{372, 522} Ces lacunes doivent être comblées de toute urgence, mais les défis méthodologiques ne doivent pas entraver les efforts visant à doter les systèmes de santé publique du Canada des ressources financières nécessaires pour exécuter le travail essentiel de protection des populations.

Bien qu'il soit difficile de recueillir des estimations fiables, les données probantes indiquent que le financement de la santé publique au Canada pourrait être insuffisant et vulnérable aux compressions budgétaires, y compris les réductions de plusieurs budgets provinciaux de santé publique antérieurs.^{258, 372, 458, 522, 523} Ces réductions de financement se font particulièrement sentir à l'échelle locale.²⁵² Si ces tendances se maintiennent, il pourrait y avoir des coûts supplémentaires considérables en aval pour le système de santé et l'économie en général.³⁷⁶

Un autre défi est que le financement a tendance à fluctuer en fonction des crises sanitaires et des cycles électoraux, alors que les objectifs et les mandats de la santé publique vont bien au-delà de ces événements.^{253, 458, 524} Pour déterminer la meilleure façon de financer les systèmes de santé publique en fonction de sa portée et de son mandat à long terme, il faut un engagement commun à l'égard des fonctions de base de la santé publique, ainsi qu'une base de données probantes renforcée et une compréhension commune de la mise en œuvre efficace de ces fonctions.^{372, 522}

Il est également important d'avoir des modèles de financement flexibles et des actions durables à long terme pour renforcer le système de santé publique d'une manière qui appuie l'autodétermination des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cela réduirait au minimum la fragmentation des compétences et augmenterait le contrôle de la communauté sur la conception des programmes de santé et leur prestation.^{339, 525, 526} En allant dans cette direction, le système de santé publique s'aligne également sur l'appel à la justice n° 3.2 de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.²⁸⁶



Élément de base 6 :
Gouvernance, leadership
et mobilisation

Une gouvernance efficace repose sur une vision claire ainsi que sur la clarté quant aux autorités, au mandat, au rôle et aux fonctions essentielles de la santé publique. Pour que la gouvernance de la santé publique soit équitable, l'engagement envers les valeurs fondamentales que sont l'anticolonialisme, la diversité et l'inclusion, la transparence et la responsabilisation sera nécessaire.³⁷⁹

Une gouvernance efficace est résiliente, capable de s'adapter et fondée sur un leadership compétent.³⁷⁹ Elle repose également sur l'action coordonnée et collective du gouvernement et d'autres acteurs, notamment sur la collaboration entre les juridictions au sein du système de santé publique, la mise en commun de l'expertise à l'échelle internationale, le soutien aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis en matière d'autodétermination et d'autonomie, les partenariats avec d'autres secteurs et le leadership communautaire aux tables de gouvernance de la santé publique.^{383, 393, 527-530}

Renforcer la cohérence entre les systèmes de santé publique

La structure de gouvernance décentralisée du système de santé au Canada permet d'orienter les interventions en santé publique en fonction des contextes et des besoins régionaux et locaux. Cependant, la coordination, la collaboration et l'obligation de rendre compte régulièrement dans l'ensemble du système et envers les décideurs, y compris les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones, sont essentielles à l'efficacité, au caractère stratégique et à la cohérence du système de santé publique. C'est ce qu'on a constaté pendant la réponse à la COVID-19, alors que les approches pancanadiennes ont été conjuguées à des



Le danger est que nous ayons un intérêt actuel pour la santé publique, en raison de la pandémie, mais nous avons traversé plusieurs cycles. C'est la panique, puis les gens oublient la santé publique. Dès que la COVID-19 sera chose du passé, de nouvelles priorités politiques et l'arriéré de chirurgies prendront le dessus. Nous repasserons au mode "investissement dans le curatif", mais la prévention sera de nouveau mise de côté. »

– un participant aux groupes de discussion

mesures souples et personnalisées aux échelons provincial et territorial.¹⁴ La gouvernance complexe de la santé publique dans plusieurs administrations au Canada peut rendre difficile la compréhension des rôles et des responsabilités à différents échelons, ce qui entraîne parfois de la confusion, des incohérences et des lacunes.^{258, 372.}

³⁷⁹ La gouvernance de la santé publique et le leadership en matière d'interventions intersectorielles nécessaires pour relever des défis particuliers en santé publique (p. ex. la RAM) ajoutent à la complexité.³⁷⁹

Les mécanismes de gouvernance visant à améliorer la collaboration entre les systèmes de santé publique comprennent des cadres, des stratégies ou des lois pancanadiennes. La *Loi canadienne sur la santé* énonce les principes, les critères et les conditions que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir des fonds fédéraux pour les services de santé. La *Loi* assure la responsabilité de veiller à ce que les résidents admissibles du Canada aient accès à des services de santé financés par l'État.⁵³¹ En revanche, dans le cas de la santé publique, il n'existe pas de structure juridique officielle énonçant les responsabilités en matière de santé publique pour les résidents du Canada.

Certains ont soutenu que le fait que le système de santé publique n'ait pas de base législative nuit à l'adoption d'une approche cohérente et coordonnée de la santé publique au Canada.⁷ D'autres experts en santé publique ont fait remarquer que les discussions intergouvernementales sur les rôles, les objectifs et les valeurs partagées prennent des années, sans pour autant aboutir à des décisions ou à des engagements définitifs.³⁸⁰

Par exemple, après la crise du SRAS, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé se sont entendus sur un ensemble d'objectifs de santé publique pour améliorer la santé de la population canadienne, mais cela ne s'est pas traduit par des responsabilités définies.⁵³²

Sur la scène internationale, le Canada collabore depuis longtemps avec d'autres pays et des organisations multilatérales pour relever les défis mondiaux en matière de santé. Les efforts de collaboration se sont intensifiés pendant la pandémie de la COVID-19, car le virus a rapidement traversé les frontières internationales.⁵³³ Cette propagation mondiale reflète la réalité des risques pour la santé publique dans le monde d'aujourd'hui et a donné à la communauté internationale un aperçu des défis à venir en matière de sécurité sanitaire mondiale. Elle a également réaffirmé la nécessité de renforcer ces efforts de collaboration et de regarder au-delà des frontières lors de la planification et de l'intervention en cas d'urgence mondiale.⁵³⁴ L'échange d'information sur la recherche, les connaissances et les expériences aide également le système de santé mondial à apprendre plus rapidement et à réagir plus intelligemment.⁵³⁵



Nous avons besoin d'un engagement soutenu, à long terme vis-à-vis l'agenda de la santé publique, et qui ne soit pas trop fluctuant. »

– un participant aux groupes de discussion

Solutions mondiales aux défis mondiaux en matière de santé publique

Règlement sanitaire international

Après la crise du SRAS, la communauté mondiale de la santé s'est réunie pour renforcer les systèmes de coopération. En 2005, l'OMS et ses États membres ont adopté un nouveau *Règlement sanitaire international* qui décrit en détail les responsabilités de chaque pays vis-à-vis la loi lors d'événements majeurs de santé publique, ainsi que les systèmes de responsabilisation.⁵³⁶ En 2007, le *Règlement sanitaire international* est entré en vigueur, exigeant des pays signataires qu'ils renforcent et maintiennent leur capacité de détecter, d'évaluer et de signaler les événements de santé publique, et d'intervenir en cas de tels événements.⁵³⁶ Le *Règlement* met l'accent sur la surveillance, les dispositions à ce sujet étant en partie éclairées par l'utilisation du RMISP pendant l'écllosion du SRAS en 2003.²³⁹ La structure et les résultats du RMISP ont été utilisés par plusieurs pays pour orienter l'expansion de leurs propres systèmes de surveillance fondés sur les événements.⁵³⁷ L'examen de ces processus et leur adaptation pour intégrer les leçons tirées de la pandémie de la COVID-19 aideront à assurer une meilleure préparation à l'échelle nationale et internationale.⁵³⁴

Centre de l'OMS pour le renseignement sur les pandémies et les épidémies

En 2021, l'OMS a lancé une initiative fondée sur une approche visionnaire dans le but de favoriser la coopération mondiale et les solutions communes pour faire face aux risques de pandémie. Cette initiative, le Centre de l'OMS pour le renseignement sur les pandémies et les épidémies, tire parti du rôle unique de rassembleur de l'OMS pour réunir l'expertise et les ressources de près de 200 États membres.⁵³⁸ Financé par le gouvernement de l'Allemagne, le Centre utilisera une approche de collecte de renseignements axée sur la collaboration pour améliorer les données et les analyses et appuyer la prise de décisions liées aux pandémies. Le Centre mettra en place une structure de confiance pour soutenir l'échange des données et des connaissances à l'échelle internationale et favoriser les liens entre les intervenants des milieux de la politique, de la politique publique, de la science et de la société civile. Les chercheurs, le gouvernement et les partenaires privés seront encouragés à créer des bases de données partagées, en utilisant des données sur la santé publique, la société, les comportements, les médias, la mobilité, les voyages et l'environnement. Cette approche innovante rassemblera des chercheurs pour mener des recherches intensives sur des questions précises, en utilisant une technologie de pointe et des collaborations multidisciplinaires pour aider les pays du monde entier à détecter, à évaluer et à réagir aux épidémies.⁵³⁸⁻⁵⁴⁰

Honorer l'autodétermination et la gouvernance des Autochtones dans le système de santé publique

La gouvernance de la santé publique doit mettre l'accent sur l'autodétermination des Autochtones et la réconciliation. La réconciliation est le processus continu d'établissement de relations mutuellement respectueuses entre les populations

autochtones et non-Autochtones du Canada, fondées sur la vérité, la justice et la guérison.²⁸⁷ Pour ce faire, il faut prendre conscience du passé et le reconnaître, réparer les torts causés par la colonisation, prendre des mesures concrètes pour changer la société et se réconcilier avec le monde naturel.²⁸⁷ La Commission de vérité et réconciliation du Canada a conclu que l'autodétermination est une condition préalable à la réconciliation.²⁸⁸

Le droit à l'autodétermination

Le droit à l'autodétermination est clairement reconnu dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), laquelle énonce ce qui suit : ⁵⁴¹« Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions ». ⁵⁴¹ Toutefois, ces principes n'ont pas toujours été appliqués au Canada. ³³⁹

Les décisions judiciaires rendues au cours des dernières décennies, y compris le principe de *Jordan* et l'arrêt *Daniels*, visent à combler ces lacunes. ⁵⁴¹ De plus, le projet de loi C-15 (juin 2021) vise à amorcer le processus d'harmonisation du droit canadien avec la DNUDPA. ⁵⁴² Cette loi fournit au gouvernement fédéral et aux peuples autochtones une feuille de route pour travailler ensemble à la mise en œuvre de la Déclaration, y compris l'autodétermination.

L'autodétermination est un déterminant important de la santé et du bien-être des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et elle est essentielle pour combler les écarts en matière de santé entre les populations autochtones et non-Autochtones. ²⁸⁸ Les modèles d'autodétermination en matière de santé peuvent varier d'un bout à l'autre du Canada, en fonction de la diversité des besoins, des expériences et des intérêts exprimés par différentes nations et communautés. ³³⁹

L'autodétermination liée à la santé consiste à veiller à ce que les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis puissent concevoir, offrir et gérer leurs propres programmes et services de santé grâce à l'autonomie gouvernementale des Autochtones et à des ententes de soutien financier. ³³⁹ Elle exige également l'inclusion égale des populations autochtones dans l'élaboration de politiques et la prise de décisions en matière de santé afin de veiller à ce que les politiques des organismes et des gouvernements non-Autochtones ne minent pas l'autodétermination. ³²⁹

Aucun modèle de gouvernance unique ne fonctionnera dans toutes les communautés autochtones, et les gouvernements à tous les ordres ont la responsabilité d'appuyer les processus d'autodétermination. ³³⁹ La Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, dirigée et gérée par les Autochtones, est un exemple de réforme qui accorde la priorité à l'autodétermination (voir encadré : « [Cadre d'intervention contre la COVID-19 des communautés rurales et éloignées du Nord de la Colombie-Britannique et des Premières Nations](#) »). ^{543, 544}

Assurer l'action et la collaboration multisectorielles

La pandémie de la COVID-19 a donné lieu à des appels renouvelés à une action

pangouvernementale et intersectorielle sur les conditions sociales, structurelles et environnementales qui mènent à une mauvaise santé. Cette action nécessite des modèles de gouvernance audacieux et exhaustifs. L'approche la plus connue qui peut répondre à ce besoin est celle de la Santé dans toutes les politiques (voir encadré : « [Adopter une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques au Canada : deux exemples](#) »). En tant que mécanisme de systématisation de la gouvernance intersectorielle, cette approche a pour objet la prise en considération de la santé et du bien-être les décisions stratégiques, et ce, dans tous les secteurs qui influencent les déterminants sociaux de la santé. ^{394, 545} Elle peut également comprendre la mobilisation des intervenants ou de l'industrie.

Cadre d'intervention contre la COVID-19 des communautés rurales et éloignées du Nord de la Colombie-Britannique et des Premières Nations

Le cadre d'intervention contre la COVID-19 des communautés rurales et éloignées du Nord de la Colombie-Britannique et des Premières Nations (juin 2020) répond à une demande du ministre de la Santé de la Colombie-Britannique d'élaborer les processus nécessaires à la planification et à la prestation des services de dépistage, des protocoles cliniques, du transport des patients, et d'autres outils en réponse à la pandémie de la COVID-19.

Le cadre a été élaboré conjointement par des dirigeants et des représentants de la Régie de la santé du Nord, de la Régie de la santé des Premières Nations (province et région du Nord), des communautés des Premières Nations, des communautés locales rurales et éloignées et de la Régie provinciale des services de santé. Le cadre respecte les réalités uniques des communautés nordiques, rurales, éloignées, des Premières Nations et des Métis et de leurs citoyens et fait aussi appel à la flexibilité et au partenariat dans la mise en œuvre du travail.

Cette initiative a commencé sous la forme d'un groupe de dirigeants engagés, de professionnels et de membres des communautés, qui se sont réunis virtuellement et en personne, pour travailler ensemble à la production du cadre qui servira plus tard à éclairer le cadre d'intervention contre la COVID-19 des communautés rurales, éloignées, autochtones et des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Mais, il est également devenu un lieu de transformation. L'approfondissement des liens entre les partenaires grâce à des objectifs communs et au travail collectif pour le Nord a redéfini leurs façons de travailler ensemble. Un tel changement relationnel permet un changement de système et un avenir meilleur pour tous.

Nous remercions les auteurs de leur contribution :

D^{re} Margo Greenwood, responsable universitaire, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, chef universitaire, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; vice-présidente, Santé autochtone, régie de la santé du Nord, et professeure, Études des Premières Nations, Université du Nord de la Colombie-Britannique

D^{re} Shannon McDonald, médecin hygiéniste en chef par intérim, Régie de la santé des Premières Nations, Colombie-Britannique

Nicole Cross, directrice générale, Santé des Autochtones, ministère de la Santé, Colombie-Britannique également comprendre la mobilisation des intervenants ou de l'industrie.

Un exemple international digne de mention est l'approche axée sur la Santé dans toutes les politiques adoptée par le gouvernement de l'Australie-Méridionale en 2007, qui établit des liens intersectoriels dans l'ensemble du gouvernement au profit des secteurs de la santé et des partenariats.⁵⁴⁶ Une évaluation quinquennale de

cette approche a révélé que le fait d'accorder la priorité aux mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé a mené à des mesures et à des processus qui peuvent contribuer à l'amélioration globale de la santé de la population dans l'ensemble des secteurs.³⁹⁴

Adopter une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques au Canada : deux exemples

La Santé dans toutes les politiques est « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé ». ⁵⁴⁷

Terre-Neuve-et-Labrador

Le plan stratégique « The Way Forward » (en anglais seulement) du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador comprend des mesures stratégiques visant à atteindre quatre objectifs, soit un secteur public plus efficace, des assises économiques plus solides, de meilleurs services et de meilleurs résultats en matière de santé. ⁵⁴⁸ La *Protection and Promotion of Public Health Act* (loi sur la protection et la promotion de la santé publique) (2018) a été présentée dans le cadre de ce plan pour aider le gouvernement provincial à réagir plus efficacement aux défis émergents et aux urgences en matière de santé publique.

Cette loi repose sur une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques. Elle permet au gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador de tenir compte des répercussions sur la santé dans ses décisions stratégiques et de prendre des décisions axées sur des améliorations mesurables de l'état de santé. Cela vise à améliorer les déterminants de la santé de la population (c.-à-d. l'emploi, l'éducation, la prévention du crime) et à réduire les coûts des soins de santé à long terme.

Québec

Le Québec a élaboré une série de programmes, de lois, de plans d'action, de politiques et d'autres outils servant de leviers pour une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques. Bien que cette approche ne soit pas explicitement énoncée comme stratégie dans la législation québécoise, la *Loi sur la santé publique* est assortie d'un mandat juridique et de ressources pour appuyer les évaluations des incidences sur la santé (EIS). Elle fait également du ministre de la Santé et des Services sociaux un « conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique » et stipule que chaque ministère doit évaluer l'impact de ses actions sur la santé. Si cet impact est jugé important, le ministère doit consulter les services de santé et les services sociaux. ^{398, 549}

La décision de la région de la Montérégie d'inclure l'obligation d'effectuer une EIS dans le Plan d'action régional en matière de santé publique de 2011 pour appuyer les décideurs municipaux est un exemple de cette approche en action. La responsabilité de mener une EIS a été assumée par un professionnel à temps plein de la Direction de la santé publique qui a collaboré avec de nombreux organismes gouvernementaux.

Dans l'élaboration d'une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques, des mesures de l'équité en santé peuvent être utilisées pour soutenir la gouvernance entre les secteurs, représenter les déterminants prioritaires de la santé et mettre en évidence les lacunes à combler en matière d'équité en santé. Avant la pandémie, des initiatives canadiennes visant à mesurer et à analyser l'équité en santé étaient en cours. L'Initiative pancanadienne sur les iniquités en santé est la première tentative pancanadienne visant à documenter les principales iniquités en santé.⁵⁵⁰ Cet effort de collaboration produit le rapport sur *Les principales inégalités en santé au Canada* et l'Outil de données sur les iniquités en santé comportant 70 indicateurs des résultats en matière de santé et des déterminants sociaux de la santé.^{54, 551}

D'autres administrations dans le monde ont intégré des mesures de l'équité en santé dans leurs structures décisionnelles. Reconnaisant que le Grand Manchester avait des taux de mortalité plus élevés que d'autres régions de l'Angleterre avant la pandémie, la région a placé l'équité en santé au cœur de ses décisions à l'aide des indicateurs de Marmot.⁵⁵² Publiés à l'origine en 2011, les indicateurs de Marmot ont été révisés en 2014 par l'Institute of Health Equity du University College of London, en collaboration

avec Public Health England, afin d'aider les autorités locales à mesurer et à comprendre les iniquités sociales et en matière de santé ainsi que les déterminants sociaux de la santé.⁵⁵³ La région a ensuite utilisé ces indicateurs pour élaborer une feuille de route pour « se reconstruire de façon plus équitable » après la pandémie, afin de réduire les iniquités sur les plans sanitaire, économique, social, environnemental et culturel.⁵⁵⁴ Les indicateurs sont axés sur six thèmes, à savoir la petite enfance, les enfants et les jeunes; le travail et l'emploi; le revenu, la pauvreté et l'endettement; le logement, les transports et l'environnement; les communautés et le lieu; et la santé publique.^{552, 555, 556}



Partie 3

Une vision pour transformer la santé publique au Canada

Il est clair que, maintenant plus que jamais, une transformation du système de santé publique du Canada s'impose pour aider les Canadiens et les Canadiennes à atteindre une santé optimale et à se protéger contre les crises actuelles et futures en matière de santé.

La présente section décrit une vision pour ce système transformé, une vision qui se repose sur des données probantes et des connaissances tirées de documents examinés par des pairs, d'examens fondamentaux et de discussions entre les professionnels de la santé publique, les dirigeants communautaires et d'autres experts qui veillent au bon fonctionnement des systèmes de santé publique du Canada.

Le travail nécessaire à la réalisation de cette vision ne peut être accompli par une seule personne ou un seul organisme; il nécessite plutôt un apprentissage collectif et une culture de l'excellence entre les systèmes.

Concrétiser la raison d'être du système de santé publique

Tel qu'il est décrit dans la section 2, le système de santé publique a pour objectif d'optimiser la santé et le bien-être de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes. Il s'agit également là de la vision qui sous-tend la transformation du système. La [figure 12](#) illustre les éléments vers un système de santé publique qui est équipé et soutenu pour atteindre son objectif et réaliser les objectifs.

Principes directeurs

Les principes directeurs mettent en lumière les valeurs générales qui orientent le travail des systèmes de santé publique. Ils peuvent aider à orienter les efforts collectifs des personnes, des organisations et des institutions qui composent les systèmes de santé publique au Canada au fil de la transformation ([Tableau 5](#)).

FIGURE 12 : Éléments d'un système de santé publique de calibre mondial

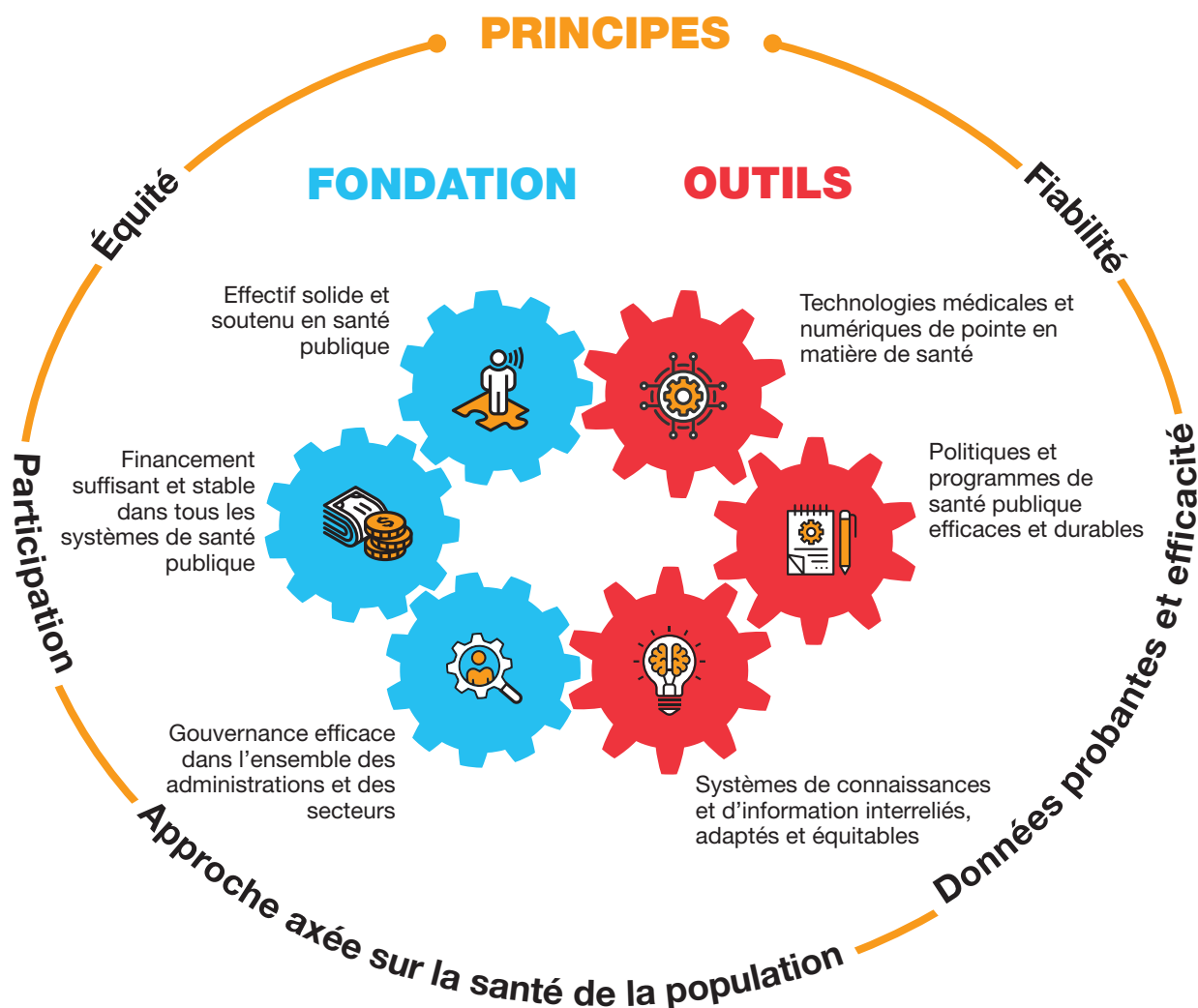


TABLEAU 5 : Principes directeurs pour le système de santé publique du Canada

Principe	Objectif	En pratique
Fiabilité	Gagner la confiance des citoyens par la réflexion continue et la transparence	Un système de santé publique crédible et digne de confiance se traduit par de meilleurs résultats pour la santé. Les mesures qui favorisent la confiance exigent une communication ouverte et claire, des partenariats équitables, la responsabilisation et la transparence. Un système de santé publique digne de confiance permet d'éviter les conséquences imprévues qui pourraient compromettre la confiance. L'importance de la confiance a été soulignée dans les réponses nationales à la COVID-19. ⁵⁵⁷

Principe	Objectif	En pratique
Données probantes et efficacité	Valoriser des systèmes de connaissances et de données probantes inclusifs, diversifiés et de grande qualité afin de prendre les meilleures décisions pour la santé des populations	L'efficacité fait référence aux politiques et aux programmes qui atteignent leur impact potentiel dans des conditions réelles. ⁵⁵⁸ C'est la capacité de la santé publique d'apporter des changements positifs pour améliorer la santé de la population, dans un large éventail de contextes, tout en favorisant des résultats équitables. ⁵⁵⁹ L'efficacité en santé publique comprend l'innovation, le partenariat, la mobilisation et la prise de décisions fondées sur des données probantes, la traduction des données scientifiques en action, la surveillance et l'évaluation, et le soutien de la recherche. ^{559, 560}
Approche axée sur la santé de la population	Stimuler l'action intersectorielle afin d'améliorer la santé de toutes les populations et de réduire les iniquités entre les collectivités	Les interventions se situent au niveau de la population, plutôt qu'au niveau individuel. ⁵⁶¹ L'emphase est mise sur l'amélioration de la santé et la réduction des iniquités en santé entre les populations. Cette approche exige une action intersectorielle et la reconnaissance du fait qu'une bonne santé est un objectif et une responsabilité partagés entre de nombreux secteurs, organisations et acteurs. ²⁵³
Participation	Intégrer harmonieusement la participation communautaire et citoyenne et la co-création dans la pratique et les interventions en matière de santé publique	La participation du public éclaire les mesures de santé publique et mobilise les personnes et les collectivités autour des enjeux qui sont importants pour leurs expériences. Le renforcement de la participation communautaire au sein des systèmes de santé publique à travers les réseaux et les différentes échelles peut être réalisé par une collaboration cohérente, en assurant des responsabilités claires, et en plaçant l'autodétermination de la communauté au centre des processus d'engagement, de coproduction et de gouvernance. ³⁸⁵
Équité	Accorder la priorité à l'inclusion et à la diversité des voix aux tables de décision tout en s'efforçant d'assurer la réconciliation	Les mesures sont conçues et mises en œuvre pour remédier aux iniquités souvent de longue date qui ont un impact sur la santé des populations. Cela nécessite un programme ambitieux qui comprend des investissements sociaux, des actions intersectorielles et intergouvernementales et un leadership accru au sein du secteur de la santé et au-delà. ²⁹⁰ Il faut accorder une attention particulière à la décolonisation de la santé publique.

Les fondements et les outils pour un système de santé publique plus fort

Conjugués avec les principes comme guides, les éléments de base décrits dans la partie 2 offrent un cadre pour articuler les éléments qui constituent la fondation et les outils d'un système plus fort et plus résilient (tableau 6). Bien que bon nombre de ces idées ne soient pas nouvelles,

lorsqu'elles sont avancées ensemble, elles peuvent conduire à un véritable changement de culture, qui met la santé de la population au premier plan et élève le bien-être au rang de priorité fondamentale.

Ces éléments ambitieux mais nécessaires ne sont pas les seuls aspects auxquels il faut prêter attention. Cette liste est destinée à servir de point de départ à des discussions, des réflexions et des actions plus générales.

TABLEAU 6 : Éléments d'un système de santé publique transformé



Élément de base 1 : Politiques et programmes de santé publique efficaces et durables

- ▶ En ce qui concerne les enjeux prioritaires en santé publique, les approches de planification et d'intervention sont exhaustives et comprennent des mesures en amont, intermédiaires et en aval avec des options pour stimuler l'action intersectorielle.
- ▶ Les interventions visant les principaux déterminants de la santé sont appuyées, coordonnées et évaluées dans les secteurs social, économique, environnemental et de la santé.
- ▶ Les interventions novatrices sont encouragées, évaluées et adaptées grâce à la recherche axée sur les interventions en matière de santé des populations, dans le cadre d'une approche de système d'apprentissage continu.
- ▶ La réconciliation, l'autodétermination et le respect de la culture sont des priorités parmi les interventions, les programmes et les politiques avec les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- ▶ Les communautés marginalisées reçoivent de l'aide pour travailler avec des organismes de santé publique, de soins primaires et de services sociaux afin de tirer parti des atouts communautaires et de répondre aux besoins locaux.



OUTILS

Élément de base 2 : Systèmes de connaissances et d'information reliés, adaptés et équitables

- ▶ Les systèmes de données utilisés pour les interventions en santé publique interagissent efficacement avec les systèmes de données d'autres secteurs, de sorte à fournir les bons renseignements au bon moment pour les collectivités, les chefs de file en santé publique et les chercheurs.
- ▶ Les principes de souveraineté et de propriété des données des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont bien intégrés et respectés dans l'ensemble de l'écosystème des données et de l'information.
- ▶ Les données exhaustives sur les besoins et les expériences en matière de santé des populations sous-représentées sont systématiquement recueillies, et des analyses connexes sont disponibles pour la prise de décisions en matière de santé publique et communautaire.
- ▶ D'autres modes de savoir et diverses approches méthodologiques sont intégrés dans les systèmes de données probantes en santé publique.
- ▶ Les initiatives interdisciplinaires de recherche et de pratique qui répondent rapidement aux besoins en données probantes des systèmes de santé publique sont formalisées et soutenues.
- ▶ Les établissements d'enseignement et les organismes de santé publique forment des partenariats et des échanges durables et mutuellement avantageux pour favoriser une base de données probantes de calibre mondial en santé publique.

Élément de base 3 : Technologies médicales et numériques de pointe en matière de santé

- ▶ Les partenariats pour stimuler l'innovation et l'adoption de technologies et d'approches émergentes et de pointe en matière de santé publique sont favorisés.
- ▶ Les systèmes de surveillance basés sur les événements sont intégrés à des systèmes de surveillance plus vastes et comprennent des évaluations prospectives des risques.
- ▶ Les systèmes canadiens de fabrication, d'approvisionnement et de distribution pour les mesures d'urgence (p. ex. vaccins et traitements) sont en place, à jour et prêts à intervenir au besoin.
- ▶ La santé publique collabore régulièrement avec des experts du milieu universitaire et du secteur privé pour renforcer la combinaison de l'analyse humaine et de l'intelligence artificielle pour les technologies d'alerte précoce, de prévision et de surveillance des urgences sanitaires.
- ▶ Le Canada entretient des liens solides avec des partenaires internationaux, ce qui appuie les innovations technologiques visant à protéger la santé à l'échelle nationale et mondiale.
- ▶ Les rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'égard des réserves d'urgence sanitaires du Canada sont clairs et les systèmes connexes sont flexibles et prêts à répondre aux besoins futurs.
- ▶ Les initiatives émergentes en matière de santé numérique et de libre accès sont évaluées et rapidement intégrées à l'infrastructure de santé publique en général.



FONDEMENTS

Élément de base 4 : Effectif solide et soutenu en santé publique

- ▶ Les données sur la composition et la répartition de la main-d'œuvre en santé publique sont recueillies et utilisées pour éclairer les décisions sur le perfectionnement des ressources humaines.
- ▶ Il existe une capacité de pointe au sein des organisations de santé publique, des universités et d'autres secteurs pour appuyer toute intervention d'urgence en santé.
- ▶ La main-d'œuvre en santé publique est diversifiée, inclusive et engagée à l'égard du respect de la culture.
- ▶ Les professionnels de la santé publique possèdent des compétences transversales solidement ancrées dans les sciences de la santé publique et la main-d'œuvre est multidisciplinaire et interdisciplinaire.
- ▶ Les universités et les établissements de santé publique se concertent de sorte à offrir des possibilités d'acquisition de compétences de base et de formation modernisées en santé publique afin de veiller au maintien des compétences spécialisées en santé publique.
- ▶ Les ressources humaines en santé publique autochtone sont solides et ont la capacité d'appuyer les organismes communautaires pour diriger la santé publique et concevoir et mettre en œuvre des solutions.

Élément de base 5 : Financement suffisant et stable dans tous les systèmes de santé publique

- ▶ Le financement de tous les systèmes de santé publique est assuré par un cadre législatif et est suffisant pour permettre à la main-d'œuvre d'exécuter efficacement les fonctions essentielles de santé publique afin d'obtenir des résultats efficaces.
- ▶ L'information sur les investissements en santé publique est facilement accessible et analysée pour éclairer les mécanismes de responsabilisation et la prise de décisions.



FONDEMENTS

Élément de base 6 : Gouvernance efficace dans l'ensemble des administrations et des secteurs

- ▶ Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones travaillent ensemble dans le cadre d'un cadre ou d'une stratégie de santé publique qui confirme les fonctions de base, les objectifs communs et les responsabilités pour un réseau coordonné et cohérent de systèmes de santé publique.
- ▶ La santé publique est appuyée par un cadre juridique qui garantit l'universalité et l'intégralité des services de santé publique pour toutes les Canadiennes et tous les Canadiens.
- ▶ Les structures de gouvernance fédérales, provinciales, territoriales et locales adoptent une approche pangouvernementale de l'élaboration des politiques axée sur la Santé dans toutes les politiques.
- ▶ Le Canada dispose d'un système fondamental de surveillance de la santé publique qui fait le suivi des services de santé publique de base et produit des rapports annuels à l'appui de l'amélioration continue.
- ▶ Tous les systèmes de santé publique au Canada reconnaissent et appuient l'expertise en santé publique autochtone et les droits des Premières Nations, des Inuits et des Métis de déterminer les facteurs nécessaires au bien-être et à la santé des Autochtones.
- ▶ Les principaux indicateurs intersectoriels de l'équité en santé sont établis dans un cadre pour le Canada et utilisés dans l'ensemble des secteurs et dans les documents d'orientation sur la santé publique.
- ▶ Les structures de gouvernance comptent des membres diversifiés, qui prennent explicitement en considération l'inclusion, la lutte contre le racisme, la lutte contre l'oppression, le respect de la culture et l'autodétermination.

La voie à suivre

La COVID-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé publique au Canada et dans le monde entier. Elle a amplifié les faiblesses connues, révélé de nouveaux défis et mis en évidence la nécessité de faire preuve de résilience. Alors que nous continuons d'être exposés à des menaces changeantes et croissantes pour la santé humaine, comme les changements climatiques, la crise de la surdose des opioïdes, la résistance aux antimicrobiens ou le fardeau des maladies non contagieuses, nous devons nous assurer que nos systèmes de santé publique sont mieux équipés pour relever ces défis complexes. Autrement dit, nous n'étions pas adéquatement préparés à faire face à une urgence de l'ampleur de la COVID-19. Nous devons faire mieux à l'avenir.

La pandémie a révélé l'importance du rôle de la santé publique pour la prévention des maladies, la promotion de bonnes habitudes de vie et le travail en amont dans tous les secteurs pour s'agir sur les facteurs d'une moins bonne santé. Elle a démontré comment la santé publique peut assurer la stabilité au sein du système de santé en empêchant les personnes de tomber malades et les hôpitaux d'être débordés. Elle a également démontré que lorsque nous travaillons à améliorer les conditions de vie et le bien-être des personnes en contexte de vulnérabilité, nous sommes collectivement plus en sécurité et en meilleure santé. Lorsque les enfants sont en santé, ils apprennent mieux. Lorsque les employés sont en bonne santé, ils sont plus susceptibles d'obtenir et de conserver un emploi. Les investissements dans la santé publique sont donc des investissements pour une société plus en santé.

De nombreux appels ont été lancés en faveur d'une réforme du système de santé publique, tant dans le passé que dans le cadre de la réponse à la COVID-19, mais il y a des signes pressants qui indiquent qu'il faut agir maintenant. Alors que le Canada se rétablit graduellement de la pandémie, les lourdes exigences imposées au système de soins de santé menacent d'éclipser le besoin tout aussi crucial de renforcer le système de santé publique. Comme la pandémie de la COVID-19 l'a montré, les deux systèmes doivent être suffisamment soutenus pour que le Canada ait un système de santé fiable et adapté pour répondre aux besoins de sa population.

Nous avons maintenant une occasion importante de commencer notre parcours de transformation. Un parcours qui vise à mettre en place un système de santé plus durable et une société plus équitable.

Domaines d'action prioritaires pour le renouvellement du système de santé publique

La pandémie a démontré la nécessité d'un système de santé publique fort et agile, capable d'innover et de s'adapter aux enjeux et aux défis actuels et émergents. À mesure que l'urgence de la pandémie s'atténuera, il y aura des possibilités de transformation dans les systèmes de santé, les systèmes sociaux et les systèmes économiques. Garantir un système de santé publique de calibre

mondial axé sur l'équité, digne de confiance, participatif et efficace est la meilleure manière pour le Canada de contrer les menaces futures à la santé publique.

En se basant sur les éléments énoncés à la section 3, ce plan d'action propose quatre domaines d'action prioritaires, ainsi qu'une série d'« idées réalisables » pour stimuler la transformation du système. La transformation exigera un engagement et des investissements soutenus. Il faudra aussi que la santé publique adopte une culture d'apprentissage continu, qu'elle soit à la fine pointe de l'innovation et qu'elle établisse des liens solides entre les communautés et les secteurs, tant au niveau local qu'avec nos partenaires mondiaux.

En résumé, la transformation nécessitera de :

- ▶ favoriser l'excellence de la main-d'œuvre en santé publique;
- ▶ améliorer nos outils;
- ▶ moderniser nos modèles de gouvernance;
- ▶ assurer un financement stable et constant.

Favoriser l'excellence de la main-d'œuvre en santé publique

La pandémie a imposé des exigences sans précédent aux travailleurs de la santé du Canada, y compris ceux qui travaillent dans le domaine de la santé publique. Bon nombre d'entre eux travaillent jour et nuit depuis près de deux ans. Nos professionnels de la santé publique sont très bien formés pour garder les populations en santé et les protéger contre les blessures et les menaces de maladie, mais les signalements d'épuisement professionnel augmentent et les ressources sont à bout de souffle.

Investir dans la main-d'œuvre en santé publique exige une attention urgente, compte tenu du fardeau continu de la COVID-19 sur les praticiens de la santé publique et du risque présent de crises en santé publique. L'objectif est de recruter et de maintenir en poste un effectif qui possède une expertise approfondie en santé publique et la

capacité de travailler dans de nombreuses disciplines connexes, y compris dans les domaines de la science des données, de la science du comportement, de l'économie, de la sociologie et même de l'ingénierie, afin d'élaborer et de mettre à la portée des solutions novatrices.

Pour commencer, nous devons mettre à jour nos compétences en santé publique pour nous assurer que notre effectif possède la diversité des compétences dont il a besoin pour relever les défis complexes de santé publique actuels. Il est essentiel, mais insuffisant, de veiller à ce que le personnel ait une base solide dans les fonctions essentielles de la santé publique (c.-à-d. la surveillance, l'évaluation de la santé, la promotion et la protection de la santé, la préparation et l'intervention en cas d'urgence, ainsi que la prévention des maladies et des blessures). Les praticiens de la santé publique doivent également avoir la capacité de travailler dans l'ensemble des secteurs et des collectivités, d'interpréter efficacement les données et de communiquer des données scientifiques en évolution rapide à l'ère de l'information.

Il est important de souligner que l'effectif de la santé publique doit donner l'exemple et démontrer le pouvoir de ce qu'un effectif inclusif et diversifié peut faire. Lorsque tous les niveaux de dotation d'une organisation représentent les collectivités qu'ils servent, ils sont mieux en mesure de répondre à leurs besoins et de réduire la stigmatisation dans les politiques et les services. Cela est particulièrement important dans le domaine de la santé publique, qui vise à réduire les iniquités qui mènent à une moins bonne santé.

Idées réalisables pour favoriser l'excellence de la main-d'œuvre en santé publique

- ▶ Moderniser les compétences en santé publique pour qu'elles correspondent aux exigences actuelles de la pratique en santé publique. Cela comprend la capacité de concevoir conjointement des initiatives dans les collectivités, les disciplines et les secteurs; d'assurer la

communication des risques pour lutter contre la mésinformation et la désinformation; de traduire la science en options stratégiques; et d'intégrer la sécurité culturelle et l'humilité culturelle dans les politiques et les pratiques de santé publique.

- ▶ Renforcer la capacité de pointe pour accroître la réactivité et la souplesse du système. Cela comprend les ententes permanentes avec les universités et les organisations non gouvernementales, le maintien de listes d'experts en santé publique et les réseaux communautaires qui peuvent mobiliser les capacités locales.
- ▶ Soutenir la formation et l'apprentissage dynamiques en cours d'emploi pour les étudiants et les professionnels en santé publique. Cela comprend des nominations et des échanges conjoints entre les établissements d'enseignement et de santé publique, l'examen des programmes d'études universitaires et l'expansion de programmes de formation efficaces, comme le programme canadien d'épidémiologie de terrain et le programme des agents de santé publique, et le soutien à l'élaboration d'un programme de formation autochtone en épidémiologie de terrain.

Enfin, la planification de la main-d'œuvre doit être axée sur l'avenir. Cela comprend le développement des générations actuelles et futures de professionnels de la santé publique, grâce à des partenariats avec des établissements d'enseignement et des organisations non gouvernementales, comme la Croix-Rouge canadienne, afin de mobiliser rapidement des ressources supplémentaires en cas d'urgence. La transition et la planification de la continuité sont également importantes.

Le succès de la santé publique repose sur l'établissement de liens solides à l'intérieur et à l'extérieur du secteur. Le taux élevé de roulement et d'attrition des employés entraîne non seulement une perte de connaissances et d'expérience, mais signifie également que les organisations doivent recommencer à établir ces liens. En accordant la priorité à l'apprentissage et au perfectionnement, en favorisant l'excellence au sein du personnel et en améliorant la planification des ressources humaines, les établissements de santé publique peuvent attirer de nouveaux talents pour mieux répondre aux demandes futures.

Améliorer nos outils

Plus de données et de meilleures données

De bonnes données et de bons renseignements sont essentiels pour comprendre les tendances des maladies, des blessures et des préjudices, et la meilleure façon de cibler les interventions en santé publique. Au cours d'une pandémie, il est essentiel d'avoir la bonne information au bon moment pour comprendre comment les maladies se propagent, pour identifier les personnes vulnérables et pour prévoir les scénarios futurs afin d'orienter les mesures de santé publique. Il ne fait aucun doute que notre réponse à la pandémie était limitée, en partie, en raison de lacunes importantes dans nos systèmes de données et de surveillance de la santé publique. Cela comprend un manque de données sur la race et l'origine ethnique, un manque de données comparables entre les provinces et les territoires et des lacunes d'information au niveau local. Ces lacunes de notre système ne sont pas nouvelles. Au cours des 40 dernières années, les examens de la santé publique ont fait ressortir la nécessité de renforcer nos systèmes de surveillance. De nos jours, il est inacceptable que la santé publique ne dispose pas de l'information dont elle a besoin à tous les niveaux pour surveiller les problèmes de santé publique et cibler efficacement les efforts d'intervention.

Un écosystème de données pancanadien interopérable, équitable et éthique

Au Canada, nous travaillons encore avec de multiples systèmes de données indépendants qui ne sont pas interreliés. Par conséquent, les données sont fragmentées entre les juridictions, les organisations gouvernementales et les collectivités. Il est impératif que nous travaillions ensemble pour améliorer le partage et la comparabilité des données, afin de fournir aux décideurs les renseignements dont ils ont besoin pour éclairer les politiques et les programmes, et d'assurer une plus grande transparence pour les Canadiens et Canadiennes sur la santé de leurs collectivités. Une étape clé consistera à établir un système interopérable qui facilite le couplage et la mise en commun de données provenant de diverses sources, y compris des données épidémiologiques, cliniques et administratives. Cela pourrait fonctionner comme un réseau coopératif, avec des normes claires pour s'assurer que les données sont traitées de façon sécuritaire et culturellement sécuritaire. Au cœur de ce système, nous devons établir des priorités et intégrer l'équité, y compris un engagement à recueillir des données désagrégées, à favoriser la collaboration communautaire et à assurer l'accès aux données d'une manière respectueuse de la confidentialité. Un tel système doit respecter les droits des Premières Nations, des Inuits et des Métis, pour que les collectivités puissent posséder, partager et contrôler leurs propres données.

De meilleurs renseignements

Afin de transformer les données en renseignements exploitables, la santé publique a besoin de bons outils d'analyse. Cela comprend la modélisation prédictive de pointe pour prévoir les tendances des maladies et de tirer profit de la technologie, comme l'intelligence artificielle, pour détecter les signaux d'alerte précoce d'une nouvelle menace pour la santé publique.

Pour être efficace, l'alerte rapide, la prévision et la surveillance des urgences sanitaires exigent une

collaboration plus étroite avec les experts universitaires et du secteur privé, ainsi qu'avec nos partenaires internationaux, afin de renforcer et de combiner l'analyse humaine et l'apprentissage informatique au sujet des menaces émergentes. Comme nous l'avons appris lors de la pandémie, nos systèmes d'alerte rapide doivent être bien intégrés aux structures décisionnelles du gouvernement et comprendre des processus d'évaluation des risques renforcés qui sont coordonnés entre les juridictions.

Accélérer l'application des connaissances

Nous devons poursuivre notre travail pour trouver des moyens novateurs de combler l'écart entre la production de connaissances, les politiques et la pratique. La pandémie a mis en évidence la nécessité de produire et de synthétiser rapidement les nouvelles recherches sur la COVID-19 afin d'éclairer les mesures de santé publique. Des initiatives novatrices, comme les réseaux COVID-END et CanCOVID, créés pour examiner et synthétiser les recherches en cours, ainsi que le réseau de modélisation de la COVID-19 et le réseau canadien de génomique COVID-19, peuvent servir de modèles pour l'avenir en reliant les dirigeants de la santé publique, les scientifiques universitaires et les gouvernements de tout le pays. Les Centres de collaboration nationale en santé publique servent de centre de connaissances pour les politiques et les pratiques à l'échelle du Canada. À l'avenir, nous devons trouver des moyens plus efficaces de mobiliser le travail des centres d'application des connaissances, tant au sein de la communauté de la santé publique qu'avec les partenaires et les intervenants d'autres secteurs qui ont une influence sur la santé de la population. Lorsque les données probantes évoluent rapidement, les travailleurs de la santé et les fournisseurs de services ont besoin de conseils clairs, opportuns et culturellement sûrs sur la meilleure façon de prévenir la propagation de l'infection et de traiter les patients infectés le plus efficacement possible. Bien qu'il existe des comités d'experts indépendants bien

établis, comme le Comité consultatif national de l'immunisation, qui ont fourni des conseils aux responsables de la santé publique avant et pendant la pandémie de COVID-19, il n'y a pas de mécanisme pour mettre à jour régulièrement les lignes directrices sur la gestion clinique à l'échelle nationale. À l'avenir, nous devons veiller à ce que les bons organismes consultatifs soient en place, y compris les capacités pour élaborer rapidement une gamme de directives techniques pour la prévention, le contrôle et le traitement des maladies infectieuses émergentes.

Un programme de recherche en santé publique plus solide

La santé publique est un domaine scientifique qui est fier de travailler à partir des meilleures données probantes disponibles, mais il nous reste encore beaucoup à apprendre sur les politiques et les pratiques en matière de santé publique au Canada et dans le monde entier. Par exemple, il faut effectuer plus de recherches sur la gouvernance de la santé publique, les modèles d'organisation et les normes afin de tirer parti de notre compréhension des modèles qui fonctionnent le mieux pour améliorer la santé et réduire les iniquités.

Nous avons également besoin de plus de recherches interdisciplinaires pour mesurer l'impact des mesures en amont sur les résultats en matière de santé. On dit souvent que le Canada est un pays de projets pilotes, et que différentes interventions sont mises à l'essai dans différentes régions du pays pour agir sur les problèmes de santé publique ou les facteurs sociaux qui ont un impact sur la santé, comme la précarité d'emploi, les méfaits liés à la consommation d'opioïdes. En collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada et d'autres partenaires, nous avons besoin d'un programme de recherche pour évaluer de façon plus systématique l'efficacité et la durabilité des interventions locales afin de déterminer, mettre à place et diffuser les pratiques exemplaires en partenariat avec les collectivités.

Une base de connaissances plus inclusive

Enfin, nous devons revoir notre base de connaissances en santé publique et en élargir la portée. Par exemple, les concepts traditionnels autochtones de santé et de bien-être sont de nature holistique et relationnelle, établissant un lien entre la santé individuelle, la santé collectivité et la richesse de la culture. Historiquement, le savoir autochtone, comme les histoires orales, les récits et la participation de la collectivité, est souvent ignoré ou sous-évalué. Les collaborations qui comprennent et valorisent le savoir des Premières Nations, des Inuits et des Métis peuvent enrichir la science et la pratique de la santé publique au Canada et mener à des services novateurs qui répondent mieux aux besoins des collectivités.

Améliorer notre réserve de solutions biomédicales

La COVID-19 a souligné la nécessité de travailler avec des partenaires nationaux et mondiaux pour entreprendre des recherches, accroître la production et éliminer les obstacles à un accès équitable aux vaccins, aux diagnostics et aux produits thérapeutiques de pointe. La pandémie a marqué le début d'une nouvelle ère d'innovation en santé et de partenariats entre les établissements de santé publique, le milieu universitaire et l'industrie. À l'avenir, cette collaboration devrait être soutenue et améliorée. Pour veiller à ce que le Canada soit en mesure d'agir efficacement aux menaces émergentes pour la santé, les acteurs dans le domaine de la recherche, du développement et de la production doivent collaborer afin de définir les besoins en technologies de la santé et de trouver des solutions qui protègent la santé du public. Grâce à la coopération et à la collaboration internationales dans ce domaine, nous contribuons non seulement à la sécurité sanitaire à l'échelle mondiale, mais aussi à assurer la protection des Canadiens.

La Stratégie du gouvernement du Canada sur la biofabrication et les sciences de la vie est un pas important dans cette direction. Les gouvernements doivent continuer de travailler en étroite

collaboration avec les scientifiques et l'industrie pour développer le bassin de talents du Canada, la capacité de fabrication et de distribution afin de produire des tests d'urgence, de l'équipement, des vaccins et des traitements qui peuvent être déployés rapidement. Dans le cadre de ce travail, les établissements de santé publique doivent être systématiquement mobilisés pour définir les priorités en matière de santé publique et les traduire en lignes directrices pour les politiques économiques et industrielles et, en fin de compte, en produits et technologies qui sauvent des vies.

Idées réalisables pour améliorer les outils de santé publique

- ▶ Accélérer la mise en œuvre de la Stratégie pancanadienne en matière de données sur la santé en établissant des jalons clairs. Cela comprend la priorisation des systèmes pour une utilisation interopérable, comme un réseau national de registres de vaccins qui comprend des données sociodémographiques ainsi que des liens entre les données épidémiologiques, biomédicales, cliniques et administratives sur la santé.
- ▶ Revigorer les systèmes nationaux et intergouvernementaux de détection des menaces et de prévision, y compris l'évaluation des risques, la modélisation, la planification de scénarios et la connaissance de la situation.
- ▶ Prioriser la mise en œuvre des principes de propriété et de contrôle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans l'ensemble des systèmes de données.
- ▶ Améliorer la recherche d'intervention rapide et continue en santé de la population pour les initiatives de prévention

et de bien-être, et renforcer les modèles interdisciplinaires de synthèse des connaissances, comme les Centres de collaboration nationale en santé publique.

- ▶ Tirer parti de la Stratégie du Canada sur la biofabrication et les sciences de la vie pour mobiliser systématiquement les secteurs de la santé publique et de la recherche et du développement afin de déterminer les technologies de santé stratégiques et essentielles et les contre-mesures pour éclairer la politique industrielle et la prise de décisions.

Moderniser nos modèles de gouvernance

Renforcement du mandat et de la responsabilisation en matière de santé publique au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

La santé publique est une responsabilité partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) et les autorités locales de santé publique. Bien que la COVID-19 ait démontré les forces de notre intervention collective, elle a également mis en évidence les lacunes de nos plans de préparation à la pandémie et la nécessité de revoir nos modèles de gouvernance afin d'être mieux préparés pour l'avenir. Cela commence par renforcer le mandat de la santé publique au sein des systèmes de santé FPT et rendre les gouvernements plus responsables des objectifs et des résultats en matière de santé publique.

Comme première étape essentielle de ce processus de transformation, nous devons clarifier le rôle de la santé publique dans l'ensemble des administrations et veiller à ce que les fonctions essentielles soient conformes aux

définitions mondiales en évolution pour répondre aux défis transfrontaliers complexes d'aujourd'hui, de la résistance aux antimicrobiens jusqu'aux changements climatiques. Les gouvernements doivent ensuite travailler ensemble pour déterminer des objectifs et des résultats communs en matière de santé publique liés aux engagements de financement, qui peuvent être mesurés et rapportés aux Canadiens dans un bulletin annuel. Pour ce faire, il faudra élaborer des indicateurs de rendement comparables pour mesurer l'efficacité et les résultats des politiques de santé publique. Ce niveau de responsabilisation aidera à cerner les secteurs à améliorer et à faire en sorte que la santé publique soit mieux équipée pour réduire les iniquités en santé et mieux préparée pour la prochaine urgence.

Enfin, il est important que les mécanismes de gouvernance de la santé publique comprennent une expertise et des perspectives en santé publique autochtone pour permettre l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cela signifie qu'il faut veiller à ce que les collectivités et les partenaires autochtones reçoivent un soutien adéquat pour élaborer et mettre en œuvre leurs propres plans et priorités en matière de santé publique, y compris des solutions locales holistiques et communautaires en partenariat avec les autorités de la santé publique.

Une voix plus forte pour la santé publique aux tables de décision

Les leaders en santé publique ont fourni de précieux conseils scientifiques aux décideurs tout au long de la pandémie de COVID-19. Il sera important que les dirigeants en santé publique continuent d'avoir un accès régulier aux décideurs à l'avenir, afin de s'assurer que le Canada est prêt à faire face à la prochaine crise de santé publique, que le système de santé est axé sur l'amélioration du mieux-être, et afin de poursuivre le travail essentiel visant à réduire les iniquités de santé. Dans le domaine de la santé FPT, il s'agit notamment de veiller à ce que la santé publique continue d'occuper une place plus importante dans le programme de santé FPT et

d'appuyer continuellement la participation des médecins hygiénistes en chef aux discussions sur la gouvernance. Il faut également encourager la participation à d'autres tables de gouvernance que la santé.

Renforcer les liens intersectoriels

La pandémie a mis en évidence l'interaction complexe des déterminants sociaux de la santé, des facteurs comme l'éducation, la stabilité économique, la sécurité d'emploi et le logement stable dans l'élaboration des résultats en matière de santé et dans l'apparition d'iniquités. Le lien vital entre la santé et les conditions sociales, environnementales et économiques est devenu évident tant pour les décideurs que pour le public.

Il est maintenant bien connu qu'une bonne partie de ce qui nous rend en santé ne relève pas du système de santé. Les personnes vulnérables à la COVID-19 sont également les plus touchées par les iniquités structurelles et les maladies chroniques. Bien que les solutions biomédicales, comme les vaccins, aient été des outils importants pour lutter contre la COVID-19, les solutions sociales, y compris le soutien du revenu, les congés de maladie payés et d'autres mesures de soutien au logement et à l'emploi, ont également été essentielles.

De nouvelles façons de travailler sont nécessaires pour améliorer les conditions sociales qui déterminent les résultats en matière de santé. La pandémie a révélé l'importance de rassembler tous les secteurs de la société dans la lutte contre la COVID-19, y compris les entreprises, la société civile et d'autres ministères.

Nous devons maintenant utiliser la même énergie de collaboration pour créer des alliances stratégiques en amont afin de réduire les iniquités en santé, où l'action collective est fondée sur des indicateurs clairs et mesurables. « L'impact collectif » est une approche encourageante dans le domaine de l'innovation sociale. Cela fournit un cadre pour répondre aux priorités en matière de santé et de services sociaux en élaborant des

objectifs communs et en coordonnant des mesures qui se renforcent mutuellement entre les secteurs, le tout motivé par une responsabilité partagée.

Exploiter le pouvoir des collectivités

Le patient de la santé publique est la population. Pour protéger efficacement la santé des populations, il faut une bonne collaboration et une prise de décisions entre les secteurs et les juridictions, y compris avec les collectivités de tout le pays. Qu'il s'agisse d'organiser des campagnes de vaccination ou de livrer de la nourriture aux personnes dans le besoin, les dirigeants communautaires ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de solutions adaptées qui tiennent compte de l'expérience vécue, des défis uniques et des besoins particuliers de leurs membres.

Le leadership des collectivités autochtones dans l'élaboration d'un bien-être holistique et d'une planification adaptée en cas de pandémie offre un aperçu de ce qui peut être fait lorsque les dirigeants et les organisations de santé publique des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont soutenus pour assurer leur propre gouvernance de la santé autochtone. De même, le leadership des Canadiens d'origine afro-caribéenne dans l'amélioration de la mise à jour du vaccin a démontré que la détermination communautaire a un rôle important à jouer dans l'atteinte de résultats positifs en matière de santé.

Les initiatives axées sur la collectivité exigent de nouveaux modèles novateurs de gouvernance et de collaboration partagées qui permettent l'expertise locale. Plus nous travaillerons à rapprocher les réalités locales des données mondiales et à exploiter notre expertise collective, mieux nous serons outillés pour nous organiser rapidement et intervenir efficacement en cas d'urgence.

Idées réalisables pour la modernisation de la gouvernance

- ▶ Moderniser les fonctions essentielles en santé publique (ou les rôles en santé publique à l'échelle du pays) afin de réagir aux changements dans le paysage actuel de la santé publique et de les harmoniser avec les réflexions mondiales.
- ▶ Élaborer un mandat pancanadien sur la santé publique avec des priorités, des objectifs, des fonctions essentielles et des rôles clairs pour orienter la prise de décisions et les investissements FPT. Cela comprendrait des rapports annuels sur les progrès réalisés vers l'atteinte d'objectifs communs. Veiller également à ce que la planification et les priorités en matière de santé publique des Premières Nations, des Inuits et des Métis soient appuyées afin de répondre aux besoins d'une manière proactive et souple qui appuie l'autodétermination et les solutions locales holistiques.
- ▶ Élaborer une stratégie de recherche sur les systèmes de santé publique pour éclairer les indicateurs de rendement normalisés et les rapports annuels sur les politiques et les services de santé publique au Canada.
- ▶ Remanier les plans de lutte contre la pandémie pour y inclure les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'économie, et assurer la préparation à la pandémie grâce à un financement durable, à des tests et à des rapports publics annuels sur l'état de préparation.
- ▶ Créer un système de surveillance et de déclaration de l'équité en santé avec les dirigeants intersectoriels afin d'améliorer et de suivre les facteurs sociaux qui peuvent protéger les populations contre de futures pandémies et d'autres problèmes de santé.

- ▶ Intégrer la collectivité et l'équité dans les processus de prise de décisions en santé publique en intégrant des responsabilités en matière d'engagement communautaire, de conception conjointe et de mise en œuvre au niveau communautaire.

Assurer un financement stable et constant

Pour assurer l'avenir de notre système de santé publique, il faut investir adéquatement dans notre personnel, nos outils et nos structures de gouvernance. Il faut aussi un financement plus constant et plus stable pour faire face aux crises complexes d'aujourd'hui et mieux se préparer pour l'avenir. Les ressources en santé publique sont souvent réduites après les urgences en santé publique à mesure que les gouvernements s'attaquent à d'autres priorités. C'est ce qu'on appelle l'alternance des cycles de financement en santé publique. Cela désavantage le système de santé publique au début de chaque crise parce qu'il n'a pas la capacité ou les réseaux nécessaires pour intervenir rapidement.

Investir dans la santé publique est un investissement intelligent qui a des répercussions directes et indirectes sur le bien-être social et économique. La santé publique, c'est l'éclosion qui n'a pas eu lieu, le traumatisme qui n'a pas eu lieu et la surdose qui a été évitée. La santé publique protège la durabilité de notre système de santé en réduisant la demande de traitements médicaux coûteux et en aidant les gens à rester en bonne santé. Comme la pandémie l'a clairement démontré, lorsque nous n'accordons pas la priorité à la santé publique, les gens tombent malades, le système de santé peut être débordé et l'économie en souffre.

Bien qu'il soit difficile de le mesurer avec précision, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estime qu'en 2019, un peu moins de 6 % de toutes les dépenses de santé ont été affectées à la santé publique au Canada. Nous devons

nous demander si cet investissement est suffisant compte tenu du rôle essentiel que joue la santé publique dans le maintien de la santé et de la sécurité des Canadiens.

Les dépenses en santé publique doivent être plus transparentes dans les budgets du gouvernement et liées à des objectifs de rendement et à des résultats clairs afin de les rendre plus visibles et responsables envers le public. Des modèles de financement souples sont également nécessaires pour appuyer l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et pour veiller à ce que les collectivités autochtones soient soutenues dans l'élaboration d'approches et d'interventions adaptées à leurs besoins.

Idées de financement réalisables

- ▶ Augmenter le financement pour atteindre des niveaux budgétaires permanents qui correspondent au mandat de santé publique.
- ▶ Collaborer avec les gouvernements FPT pour veiller à ce que les budgets établissent clairement les priorités et le financement des politiques et des services de santé publique, à mesure que les investissements en santé publique réduisent les coûts des soins de santé et les possibilités économiques perdues.
- ▶ Soutenir la santé et le bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis grâce à un financement ciblé pour les programmes de santé publique dirigés par les Autochtones.
- ▶ Utiliser les fonds fédéraux pour réaliser des priorités et des objectifs communs en matière de santé publique et élaborer des indicateurs pour rendre compte des résultats au niveau FPT.

Appels à l'action

Nous sommes à un moment décisif. La santé publique au Canada a relevé le défi de la pandémie de la COVID-19, mais ses ressources sont limitées.

En nous basant sur notre expérience de la pandémie, nous pouvons décider du type de système de santé publique que nous voulons avoir à l'avenir. Un système de santé publique de calibre mondial, résilient et protégeant chacun d'entre nous, sera notre meilleure police d'assurance contre les futures crises de santé publique. Cela nous permettra également d'être bien équipés pour affronter les menaces de plus en plus complexes qui se présentent à l'horizon.

À l'heure actuelle, plusieurs pays commencent à entreprendre des réflexions critiques similaires. Les leçons apprises et les pratiques exemplaires émergentes peuvent être partagées au-delà des frontières et éclairer notre marche à suivre pour transformer notre système de santé publique et atteindre une santé optimale pour toute la population du Canada.

La pandémie a sensibilisé beaucoup de personnes au fait que notre système de santé ne se limite pas à la gestion des maladies au moyen de médicaments et d'interventions à l'hôpital, notre système doit prévenir ces maladies dès que possible.

En travaillant ensemble, en apprenant les uns des autres et en collaborant avec d'autres acteurs à travers le monde entier, nous pourrions bâtir un système de santé publique de calibre mondial et une société plus saine et plus forte.

Annexe A : Méthodologie

Processus

Le rapport annuel de 2021 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (ACSP) a été rédigé à la suite d'une revue des meilleures données probantes disponibles, y compris des données probantes provenant de la recherche, de l'expertise universitaire, de l'expertise pratique et appliquée en santé publique, de l'expertise communautaire et des modes de savoir traditionnels. Au lieu de procéder à des revues rapides fondées sur une recherche ponctuelle, les nouvelles connaissances ont été relevées et synthétisées tout au long du processus de rédaction afin de tenir compte de l'évolution constante des données probantes et de l'expérience cumulative. Compte tenu des priorités en matière de contenu, une partie de l'information présentée dans le rapport a été synthétisée à partir de revues de données probantes indépendantes commandées et de thèmes pertinents qui ont émergé des consultations d'experts. En ce qui concerne la recherche, des sources autres que les revues systématiques ont été nécessaires, y compris des études primaires sous forme de publications à comité de lecture, de prépublications, de littérature grise et de consultations d'experts. Dans la mesure du possible, les études et les données représentatives canadiennes ont été priorisées, et les données épidémiologiques ont été tirées de sources gouvernementales fédérales, provinciales, territoriales ou municipales.

Puisque le rapport a été préparé au cours de la pandémie de COVID-19 actuelle, les renseignements sur la COVID-19 qu'il comporte reflètent le caractère évolutif de la science et notre compréhension du virus et de ses répercussions.

Les données probantes ont été recueillies par les moyens suivants :

- ▶ Revues de recherches
 - Recherches documentaires fréquentes et continues, effectuées par sous-sujet à l'aide de bases de données en ligne comme Medline et Scopus, ainsi qu'un repérage des études nouvelles et existantes tenues par divers éditeurs universitaires, comme BMJ, The Lancet et Elsevier
 - Initiatives de revue rapide à l'échelle du Canada, comme le réseau de données sur la COVID-19 pour soutenir la prise de décisions (COVID-END), CanCOVID et la plateforme de données du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils
- ▶ Mises à jour sur la surveillance, rapports sur la santé publique et autre littérature grise
 - Revue des publications municipales, provinciales, territoriales et nationales en santé publique, en particulier les rapports épidémiologiques et les rapports d'enquêtes publiques
 - Revues de la littérature grise et de politiques de sources fiables, comme les publications d'organismes de santé publique (p. ex., Organisation mondiale de la Santé) et les publications gouvernementales (p. ex., Santé publique Ontario)

- Renseignements épidémiologiques, selon l'ordre de priorité suivant : renseignements des rapports sur les cas de COVID-19 communiqués à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par les gouvernements provinciaux et territoriaux et les réseaux nationaux de recherche, données publiques provenant des sites Web provinciaux et territoriaux, points de presse par les autorités sanitaires et reportages dans les médias
 - Information publiée ou transmise par d'autres ministères fédéraux, comme Statistique Canada et Services aux Autochtones Canada
- Revues de données probantes commandées
- [Rapports commandés](#) auprès d'experts indépendants en santé publique :
 - » *Une vision éclairée par des données probantes pour un système de données en santé publique au Canada*, rédigé par le Dr David Buckeridge
 - » *Gouverner pour la santé du public: options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada*, rédigé par Erica Di Ruggiero, Ph. D.
 - » *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*, rédigé par Margo Greenwood, Ph. D. (rédactrice), le Dr Evan Adams (rédacteur), la Dr^e Marcia Anderson, Donna Atkinson, la Dr^e Danièle Behn Smith, la Dr^e Sarah Funnell, Theresa Koonoo (avec les contributions de Rebecca Lonsdale, Sarah MacRury, Igah Sangoya, Meeka Kiguktak, Janice Panimera et Jeanie Aulajiaq),
 - » la Dr^e Shannon McDonald, Clara Morin Dal Col, le Dr Christopher Mushquash, la Dr^e Janet Smylie, la Dr^e Shannon Waters, le Dr Eduardo Vides et les organisations autochtones nationales suivantes : Assemblée des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami et Ralliement national des Métis
 - » *Renforcer les liens communautaires : l'avenir de la santé publique se joue à l'échelle des quartiers*, rédigé par Kate Mulligan, Ph. D.
- Groupes de discussion et entrevues avec des informateurs clés
- Collaboration avec des intervenants experts internes et externes, des responsables de programmes et de la surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
 - Processus de consultation ciblé, mobilisation de divers groupes comprenant des intervenants d'organismes de santé publique, du milieu universitaire, d'organismes communautaires et du gouvernement. Le résumé des principaux thèmes de ces discussions a été publié dans un rapport « Ce que nous avons entendu » intitulé [Renouvellement et renforcement du système de santé publique au Canada](#). Ce processus de consultation des intervenants comprenait :
 - » Une rencontre virtuelle « Échange des Meilleurs Cerveaux », organisée conjointement par l'ASPC et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
 - » Cinq groupes de discussion, chacun axé sur un groupe différent de participants :

- » Chercheurs et leaders d'opinion touchés par la pensée systémique et l'innovation sociale
 - » Bénéficiaires de subventions des IRSC du secteur de la recherche sur le système de santé publique et l'innovation en matière d'infrastructure
 - » Membres du Forum des professionnels de la santé de l'ACSP
 - » Membres du Comité consultatif spécial sur la COVID-19
 - » Médecins hygiénistes locaux
- Six rencontres avec des experts et des dirigeants en santé publique
- ▶ Éclairé par le processus de consultation national, le « [Discussion communautaire sur l'avenir des systèmes de santé publique canadiens](#) », dirigé par l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC.

Limites

Portée et recherche documentaire

Le rapport annuel de l'ACSP de 2021 explore les vastes répercussions de la COVID-19 et une vision pour l'avenir du système de santé publique au Canada. Étant donné que ce rapport a pour but de fournir une vue d'ensemble des sujets et des concepts présentés, le niveau de détail fourni dans chaque partie est nécessairement limité. Compte tenu des données probantes disponibles au moment de la rédaction du présent rapport et des courts délais de production, le présent document ne constitue pas un examen exhaustif des données probantes ni des consultations approfondies auprès des intervenants de tous les systèmes de santé publique au Canada. Seuls les documents publiés en anglais et en français ont fait l'objet d'une revue. Une évaluation détaillée de la qualité de l'étude et du risque de biais n'a pas été effectuée dans le cadre de cette revue, ce qui peut avoir des conséquences importantes compte tenu du statut préliminaire de certaines ressources et constatations.

Langage

Dans la mesure du possible, nous avons tenté d'utiliser un langage normalisé, inclusif et adapté sur le plan culturel pour décrire les réalités des différentes communautés et leurs expériences en matière de santé selon les données probantes sous-jacentes. Cependant, nous nous sommes fiés à la terminologie incluse dans les documents sources (p. ex., minorités visibles) lorsque nous n'avons pas été en mesure de trouver une terminologie plus appropriée.

Remerciements

De nombreuses personnes et organisations ont fourni des idées et des conseils précieux pour l'élaboration du présent rapport.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les conseillers experts qui ont fourni une orientation et des conseils stratégiques pour la rédaction de ce rapport et qui ont lu de nombreuses ébauches :

- ▶ D^r M. Mustafa Hirji, médecin hygiéniste intérimaire, région de Niagara, Ontario
- ▶ D^r David Mowat, consultant en santé publique; ex-médecin hygiéniste, Santé publique de Peel
- ▶ D^r Cory Neudorf, professeur, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, et médecin hygiéniste en chef intérimaire, Régie de la santé de la Saskatchewan
- ▶ Professeur Duncan Selbie, président de l'Association internationale des instituts nationaux de santé publique et ex-directeur général de Public Health England
- ▶ D^{re} Gaynor Watson-Creed, doyenne adjointe, Serving and Engaging Society, et professeure adjointe, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université Dalhousie

De plus, j'aimerais remercier mes collègues qui ont dirigé l'élaboration de rapports indépendants qui éclairent mon rapport annuel et qui ont fourni une expertise supplémentaire en la matière :

- ▶ D^r Evan Adams, Deputy Chief Medical Officer of Public Health, Indigenous Services Canada
- ▶ D^r David Buckeridge, Professor, Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University
- ▶ D^{re} Erica Di Ruggiero, Associate Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto
- ▶ D^{re} Margo Greenwood, Academic Leader, National Collaborating Centre for Indigenous Health
- ▶ D^{re} Kate Mulligan, Assistant Professor (status), Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

J'aimerais également remercier sincèrement les nombreux membres du personnel de l'Agence de la santé publique du Canada qui ont fourni des idées et des conseils importants tout au long de l'élaboration du rapport.

Je tiens à souligner le travail de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada, qui ont contribué aux données et à l'information citées dans ce rapport. De plus, j'aimerais remercier

nos partenaires d'Emploi et développement social Canada, de Statistique Canada et de Services aux Autochtones Canada de nous avoir transmis de l'information ou d'avoir examiné de façon critique le contenu du rapport. Un grand merci également à nos collègues des Instituts de recherche en santé du Canada d'avoir organisé conjointement l'Échange des Meilleurs Cerveaux, d'avoir participé aux consultations et d'avoir fourni de précieux conseils et données probantes.

Je remercie sincèrement les quelque 150 dirigeants de l'ensemble du Canada, notamment des médecins hygiénistes, des praticiens et des dirigeants de la santé publique, des chercheurs, des décideurs et d'autres fournisseurs de services, qui ont participé aux rencontres et aux groupes de discussion, y compris les membres du Forum des professionnels de l'administratrice en chef de la santé publique et du Comité consultatif spécial du Réseau pancanadien de santé publique sur la COVID-19 et les médecins hygiénistes locaux. Vos idées et vos commentaires ont aidé à éclairer mon rapport sur les facteurs nécessaires pour transformer la santé publique et améliorer la santé des gens au Canada.

Enfin, je remercie les équipes du Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique de s'être réunies pour appuyer l'élaboration de mon rapport. Des remerciements particuliers à l'équipe des rapports pour son engagement et son dévouement à l'égard de ce rapport, de sa conception à sa publication :

Tammy Bell, Fabienne Boursiquot, Marie Chia, Ph. D., Charlene Cook, Ph. D., Sarah Drohan, Ph. D., Elyse Fortier, Rhonda Fraser, Kimberly Gray, Ph. D., David Grote, Ph. D., Bonnie Hostrawser, Jessica Lepage, Danielle Noble, Kelly Kavanagh Salmond, Kelsey Seal et Inès Zombré.

Références

1. Public Health Agency of Canada. COVID-19 Epidemiology Internal Data. Public Health Agency of Canada; 2021.
2. Statistique Canada. Nombre Provisoire de Décès et Surmortalité, Janvier 2020 à Mars 2021. Le Quotidien; 2021.
3. Statistique Canada. Les Changements Survenus Dans Les Causes de Décès de 1950 à 2012. Gouvernement du Canada; 2016.
4. Bourbeau, R, Ouellette, N. Trends, Patterns, and Differentials in Canadian Mortality over Nearly a Century, 1921-2011. Canadian Studies in Population. 2016; 43(1-2):48–77.
5. Tam, T. Du Risque à la Résilience : Une Approche Axée sur L'équité Concernant la COVID-19. Ottawa, ON: Agence de santé publique du Canada; 2020.
6. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration de L'administratrice En Chef de la Santé Publique du Canada, le 27 Août 2021. Gouvernement du Canada; 2021.
7. Association canadienne de santé publique. Examen de la Riposte Initiale du Canada à la Pandémie de COVID-19. Association canadienne de santé publique; 2021.
8. Public Health Agency of Canada. Weekly COVID Surveillance Indicator Report - Week Ending May 7, 2021. Public Health Agency of Canada; 2021.
9. Moriarty, T, Boczula, AE, Thind, EK, Loreto, N, McElhaney, JE. Surmortalité Toutes Causes Confondues Pendant L'épidémie de COVID-19 au Canada. Société royale du Canada; 2021.
10. Cameron-Blake, E, Breton, C, Sim, P, Tatlow, H, Hale, T, Wood, A, *et al.* Variation in the Canadian Provincial and Territorial Responses to COVID-19. Blavatnik School of Government Working Paper. 2021.
11. Agence de la santé publique du Canada. Le Point sur la COVID-19 au Canada : Épidémiologie et Modélisation – Le 22 Septembre 2020. Gouvernement du Canada; 2020.
12. Agence de la santé publique du Canada. Le Point sur la COVID-19 au Canada : Épidémiologie et Modélisation – Le 30 Octobre 2020. Gouvernement du Canada; 2020.
13. Agence de la santé publique du Canada. Le Point sur la COVID-19 au Canada : Épidémiologie et Modélisation – Le 23 Avril 2021. Gouvernement du Canada; 2021.

14. Agence de la santé publique du Canada. Plan D'intervention Fédéral-Provincial-Territorial En Matière de Santé Publique pour la Gestion Continue de la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
15. Gouvernement du Canada. Mesures Individuelles et Communautaires pour Atténuer la Propagation de la Maladie à COVID-19 au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
16. Gouvernement du Canada. COVID-19: Principaux Modes de Transmission. Gouvernement du Canada; 2021.
17. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration de L'administratrice En Chef de la Santé Publique du Canada, le 10 Février 2021. Gouvernement du Canada; 2021.
18. Gouvernement du Canada. Masques Non Médicaux : À Propos. Gouvernement du Canada; 2021.
19. Agence de la santé publique du Canada. COVID-19 : Guide de Ventilation des Espaces Intérieurs Pendant la Pandémie. Gouvernement du Canada; 2021.
20. Parkin, A. Tous Ensemble? Opinion des Canadiens sur le Port Dur Masque, Les Vaccins et le Confinement Durant la Pandémie de COVID-19. La confédération de demain. 2021.
21. Desveaux, L, Mosher, R, Buchan, JL, Burns, R, Corace, KM, Evans, GA, *et al.* Behavioural Science Principles for Enhancing Adherence to Public Health Measures. Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table. 2021.
22. Impact Canada. Surveillance Instantanée COVID-19 (SICO Canada). Gouvernement du Canada; 2021.
23. Dionne, M, Dubé, E, Pelletier, C. COVID-19 - Pandémie et Impacts sur la Vie Personnelle. Institut national de santé publique du Québec:2021.
24. Impact Canada. Surveillance Instantanée COVID-19 (SICO Canada) Vague 12. Gouvernement du Canada; 2021.
25. Impact Canada. Surveillance Instantanée COVID-19 (SICO Canada) Vague 11. Gouvernement du Canada; 2021.
26. Brankston, G, Merkley, E, Fisman, DN, Tuite, AR, Poljak, Z, Loewen, PJ, *et al.* Socio-Demographic Disparities in Knowledge, Practices, and Ability to Comply with COVID-19 Public Health Measures in Canada. Canadian Journal of Public Health. 2021; 112(3):363-75.
27. Gouvernement du Canada. Variants du Sras-Cov-2 : Définitions, Classification et Santé Publique Nationales. Gouvernement du Canada; 2021.
28. Public Health Agency of Canada. Weekly COVID Surveillance Indicator Report - Week Ending July 30, 2021. Public Health Agency of Canada; 2021.
29. Tuite, AR, Fisman, DN, Odutayo, A, Bobos, P, Allen, V, Bogoch, II, *et al.* COVID-19 Hospitalizations, ICU Admissions and Deaths Associated with the New Variants of Concern. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. 2021.
30. Agence de la santé publique du Canada. Le Point sur la COVID-19 au Canada : Épidémiologie et Modélisation – 30 Juillet 2021. Gouvernement du Canada; 2021.

31. Public Health Agency of Canada. COVID-19 Border Response Provides Case Study for Assessing Canada's Future Approach to Border and Travel Health. Public Health Agency of Canada; 2021.
32. Transports Canada. Le Gouvernement du Canada Adopte des Restrictions Supplémentaires S'appliquant Aux Voyages Internationaux. Gouvernement du Canada; 2021.
33. Agence de la santé publique du Canada. Le Gouvernement du Canada Investit 53 Millions de Dollars Dans la Lutte Contre Les Variants Préoccupants du Virus de la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
34. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration de L'administratrice En Chef de la Santé Publique du Canada, le 7 Juin 2021. Gouvernement du Canada; 2021.
35. Agence de la santé publique du Canada. L'ACSP Émet Une Série de Déclarations sur la COVID-19 : Vaccins à ARNm. Gouvernement du Canada; 2021.
36. Santé Canada. Santé Canada Autorise le Premier Vaccin Contre la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2020.
37. Gouvernement du Canada. Autorisations de Médicament et de Vaccine Contre la COVID-19 : Liste des Drogues et Vaccins Autorisés et des Drogues à Indication Supplémentaire. Gouvernement du Canada; 2021.
38. Gouvernement du Canada. Vaccins et Traitements pour la COVID-19 : Progrès. Gouvernement du Canada; 2021.
39. Agence de la santé publique du Canada. Édition du Dimanche de la Déclaration de L'ACSP : La Sécurité des Vaccins au Canada – Ce Que Vous Devez Savoir. Gouvernement du Canada; 2021.
40. Gouvernement du Canada. Vaccination Contre la COVID-19 au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
41. Canadian Public Health Association. The Value of Immunization in the Future of Canada's Health System. Commission on the Future of Health Care in Canada; 2001.
42. Agence de la santé publique du Canada. Le Point sur la COVID-19 au Canada : Épidémiologie et Modélisation – 28 Mai 2021. Gouvernement du Canada; 2021.
43. Agence de la santé publique du Canada. Plan de Vaccination du Canada Contre la COVID-19 : Sauver des Vies et Protéger Les Moyens de Subsistance. Gouvernement du Canada; 2020.
44. Agence de la santé publique du Canada. Édition du Dimanche de L'ACSP : Les Deux Nouveaux Vaccins Contre la COVID-19 du Canada : Ce Que Vous Devez Savoir. Gouvernement du Canada; 2021.
45. Comité consultative national de l'immunisation. Orientations sur L'administration Prioritaire des Premières Doses du Vaccin Contre la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2020.
46. Comité consultative national de l'immunisation. Réponse Rapide du CCNI : Allongement des Intervalles Entre Les Doses des Vaccins Contre la COVID-19 pour Optimiser Les Campagne de Vaccination Précoces et la Protection des Population au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.

47. Immunisation Canada. Programme Pancanadien de Soutien Aux Victimes D'une Vaccination. Immunisation Canada; 2021.
48. Agence de la santé publique du Canada. Programme de Soutien Aux Victimes D'une Vaccination (PSV). Agence de la santé publique du Canada; 2021.
49. Murray, T. Canada's Long Road to a Vaccine Injury Compensation Program. Canadian Medical Association Journal. 2021; 193(8):E294-E5.
50. Public Health Agency of Canada. Weekly COVID Surveillance Indicator Report - Week Ending June 15, 2021. Public Health Agency of Canada; 2021.
51. Agence de la santé publique du Canada. Le Point sur la COVID-19 au Canada : Épidémiologie et Modélisation – 3 Septembre 2021. Gouvernement du Canada; 2021.
52. Public Health Agency of Canada. Weekly COVID Surveillance Indicator Report - Week Ending July 23, 2021. Public Health Agency of Canada; 2021.
53. Agence de la santé publique du Canada. Le Gouvernement du Canada Annonce Un Assouplissement des Mesures Frontalières pour Les Voyageurs Entièrement Vaccinés. Gouvernement du Canada; 2021.
54. Agence de la santé publique du Canada. Mise à Jour Quotidienne sur L'épidémiologie de la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2020.
55. Province of Nova Scotia. Border and Other Restrictions to Reduce Spread of COVID-19. Province of Nova Scotia; 2021.
56. Province of Nova Scotia. New Brunswick Border Restrictions Reinstated. Province of Nova Scotia; 2021.
57. Public Health Agency of Canada. Weekly COVID Surveillance Indicator Report - Week Ending May 14, 2021. Public Health Agency of Canada; 2021.
58. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Le Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Dévoile Les Premiers Détails sur Sa Future Campagne de Vaccination Contre la COVID-19. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; 2020.
59. Government of Yukon. Statement from Minister of Health and Social Services Pauline Frost on the Arrival of Moderna's COVID-19 Vaccine in Yukon. Government of Yukon; 2020.
60. Gouvernement du Nunavut. Vaccination Contre la COVID-19. Gouvernement du Nunavut; 2021.
61. Levin, AT, Hanage, WP, Owusu-Boaitey, N, Cochran, KB, Walsh, SP, Meyerowitz-Katz, G. Assessing the Age Specificity of Infection Fatality Rates for COVID-19: Systematic Review, Meta-Analysis, and Public Policy Implications. European Journal of Epidemiology. 2020; 35(12):1123-38.
62. Booth, A, Reed, AB, Ponzo, S, Yassaee, A, Aral, M, Plans, D, *et al.* Population Risk Factors for Severe Disease and Mortality in COVID-19: A Global Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE. 2021; 16(3):e0247461.
63. Statistique Canada. Nombre Provisoire de Décès et Surmortalité, Janvier 2020 à Février 2021. Le Quotidien; 2021.

64. Public Health Agency of Canada. Canadian Surveillance of Covid-19 in Pregnancy: Epidemiology, Maternal and Infant Outcomes - Report #4. Public Health Agency of Canada; 2021.
65. Statistique Canada. Répercussions de la COVID-19 sur Les Travailleurs de la Santé : Prévention et Contrôle des Infections, Fichier de Microdonnées à Grande Diffusion. Statistique Canada; 2021.
66. Peckham, H, de Grujter, NM, Raine, C, Radziszewska, A, Ciurtin, C, Wedderburn, LR, *et al.* Male Sex Identified by Global COVID-19 Meta-Analysis as a Risk Factor for Death and ITU Admission. *Nature Communications*. 2020; 11(1):6317.
67. Okpechi, SC, Fong, JT, Gill, SS, Harman, JC, Nguyen, TH, Chukwurah, QC, *et al.* Global Sex Disparity of COVID-19: A Descriptive Review of Sex Hormones and Consideration for the Potential Therapeutic Use of Hormone Replacement Therapy in Older Adults. *Aging and Disease*. 2021; 12(2):671-83.
68. Shastri, MD, Shukla, SD, Chong, WC, Kc, R, Dua, K, Patel, RP, *et al.* Smoking and COVID-19: What We Know So Far. *Respiratory Medicine*. 2021; 176.
69. Agence de la santé publique du Canada. Inégalités Sociales des Décès Liés à la COVID-19 au Canada, Par Caractéristiques Individuelles et Locales, de Janvier à Juillet/Août 2020. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2021.
70. Institut canadien d'information sur la santé. Nombre de Cas et de Décès Liés à la COVID-19 Chez Les Travailleurs de la Santé au Canada. Institut canadien d'information sur la santé; 2021.
71. Office of the Correctional Investigator. Third COVID-19 Status Update. Office of the Correctional Investigator; 2021.
72. Services correctionnel du Canada. Vaccination Dans Les Établissements Correctionnels Fédéraux. Gouvernement du Canada; 2021.
73. Henry, B. COVID-19 Press Conference on February 5, 2021. Press Conference; 2021.
74. The Conversation Piece. E27: Dr Deena Hinshaw on the Network of Humanity in the Face of a Virus: The Walrus; 2020.
75. Henry, B. COVID-19 Press Conference on April 8, 2021. Press Conference; 2021.
76. Canadian Red Cross. How Red Cross Is Responding to COVID-19 in Nunavut. Canadian Red Cross; 2021.
77. City of Toronto. Two COVID-19 Cases in Toronto Appear Linked to the B.1.1.7 Variant. City of Toronto; 2021.
78. Alberta Health Services. Meat Processing Plant COVID-19 Outbreaks. Alberta Health Services; 2021.
79. Ministère de la Santé d'Ontario. Document D'orientation sur la Priorisation des Groupes à Vacciner au Cours de la Phase 2 du Programme de Vaccination Contre la COVID-19. Gouvernement d'Ontario; 2021.
80. Hinshaw, D. COVID-19 Press Conference on March 15, 2021. Press Conference; 2021.

81. Ontario Health Coalition. Tracking of COVID-19 Outbreaks in Non-Health Care Settings – Data Updated to October 13. Ontario Health Coalition; 2020.
82. City of Toronto. Toronto Public Health Releases COVID-19 Workplace Outbreak Data. City of Toronto; 2021.
83. Santé publique Ottawa. Éclosions Aux Lieux de Travail. Santé publique Ottawa; 2021.
84. Agence de la santé publique du Canada. Outil de Données sur Les Décès Attribuables à la COVID-19. Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé; 2021.
85. Subedi, R, Greenberg, L, Trucotte, M. Taux de Mortalité Attribuable à la COVID-19 Dans Les Quartiers Ethnoculturels du Canada. Statistiques Canada; 2020.
86. Statistiques Canada. Répercussions sur Les Immigrants et Les Personnes Désignées Comme Minorités Visibles. Gouvernement du Canada; 2020.
87. Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19. Les Quartiers Défavorisés et Les Communautés Racisées Toujours à la Traîne Dans la Couverture Vaccinale : Les Plus Récents Résultats de la Société Canadienne du Sang. Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19; 2021.
88. City of Toronto. COVID-19: Ethno-Racial Identity and Income. City of Toronto; 2021.
89. Comité consultative national de l'immunisation. Orientations sur L'établissement de L'ordre de Priorité des Principales Populations à Immuniser Contre la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
90. Gouvernement d'Ontario. L'ontario Étend la Prise de Rendez-Vous pour la Vaccination Contre la COVID-19 à Un Plus Grand Nombre de Personnes. Gouvernement d'Ontario; 2021.
91. Iveniuk, J, Leon, S. An Uneven Recovery: Measuring COVID-19 Vaccine Equity in Ontario. Wellesley Institute; 2021.
92. Angus, M. "Champions for Immunization against COVID-19" African Nova Scotian Communities and Partners Work Together to Create Positive Vaccine Experience. Nova Scotia Health; 2021.
93. Plante, V. City of Montreal COVID-19 Press Conference on January 13. Press Conference; 2021.
94. CBC News. Vancouver Health Authority Rolls out COVID-19 Vaccine on Downtown Eastside. CBC News. 2021.
95. Indigenous Services Canada. COVID-19 Epidemiology Internal Data. Indigenous Services Canada; 2021.
96. First Nations Health Authority. Community Situation Report August 14, 2021. First Nations Health Authority; 2021.
97. Statistiques Canada. Série Perspective Géographique, Recensement de 2016 – Nunavut. Ottawa, ON: Statistiques Canada; 2017.
98. Gouvernement du Nunavut. Déplacements et Séjours D'isolement. Gouvernement du Nunavut; 2021.

99. Gouvernement du Nunavut. Assouplissement des Restrictions Sanitaires à Iqaluit et Début de L'analyse des Eaux Usées. Gouvernement du Nunavut; 2021.
100. Gouvernement du Nunavut. Signaux Positifs de COVID-19 Détectés Dans Les Eaux D'égout de Rankin Inlet. Gouvernement du Nunavut; 2021.
101. Assembly of Manitoba Chiefs, Southern Chiefs' Organization Inc., Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc., Keewatinohk Inniniw Minoayawin Inc., First Nations Health, Social Secretariat of Manitoba. Protect Yourself. Protect Our People. 2021; Available from: <https://protectourpeoplemb.ca/>.
102. Services aux Autochtones Canada. Les Peoples Autochtones et Les Vaccins Contre la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
103. Anishnabek News. Connecting Indigenous Communities with Culturally-Relevant COVID-19 Vaccine Information. Anishnabek News. 2021.
104. Northern Policy Institute. Taking to the Skies: Vaccination Delivery in the Far North. Northern Policy Institute; 2021; Available from: <https://www.northernpolicy.ca/article/taking-to-the-skies-vaccination-delivery-in-the-far-north--41534.asp>.
105. National Collaborating Centre for Methods and Tools. Rapid Review: What Is Known About Reasons for Vaccine Confidence and Uptake in Populations Experiencing Inequities? National Collaborating Centre for Methods and Tools; 2021.
106. MacDonald, N, Comeau, J, Dubé, È, Graham, J, Greenwood, M, Harmon, S, *et al.* Promouvoir L'acceptation des Vaccins Contre la COVID-19 au Canada. Société royale du Canada; 2021.
107. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration de L'administratrice En Chef de la Santé Publique du Canada, le 22 Mai 2021. Gouvernement du Canada; 2021.
108. Services aux Autochtones Canada. Le Gouvernement du Canada Fait le Point sur la COVID-19 Chez Les Autochtones et Dans Leurs Communautés, Semaine du 9 Août. Gouvernement du Canada; 2021.
109. Public Health Agency of Canada. Weekly COVID Surveillance Indicator Report - Week Ending August 13, 2021. Public Health Agency of Canada; 2021.
110. Gouvernement du Québec. Passeport Vaccinal COVID-19. Gouvernement du Québec; 2021.
111. Alberta Health Services. Alberta Health Services Implementing Immunization Policy for Physicians, Staff and Contracted Providers. Alberta Health Services; 2021.
112. Statistique Canada. Volonté de Se Faire Vaccine Contre la COVID-19 Parmi Les Groupes de Population au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
113. Statistique Canada. La Plupart des Canadiens Sont Prêts à Se Faire Vacciner et Un Plus Grand Nombre D'entre Eux Sont Restés à la Maison au Début de 2021. Le Quotidien; 2021.
114. Statistique Canada. Enquête sur la Couverture Vaccinale Contre la COVID-19. Le Quotidien; 2021.

115. Office of the Chief Public Health Officer, Privy Council Office/Impact & Innovation Unit. Augmenting Vaccination Data among Priority Populations. Government of Canada; 2021.
116. Dionne, M, Dubé, E, Hamel, D, Rochette, L, Tessier, M. Pandémie et Vaccination Contre la COVID-19 - 24 Août 2021. Institut national de santé publique du Québec; 2021.
117. Agence de la santé publique du Canada. Défi de L'innovation Communautaire des Vaccins : Objectifs et Principes. Gouvernement du Canada; 2021.
118. Public Health Agency of Canada. COVID-19 Internal Transition Briefing. Public Health Agency of Canada; 2021.
119. Ritchie, H, Mathieu, E, Rodés-Guirao, L, Appel, C, Giattino, C, Ortiz-Ospina, E, *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data; 2020.
120. Callaway, E. COVID Vaccine Boosters: The Most Important Questions. *Nature*. 2021; 596:178-80.
121. Mathieu, E, Ritchie, H, Ortiz-Ospina, E, Roser, M, Hasell, J, Appel, C, *et al.* A Global Database of COVID-19 Vaccinations. *Nature Human Behaviour*. 2021.
122. Affaires mondiales Canada. Le Canada Annonce Une Nouvelle Contribution Aux Efforts de Vaccination à L'échelle Mondiale. Gouvernement du Canada; 2021.
123. Statistique Canada. Réductions de L'espérance de Vie Associées Directement à la COVID-19, 2020. *Le Quotidien*; 2021.
124. Statistique Canada. Tableau 12-10-0114001 Espérance de Vie et Autres Éléments de la Table de Mortalité, Canada, Toutes Les Provinces Excepté L'île-du-Prince-Édouard. Gouvernement du Canada; 2021.
125. Statistique Canada. Tables de Mortalité, 2016-2018. *Le Quotidien*; 2020.
126. Dion, P. Réductions de L'espérance de Vie Associées Directement à la COVID-19 En 2020. Gouvernement du Canada; 2021.
127. Statistique Canada. Nombre Provisoire de Décès et Surmortalité, Janvier 2020 à Mai 2021. *Le Quotidien*; 2021.
128. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits Associés Aux Opioides et Aux Stimulants au Canada. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2021.
129. Institut canadien d'information sur la santé. L'incidence de la COVID-19 sur Les Systèmes de Santé du Canada. Institut canadien d'information sur la santé; 2021.
130. Institut canadien d'information sur la santé. Incidence de la COVID-19 sur Les Services D'urgence. Institut canadien d'information sur la santé; 2020.
131. Agence de la santé publique du Canada. Enquête Concernant L'incidence de la COVID-19 sur la Capacité à Fournir des Services de Prévention, de Dépistage Ou de Traitement des Itss, Y Compris des Services de Réduction des Méfaits au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
132. Devakos, T, Gordon, M, Gurnham, M, Kim, J, Stephenson, M. Ministère de la Santé : Examen du Plan de Dépenses. Toronto, ON: Bureau de la responsabilité financière; 2021.

133. Yong, JH, Mainprize, JG, Yaffe, MJ, Ruan, Y, Poirier, AE, Coldman, A, *et al.* The Impact of Episodic Screening Interruption: COVID-19 and Population-Based Cancer Screening in Canada. *Journal of Medical Screening*. 2020; 28(2):100-7.
134. Pelland-Marcotte, MC, Xie, L, Barber, R, Elkhailifa, S, Frechette, M, Kaur, J, *et al.* Incidence of Childhood Cancer in Canada during the COVID-19 Pandemic. *Canadian Medical Association Journal*. 2021.
135. Domingo, FR, Waddell, LA, Cheung, AM, Cooper, CL, Belcourt, VJ, Zuckermann, AME, *et al.* Prevalence of Long-Term Effects in Individuals Diagnosed with COVID-19: A Living Systematic Review. *medRxiv*. 2021.
136. Survivor Corps. Post COVID Care Centers. Survivor Corps; 2021; Available from: <https://www.survivorcorps.com/pccc-canada>.
137. Gouvernement du Canada. Syndrome Post-COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
138. CANCOV. The Canadian COVID-19 Prospective Cohort Study (CANCOV). CANCOV; 2020; Available from: <https://cancov.net/>.
139. Institut canadien d'information sur la santé. La Main-D'œuvre de la Santé au Canada : Points Saillants de L'incidence de la COVID-19. Institut canadien d'information sur la santé; 2021.
140. Bhatia, RS, Chu, C, Pang, A, Tadrous, M, Stamenova, V, Cram, P. Virtual Care Use before and during the COVID-19 Pandemic: A Repeated Cross-Sectional Study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*. 2021; 9(1):E107-E14.
141. Audy, E, Gamache, L, Gauthier, A, Lemétayer, F, Lessard, S, Melançon, A. Inégalités D'accès et D'usage des Technologies Numériques : Un Déterminant Préoccupant pour la Santé de la Population? Institut national de santé publique du Québec; 2021.
142. Équipe spéciale sur l'accès équitable aux soins virtuels. Recommandations Fondées sur des Principes En Matière D'équité. Ottawa, ON: Santé Canada; 2021.
143. Agence de la santé publique du Canada. Surveillance de L'influenza : Du 21 Juillet au 24 Août 2019 (Semaine de Déclaration 30-34). Gouvernement du Canada; 2019.
144. Agence de la santé publique du Canada. Surveillance de L'influenza : Du 24 Juillet au 28 Août 2021 (Semaine de Déclaration 30-34). Gouvernement du Canada; 2021.
145. Alberta Health. Alberta Sexually Transmitted Infections and HIV. Edmonton, AB: Government of Alberta; 2020.
146. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Monthly Infectious Diseases Surveillance Report: Diseases of Public Health Significance Cases for January to December 2020. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2021.
147. Tam, T. Lutte Contre la Stigmatisation : Vers Un Système de Santé Plus Inclusif. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2019.
148. Shurgold, J, Avery, B, Rank, C, Volling, C, Bélique, L, Gravel-Tropper, D, *et al.* Système Canadien de Surveillance de la Résistance Aux Antimicrobiens. Agence de la santé publique du Canada; 2021.

149. Statistique Canada. Tableau 13-10-0809-01 Santé des Canadiens et COVID-19, Selon L'âge et le Genre de la Personne. Gouvernement du Canada; 2021.
150. Statistique Canada. La COVID-19 au Canada: le Point sur Les Répercussions Sociales et Économiques Après Un An. Gouvernement du Canada; 2021.
151. Agence de la santé publique du Canada. Symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique Durant la Pandémie de COVID-19. Agence de la santé publique du Canada; 2021.
152. Agence de la santé publique du Canada. Symptômes D'anxiété et de Dépression Durant la Pandémie de COVID-19. Agence de la santé publique du Canada; 2021.
153. Cost, KT, Crosbie, J, Anagnostou, E, Birken, CS, Charach, A, Monga, S, *et al.* Mostly Worse, Occasionally Better: Impact of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Canadian Children and Adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2021:1-14.
154. Yousif, N. 4 Million Cries for Help: Calls to Kids Help Phone Soar Amid Pandemic. *Toronto Star.* 2020.
155. Cabinet du Premier ministre. Le Premier Ministre Annonce du Soutien pour Les Canadiens Vulnérables Qui Sont Touchés Par la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2020.
156. Gadermann, AC, Thomson, KC, Richardson, CG, Gagné, M, McAuliffe, C, Hirani, S, *et al.* Examining the Impacts of the COVID-19 Pandemic on Family Mental Health in Canada: Findings from a National Cross-Sectional Study. *British Medical Journal Open.* 2021; 11(1).
157. Sun, Y, Wu, Y, Bonardi, O, Krishnan, A, He, C, Boruff, JT, *et al.* Comparison of Mental Health Symptoms Prior to and during COVID-19: Evidence from a Living Systematic Review and Meta-Analysis. *medRxiv.* 2021.
158. Liu, L, Capaldi, CA, Dopko, RL. Recherche Quantitative Originale – Idées Suicidaires au Canada Pendant la Pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021.
159. Mise à Jour Annuelle des Suicides au Québec. Association québécoise de prévention du suicide; 2021; disponible : <https://www.aqps.info/semaine/communiqué-presse-mise-jour-annuelle-des-675.html>.
160. Pirkis, J, John, A, Shin, S, DelPozo-Banos, M, Arya, V, Analuisa-Aguilar, P, *et al.* Suicide Trends in the Early Months of the COVID-19 Pandemic: An Interrupted Time-Series Analysis of Preliminary Data from 21 Countries. *The Lancet Psychiatry.* 2021; 8(7):579-88.
161. Botchway, S, Fazel, S. Remaining Vigilant About COVID-19 and Suicide. *The Lancet Psychiatry.* 2021; 8(7):552-3.
162. Belzak, L, Halverson, J. The Opioid Crisis in Canada: A National Perspective. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada.* 2018; 38(6):224-33.
163. Morin, KA, Eibl, JK, Franklyn, AM, Marsh, DC. The Opioid Crisis: Past, Present and Future Policy Climate in Ontario, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 2017; 12(1).
164. British Columbia Coroners Service. Illicit Drug Toxicity Deaths in Bc January 1, 2011 – June 30, 2021. Government of British Columbia; 2021.

165. Gouvernement du Canada. Modélisation des Décès Par Surdose D'opioïdes Pendant L'éclosion de COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
166. Adelson, N. The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2005; 96(2):S45-S61.
167. Government of Alberta. Alberta Opioid Response Surveillance Report: First Nations People in Alberta. Government of Alberta; 2021.
168. First Nations Health Authority. First Nations Toxic Drug Deaths Doubled During the Pandemic in 2020. First Nations Health Authority; 2021.
169. Institut canadien d'information sur la santé. Conséquences Inattendues de la Pandémie de COVID-19 : Méfaits Causés Par L'utilisation de Substances. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2021.
170. Santé Canada. Exemption de Catégorie de Personnes En Vertu du Paragraphe 56(1) Visant Les Patients, Les Pharmaciens et Les Praticiens pour la Prescription et la Fourniture de Substances Désignées au Canada. Gouvernement du Canada; 2020.
171. Henry, B. Order of the Provincial Health Officer: Registered Nurse and Registered Psychiatric Nurse Public Health Pharmacotherapy. Government of British Columbia; 2021.
172. Santé Canada. Le Gouvernement du Canada Appuie L'expansion D'un Projet Novateur D'approvisionnement Plus Sécuritaire pour Qu'il Soit Offert Dans Quatre Villes au Pays. Gouvernement du Canada; 2021.
173. Varin, M, Hill MacEachern, K, Hussain, N, Baker, MM. Aperçu – Mesurer Les Changements Autodéclarés Relatifs à la Consommation D'alcool et de Cannabis au Cours de la Deuxième Vague de la Pandémie de COVID-19 au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021.
174. Statistique Canada. Consommation D'alcool et de Cannabis Pendant la Pandémie: Série D'enquêtes sur Les Perspectives Canadiennes 6. Le Quotidien; 2021.
175. Statistique Canada. Enquête sur la Population Active, Décembre 2020. Le Quotidien; 2021.
176. Statistique Canada. Enquête sur la Population Active, Avril 2021. Le Quotidien; 2021.
177. Statistique Canada. Enquête sur la Population Active, Juillet 2021. Le Quotidien; 2021.
178. Statistique Canada. Enquête sur la Population Active, Juin 2021. Le Quotidien; 2021.
179. Statistique Canada. Enquête sur la Population Active, Février 2021. Le Quotidien; 2021.
180. Statistique Canada. Tableau 14-10-0342-01 Durée du Chômage, Données Mensuelles Désaisonnalisées. Gouvernement du Canada; 2021.
181. Muntaner, C, Solar, O, Vanroelen, C, Martínez, JM, Vergara, M, Santana, V, *et al.* Unemployment, Informal Work, Precarious Employment, Child Labor, Slavery, and Health Inequalities: Pathways and Mechanisms. *International Journal of Health Services*. 2010; 40(2):281-95.

182. Benach, J, Vives, A, Amable, M, Vanroelen, C, Tarafa, G, Muntaner, C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 2014; 35(1):229-53.
183. Tran, M, Sokas, RK. The Gig Economy and Contingent Work: An Occupational Health Assessment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2017; 59(4):e63-e6.
184. Statistique Canada. Le Bien-Être Économique des Ménages Durant la Pandémie de COVID-19, Estimations Expérimentales, Premier Trimestre au Troisième Trimestre de 2020. *Le Quotidien*; 2021.
185. Segal, H, Forget, E, Banting, K. Un Revenu de Base Fédéral Dans le Plan D'action pour la Relance Économique de L'après-COVID-19. *Société royale du Canada*; 2020.
186. Men, F, Tarasuk, V. Food Insecurity Amid the COVID-19 Pandemic: Food Charity, Government Assistance, and Employment. *Canadian Public Policy*. 2021.
187. Polsky, JY, Gilmour, H. Food Insecurity and Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Health Reports*. 2020.
188. Statistique Canada. L'insécurité Alimentaire Pendant la Pandémie COVID-19, Mai 2020. *Gouvernement du Canada*; 2020.
189. Gionet, L, Roshanafshar, S. Certains Indicateurs de la Santé des Membres des Premières Nations Vivant Hors Réserve, des Métis et des Inuits. *Statistique Canada*; 2015.
190. Statistique Canada. Série D'enquêtes sur Les Perspectives Canadiennes 1 : Répercussions de la COVID-19. *Le Quotidien*; 2020.
191. Shields, M, Tonmyr, L, Gonzalez, A, Weeks, M, Park, S, Robert, A, *et al.* Symptômes du Trouble Dépressif Majeur Pendant la Pandémie de COVID-19: Résultats Obtenus à Partir D'un Échantillon Représentatif de la Population Canadienne. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021.
192. Prokopenko, E, Kevins, C. Vulnérabilités Liées à la COVID-19 Chez Les Canadiens et Les Canadiennes LGBTQ2+. *Statistique Canada*; 2020.
193. Thompson, N. Reports of Domestic, Intimate Partner Violence Continue to Rise during Pandemic. *CBC News*. 2021.
194. Statistique Canada. Expérience de la Discrimination Pendant la Pandémie de COVID-19. *Le Quotidien*; 2020.
195. Manojlovic, D. Year-End 2020 Year-to-Date Key Performance Indicators Report. *Vancouver Police Board*; 2021.
196. Ville d'Ottawa. Ottawa Assiste à Une Hausse D'actes de Racisme Envers Les Asiatiques. *Ottawa, ON: Ville d'Ottawa*; 2021.
197. Statistique Canada. Fermetures D'écoles et COVID-19 : Outil Interactif. *Gouvernement du Canada*; 2021.

198. Gallagher-Mackay, K, Srivastava, P, Underwood, K, Dhuey, E, McCready, L, Born, KB, *et al.* COVID-19 and Education Disruption in Ontario: Emerging Evidence on Impacts. Ontario COVID-19 Science Advisory Table; 2021. Available from: <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.34.1.0>.
199. Melançon, A. COVID-19 : Impacts de la Pandémie sur le Développement des Enfants de 2 à 12 Ans. Institut national de santé publique du Québec; 2021.
200. Representative for Children and Youth. Left Out: Children and Youth with Special Needs in the Pandemic. Representative for Children and Youth; 2020.
201. Zwaigenbaum, L, Brian, JA, Ip, A. Le Dépistage Précoce du Trouble du Spectre de L'autisme Chez Les Jeunes Enfants. Paediatrics & Child Health. 2019; 24(7):424-32.
202. Shaw, M, Hodgkins, P, Caci, H, Young, S, Kahle, J, Woods, AG, *et al.* A Systematic Review and Analysis of Long-Term Outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects of Treatment and Non-Treatment. BioMed Central Medicine. 2012; 10.
203. Chudley, AE, Conry, J, Cook, JL, Looock, C, Rosales, T, LeBlanc, N, *et al.* Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Canadian Guidelines for Diagnosis. Canadian Medical Association Journal. 2005; 172(5 Suppl):S1-S21.
204. Charnock, S, Heisz, A, Kaddatz, J, Spinks, N, Mann, R. Le Bien-Être des Canadiens au Cours de la Première Année de la Pandémie de COVID-19. Statistique Canada; 2021.
205. Ministère des Finances Canada. Budget 2021 : Une Relance Axée sur Les Emplois, la Croissance et la Résilience. Gouvernement du Canada; 2021.
206. Bureau du vérificateur général du Canada. Rapport 8 — Préparation En Cas de Pandémie, Surveillance et Mesures de Contrôle Aux Frontières. Bureau du vérificateur général du Canada; 2021.
207. Agence de la santé publique du Canada. La Stratégie Pancanadienne de Données sur la Santé : Rapports et Sommaires des Comité Consultatif D'experts. Agence de santé publique du Canada; 2021.
208. McKenzie, K. Race and Ethnicity Data Collection during COVID-19 in Canada: If You Are Not Counted You Cannot Count on the Pandemic Response. Ottawa, ON: Royal Society of Canada; 2020.
209. City of Toronto. Toronto Public Health Releases New Socio-Demographic COVID-19 Data. City of Toronto; 2020.
210. McKenzie, K. Socio-Demographic Data Collection and Equity in Covid-19 in Toronto. EClinicalMedicine. 2021; 34.
211. City of Toronto. Black Scientists' Task Force on Vaccine Equity to Deliver Final Report and Recommendations to the Board of Health Today. City of Toronto; 2021.
212. Agence de la santé publique du Canada. La Stratégie Pancanadienne de Données sur la Santé : Aperçu du Comité Consultatif D'experts. Gouvernement du Canada; 2021.
213. Henry, B. Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Communications Strategy. Canada Communicable Disease Report. 2018; 44(5):106-9.

214. Agence de la santé publique du Canada. Édition du Dimanche de la Déclaration de L'ACSP : Se Préparer à Faire Face Aux Informations Erronées et à la Désinformation Pendant la Pandémie de COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
215. Organisation mondiale de la santé, Nations Unies, UNICEF, PNUD, UNESCO, ONUSIDA, *et al.* Gestion de L'infodémie sur la COVID-19 : Promouvoir des Comportements Sains et Atténuer Les Effets Néfastes de la Diffusion D'informations Fausses et Trompeuses. Organisation mondiale de la santé; 2020.
216. Zarocostas, J. How to Fight an Infodemic. *The Lancet*. 2020; 395(10225):676.
217. Dubé, E, Gagnon, D, Vivion, M. Pratiques Exemplaires Face à la Réticence à la Vaccination. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2020; 46(2/3):48-52.
218. Office of Audit and Evaluation (Health Canada, Public Health Agency of Canada). Lessons Learned from the Public Health Agency of Canada's COVID-19 Response (Phase One). Government of Canada; 2020.
219. MacDonald, NE. COVID-19, Public Health and Constructive Journalism in Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2021; 112(2):179-82.
220. Agence de la santé publique du Canada. Le Gouvernement du Canada Finance Deux Nouveaux Projets pour Inciter la Population Canadienne à Se Faire Vacciner. Gouvernement du Canada; 2021.
221. Ensemble Contre la Désinformation. LaSciencesAbord; 2021; disponible : <https://www.scienceupfirst.com/?lang=fr>.
222. Maad'ookiing Mshkiki — Sharing Medicine: Connecting Indigenous Communities with Culturally Relevant COVID-19 Vaccine Information. University Health Network; 2021; Available from: https://www.uhn.ca/corporate/News/Pages/Sharing_Medicine_connecting_Indigenous_communities_with_culturally_relevant_COVID19_vaccine_information.aspx.
223. Greenberg, J, Gauthier, B. Canada Needs a Fresh Strategy for Pandemic Communications. Policy Options. 2021.
224. À Propos du Réseau Pancanadien de Santé Publique. Réseau pancanadien de santé publique; 2020; disponible : <http://www.phn-rsp.ca/network-fra.php>.
225. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration du Conseil des Médecins Hygiénistes En Chef : Travailler En Collaboration Avec Les Canadiens sur la Gestion Continue de la COVID-19 au Cours des Prochains Mois. Gouvernement du Canada; 2020.
226. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration du Conseil des Médecins Hygiénistes En Chef : Mise En Œuvre de la Vaccination Contre la COVID-19 au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
227. COVID-END. COVID-END; 2021; disponible : <https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end>.
228. CanCOVID. À Propos CanCOVID. CanCOVID; 2021; disponible : <https://cancovid.ca/fr/a-propos/>.

229. CoVaRR-Net. CoVaRR-Net; 2021; disponible : <https://covarnet.ca/fr/accueil/>.
230. Gilmore, B, Ndejjo, R, Tchetchia, A, de Claro, V, Mago, E, Diallo, AA, *et al.* Community Engagement for COVID-19 Prevention and Control: A Rapid Evidence Synthesis. *British Medical Journal Global Health*. 2020; 5(10).
231. Comité Consultatif Spécial sur la COVID-19. Réseau pancanadien de santé publique; 2021; disponible : <http://www.phn-rsp.ca/sac-covid-ccs/index-fra.php>.
232. Service public et approvisionnement Canada. Appuyer L'intervention du Canada Face à la COVID-19 : Comité Permanent des Opérations Gouvernementales et des Prévisions Budgétaires – Juillet 23 2020. Gouvernement du Canada; 2020.
233. Agence de la santé publique du Canada. Le Gouvernement du Canada Annoncera du Financement pour des Sites Sûrs D'isolement Volontaire Lié à la COVID-19 En Nouvelle-Écosse. Gouvernement du Canada 2021.
234. Services aux Autochtones Canada. Le Gouvernement du Canada Fait le Point sur la COVID-19 Chez Les Autochtones et Dans Leurs Communautés, Semaine du 14 Juin. Gouvernement du Canada 2021.
235. Vaccinated Métis Strong. Saskatoon, SK: Métis Nation Saskatchewan; 2021; Available from: <https://metisnation.sk.com/vaccine/>.
236. Connecting Culture Services & Community. Winnipeg, MB: Manitoba Inuit Association; 2021; Available from: <https://www.manitobainuit.ca/>.
237. Gouvernement du Canada. Le Dépistage Aux Points de Service Permet Aux Collectivités Mal Desservies D'avoir Accès au Test de Dépistage Rapide de la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
238. Bureau du vérificateur général du Canada. Rapport 11 — Ressources En Santé pour Les Collectivités Autochtones — Services Aux Autochtones Canada. Bureau du vérificateur général du Canada; 2021.
239. Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP). Rapport Final pour L'examen du Réseau Mondial D'information En Santé Publique (RMISP). Agence de santé publique du Canada; 2021.
240. Gouvernement du Canada. Statistiques sur la Prestation Canadienne D'urgence et le Programme D'assurance-Emploi. Gouvernement du Canada; 2021.
241. Bureau du premier ministre du Canada. Création de 4 500 Logements pour Les Canadiens. Gouvernement du Canada; 2021.
242. Agence de la santé publique du Canada. Préparation du Canada En Cas de Grippe Pandémique : Guide de Planification pour le Secteur de la Santé. Gouvernement du Canada; 2018.
243. Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. Préparation et Gestion En Lien Avec la COVID-19. Rapport Spécial sur Les Tests En Laboratoire, Gestion des Cas et Recherche des Contacts. Toronto, ON: Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario; 2020.

244. Bureau du vérificateur général du Canada. Rapport 10 — L'obtention D'équipement de Protection Individuelle et D'instruments Médicaux. Bureau du vérificateur général du Canada; 2021.
245. Canadian Red Cross. Operations Report on September 7. Canadian Red Cross; 2021.
246. Croix-Rouge Canadienne. Ce Que Fait la Croix-Rouge au Canada. Croix-Rouge Canadienne; 2021.
247. Croix-Rouge Canadienne. Ligne Chronologique de Notre Réponse à la COVID-19. Croix-Rouge Canadienne; 2020.
248. Defense Nationale. Opération LASER. Gouvernement du Canada; 2021.
249. Defense Nationale. Opération VECTOR. Gouvernement du Canada; 2021.
250. Hager, M, Lee, C. B.C. Vows to Improve Ambulance System after Heat Wave Overwhelms Emergency Services. The Globe and Mail. 2021.
251. Roffel, B. B.C.'s Heat Wave Likely Contributed to 719 Sudden Deaths in a Week, Coroner Says — Triple the Usual Number. CBC News. 2021.
252. Association canadienne de santé publique. La Santé Publique Dans le Contexte du Renouvellement du Système de Santé au Canada. Association canadienne de santé publique; 2019.
253. Naylor, D, Basrur, S, Bergeron, MG, Brunham, RC, Butler-Jones, D, Dafoe, G, *et al.* Leçons de la Crise du Sras – Renouvellement de la Santé Publique au Canada – Rapport du Comité Consultatif National sur le Sras et la Santé Publique. Ottawa, ON: Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique; 2003.
254. Eggleton, A, Ogilvie, KK, Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology. Canada's Response to the 2009 H1N1 Influenza Pandemic. Ottawa, ON: Senate, Government of Canada; 2010.
255. Agence de la santé publique du Canada. 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. Ottawa, ON: Agence de santé publique du Canada; 2010.
256. Frank, J, Di Ruggiero, E, Moloughney, B. The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century. Ottawa, ON: Canadian Institutes for Health Research; 2003.
257. McMahon, M, Nadigel, J, Thompson, E, Glazier, RH. Informing Canada's Health System Response to COVID-19: Priorities for Health Services and Policy Research. Healthcare Policy. 2020; 16(1):112-24.
258. Instituts de recherche en santé du Canada. Des Systèmes de Santé Publique Conçus pour L'avenir : Institut de la Santé Publique et des Populations des Irscc Document D'information sur le Contexte du Dialogue. Instituts de recherche en santé du Canada; 2021.

259. Jones, E, MacDougall, H, Monnais, L, Hanley, J, Carstairs, C. Au-Delà de la Crise de la COVID-19 : Tirer des Leçons du Passé et des Occasions Manquées En Santé Publique. Société Royale du Canada; 2021.
260. Association canadienne de santé publique. L'histoire de la Santé Publique au Canada. Association canadienne de santé publique; 2010.
261. Santé Canada, Agence de santé publique du Canada, Agence canadienne d'inspection des aliments. Résistance Aux Antibiotiques (Antimicrobiens). Gouvernement du Canada; 2018.
262. Association canadienne de santé publique. Énoncé de Position : Les Changements Climatiques et la Santé Humaine. Ottawa, ON: Association canadienne de santé publique; 2019.
263. Gouvernement du Canada. Faire Face à la Crise des Opioides au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
264. Rutter, H, Savona, N, Glonti, K, Bibby, J, Cummins, S, Finegood, DT, *et al.* The Need for a Complex Systems Model of Evidence for Public Health. *The Lancet*. 2017; 390(10112):2602-4.
265. Zukowski, N, Davidson, S, Yates, MJ. Systems Approaches to Population Health in Canada: How Have They Been Applied, and What Are the Insights and Future Implications for Practice? *Canadian Journal of Public Health*. 2019; 110(6):741-51.
266. Riley, BL, Robinson, KL, Gamble, J, Finegood, DT, Sheppard, D, Penney, TL, *et al.* Knowledge to Action for Solving Complex Problems: Insights from a Review of Nine International Cases. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 2015; 35(3):47-53.
267. McGill, E, Er, V, Penney, T, Egan, M, White, M, Meier, P, *et al.* Evaluation of Public Health Interventions from a Complex Systems Perspective: A Research Methods Review. *Social Science & Medicine*. 2021; 272:113697.
268. Decady, Y, Greenberg, L. Quatre-Vingt-Dix Ans de Changements Dans L'espérance de Vie. *Statistique Canada*; 2014.
269. Association Canadienne de santé publique. 12 Grandes Réalisations. Association Canadienne de santé publique.
270. Ehreth, J. The Value of Vaccination: A Global Perspective. *Vaccine*. 2003; 21(27):4105-17.
271. Association Canadienne de santé publique. Chronologie de L'immunisation. Association Canadienne de santé publique.
272. Agence de la santé publique du Canada. Maladies Évitable Par la Vaccination : Rapport de Surveillance En Date du 31 Décembre 2017. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2020.
273. Gouvernement du Canada. Guide Canadien D'immunisation : Introduction. Gouvernement du Canada; 2020.
274. Pless, R. Doing Well Still Needs to Sell: Bringing Vaccine-Preventable Diseases under Further Control in Canada Requires a Shift in Thinking. *Paediatrics & Child Health*. 1999; 4(1):16-8.
275. Public Health Agency of Canada. Canadian Measles/Rubella Surveillance System. Public Health Agency of Canada; 2021.

276. Public Health Agency of Canada. Canadian Notifiable Disease Surveillance System. Public Health Agency of Canada; 2021.
277. Rutty, C, Sullivan, SC. This Is Public Health: A Canadian History. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association; 2010.
278. Jackson, BE. Situating Epidemiology. In: Texler Segal M, Demos V, Kronenfeld JJ, editors. Gender Perspectives on Health and Medicine: Emerald Group Publishing Limited; 2003. p. 11-58.
279. Belshaw, JD. 7.2 - Social Reform. In: Canadian History: Post-Confederation. Victoria, BC: BCcampus; 2016.
280. Bryant, T. Health Policy in Canada. Second Edition. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc.; 2016.
281. Santé Canada. Le Système des Soins de Santé du Canada. Gouvernement du Canada; 2019.
282. Public Health Agency of Canada. Canadian Reference Group on Social Determinants of Health. World Health Organization; 2011.
283. Lalonde, M. Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens : Un Document de Travail. Ottawa, ON: Ministre de la Santé national et du bien-être social; 1974.
284. Potvin, L, Jones, CM. Twenty-Five Years after the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. Canadian Journal of Public Health. 2011; 102(4):244-8.
285. Allan, B, Smylie, J. First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-Being of Indigenous Peoples in Canada. Toronto, ON: Wellesley Institute; 2015.
286. Enquêtes nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer Notre Pouvoir et Notre Place : le Rapport Final de L'enquête Nationale sur Les Femmes et Les Filles Autochtones Disparues et Assassinées. Enquêtes nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées; 2019.
287. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Rapports de la Commission de Vérité et Réconciliation du Canada. Centre national pour la vérité et la réconciliation; 2015; disponible : <https://nctr.ca/documents/rapports/?lang=fr>.
288. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la Vérité, Réconcilier pour L'avenir : Sommaire du Rapport Final de la Commission de Vérité et Réconciliation du Canada. Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015.
289. Turpel-Lafond, ME. In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care. Office of the British Columbia Minister of Health; 2020.
290. Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques. Sociétés Justes: Équité En Santé et Vie Digne. Washington, D.C.: Organisation Panaméricain de la santé; 2019.
291. Allen, L, Hatala, A, Ijaz, S, Courchene, ED, Bushie, EB. Indigenous-Led Health Care Partnerships in Canada. Canadian Medical Association Journal. 2020; 192(9):E208.

292. Richmond, C, Ambtman-Smith, V, Bourassa, C, Cassidy-Mathews, C, Duhamel, K, Keewatin, M, *et al.* La COVID-19 et la Santé et le Bien-Être des Autochtones: Nos Histoires Sont Notre Atout et Témoignent de Notre Résilience. Société royale du Canada; 2020.
293. Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations. Cadre du Continuum du Mieux-Être Mental des Premières Nations - Rapport Sommaire. Ottawa, ON: Santé Canada; 2015.
294. Health Canada, Assembly of First Nations, National Native Addictions Partnership Foundation Inc. Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues among First Nations People in Canada. Ottawa, ON: Health Canada; 2011.
295. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Ce Que Nous Avons Retenu : Les Principes de la Vérité et de la Réconciliation. Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015.
296. Commission royale sur les peuples autochtones. Sur le Chemin de la Guérison : Rapport de la Table Ronde Nationale sur la Santé et Les Questions Sociales. Vancouver, BC: Commission royale sur les peuples autochtones; 1993.
297. Organisation mondiale de la santé. L'approche Multisectorielle de L'OMS « Un Monde, Une Santé ». Organisation mondiale de la santé; 2017.
298. Mackenzie, JS, Jeggo, M. The One Health Approach-Why Is It So Important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*. 2019; 4(2):88.
299. Ruckert, A, Zinszer, K, Zarowsky, C, Labonté, R, Carabin, H. What Role for One Health in the COVID-19 Pandemic? *Canadian Journal of Public Health*. 2020; 111(5):641-4.
300. Kahn, LH. Antimicrobial Resistance: A One Health Perspective. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2017; 111(6):255-60.
301. University of Calgary. Antimicrobial Resistance - One Health Consortium. University of Calgary; 2021; Available from: <https://research.ucalgary.ca/amr>.
302. Mehrotra, M, Li, XZ, Ireland, MJ. Amélioration de la Gestion des Antimicrobiens Par le Renforcement du Cadre de Réglementation des Médicaments Vétérinaires. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2017; 43(11):220-3.
303. Agence de la santé publique du Canada. Lutter Contre la Résistance Aux Antimicrobiens et Optimiser Leur Utilisation : Un Cadre D'action Pancanadien. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2017; 43(11):217-9.
304. Upshaw, TL, Brown, C, Smith, R, Perri, M, Ziegler, C, Pinto, AD. Social Determinants of COVID-19 Incidence and Outcomes: A Rapid Review. *PloS one*. 2021; 16(3):e0248336.
305. Etowa, J, Hyman, I. Unpacking the Health and Social Consequences of COVID-19 through a Race, Migration and Gender Lens. *Canadian Journal of Public Health*. 2021; 112(1):8-11.
306. Thompson, E, Edjoc, R, Atchessi, N, Striha, M, Gabrani-Juma, I, Dawson, T. COVID-19 : Un Argument En Faveur de la Collecte de Données sur Les Populations Racialisées au Canada et à L'étranger. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2021; 47(7-8):300-4.
307. Government of Manitoba. COVID-19 Infections in Manitoba: Race, Ethnicity, and Indigeneity. Government of Manitoba; 2021.

308. Wellesley Institute, Ontario Health. Tracking COVID-19 through Race-Based Data. Ontario Health; 2021.
309. Thakur, B, Dubey, P, Benitez, J, Torres, JP, Reddy, S, Shokar, N, *et al.* A Systematic Review and Meta-Analysis of Geographic Differences in Comorbidities and Associated Severity and Mortality among Individuals with COVID-19. *Scientific Reports*. 2021; 11(1):8562.
310. Réseau pancanadien de santé publique. Les Principales Inégalités En Santé au Canada : Un Portrait National. Réseau pancanadien de santé publique; 2018.
311. Gagné, T, Veenstra, G. Inequalities in Hypertension and Diabetes in Canada: Intersections between Racial Identity, Gender, and Income. *Ethnicity & Disease*. 2017; 27(4):371-8.
312. Chu, M, Truscott, R, Young, S, Harrington, D, Keller-Olaman, S, Manson, H, *et al.* The Burden of Chronic Diseases in Ontario: Key Estimates to Support Efforts in Prevention. *Cancer Care Ontario, Public Health Ontario*; 2019.
313. Dai, H, Younis, A, Kong, JD, Bragazzi, NL, Wu, J. Trends and Regional Variation in Prevalence of Cardiovascular Risk Factors and Association with Socioeconomic Status in Canada, 2005-2016. *Journal of the American Medical Association Network Open*. 2021; 4(8):e2121443.
314. Anand, SS, Abonyi, S, Arbour, L, Balasubramanian, K, Brook, J, Castleden, H, *et al.* Explaining the Variability in Cardiovascular Risk Factors among First Nations Communities in Canada: A Population-Based Study. *The Lancet Planetary Health*. 2019; 3(12):e511-e20.
315. Vanasse, A, Courteau, J, Asghari, S, Leroux, D, Cloutier, L. Health Inequalities Associated with Neighbourhood Deprivation in the Quebec Population with Hypertension in Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*. 2014; 34(4):181-94.
316. Nash, DM, Dirk, JS, McArthur, E, Green, ME, Shah, BR, Walker, JD, *et al.* Kidney Disease and Care among First Nations People with Diabetes in Ontario: A Population-Based Cohort Study. *Canadian Medical Association Journal Open*. 2019; 7(4):E706.
317. Thomas, DA, Huang, A, McCarron, MCE, Kappel, JE, Holden, RM, Yeates, KE, *et al.* A Retrospective Study of Chronic Kidney Disease Burden in Saskatchewan's First Nations People. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. 2018; 5.
318. Choi, KH, Denice, P, Haan, M, Zajacova, A. Studying the Social Determinants of COVID-19 in a Data Vacuum. *Canadian Review of Sociology*. 2021; 58(2):146-64.
319. Sundaram, ME, Calzavara, A, Mishra, S, Kustra, R, Chan, AK, Hamilton, MA, *et al.* Individual and Social Determinants of SARS-Cov-2 Testing and Positivity in Ontario, Canada: A Population-Wide Study. *Canadian Medical Association Journal*. 2021; 193(20):E723.
320. Yeates, K, Tonelli, M. Chronic Kidney Disease among Aboriginal People Living in Canada. *Clinical Nephrology*. 2010; 74(1):57-60.
321. Garcia-Garcia, G, Jha, V, on behalf of the World Kidney Day Steering Committee. CKD in Disadvantaged Populations. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. 2015; 2(1):3-6.
322. Public Health Ontario. Enhanced Epidemiological Summary: COVID-19 in Ontario – a Focus on Material Deprivation. *Public Health Ontario*; 2020.

323. Solar, O, Irwin, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
324. Ndumbe-Eyoh, S, Muzumdar, P, Betker, C, Oickle, D. 'Back to Better': Amplifying Health Equity, and Determinants of Health Perspectives during the COVID-19 Pandemic. *Global Health Promotion*. 2021; 28(2):7-16.
325. Knaak, S, Livingston, J, Stuart, H, Ungar, T. Lutter Contre la Stigmatisation Structurale Entourant Les Problèmes de Santé Mentale et de Consommation de Substances Dans Les Établissements de Soins de Santé – Cadre D'action. Ottawa, ON: Commission de la santé mentale du Canada; 2020.
326. Johnson-Agbakwu, CE, Ali, NS, Oxford, CM, Wingo, S, Manin, E, Coonrod, DV. Racism, COVID-19, and Health Inequity in the USA: A Call to Action. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2020:1-7.
327. Kunins, HV. Structural Racism and the Opioid Overdose Epidemic: The Need for Antiracist Public Health Practice. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2020; 26(3):201-5.
328. Dryden, O, Nnorom, O. Time to Dismantle Systemic Anti-Black Racism in Medicine in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2021; 193(2):E55-E7.
329. Richardson, L, Crawford, A. COVID-19 and the Decolonization of Indigenous Public Health. *Canadian Medical Association Journal*. 2020; 192(38):E1098-E100.
330. Annals of Family Medicine. A Shared Bibliography on Systemic Racism and Health Disparities. *Annals of Family Medicine*; 2020; disponible : <https://www.annfam.org/content/shared-bibliography-systemic-racism-and-health-disparities>.
331. Krieger, N. Enough: COVID-19, Structural Racism, Police Brutality, Plutocracy, Climate Change—and Time for Health Justice, Democratic Governance, and an Equitable, Sustainable Future. *American Journal of Public Health*. 2020; 110(11):1620-3.
332. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'intégration des Déterminants Sociaux de la Santé et de L'équité En Santé Dans Les Pratiques de Santé Publique au Canada: Analyse du Contexte En 2010. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2010.
333. Jensen, N, Kelly, AH, Avendano, M. The COVID-19 Pandemic Underscores the Need for an Equity-Focused Global Health Agenda. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2021; 8(1):15.
334. Blair, A, Warsame, K, Naik, H, Byrne, W, Parnia, A, Siddiqi, A. Identifying Gaps in COVID-19 Health Equity Data Reporting in Canada Using a Scorecard Approach. *Canadian Journal of Public Health*. 2021; 112(3):352-62.
335. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Instaurer Une Culture D'équité Dans le Secteur de la Santé Publique au Canada : Une Analyse du Contexte. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2018.

336. Marchildon, GP, Allin, S, Merkur, S. Canada: Health System Review. Third Edition. Copenhagen, Denmark: North American Observatory on Health Systems and Policies & European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2020.
337. Santé Canada. Portefeuille de la Santé. Gouvernement du Canada; 2017.
338. Services aux Autochtones Canada. Soins de Santé pour Les Autochtones au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
339. Halseth, R, Murdock, L. Appuyer L'autodétermination des Peuples Autochtones En Matière de Santé : Leçons Tirées D'un Examen des Pratiques Exemplaires En Matière de Gouvernance de la Santé au Canada et Dans le Monde. Prince George, BC: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2020.
340. Services aux Autochtones Canada. Santé des Autochtones. Services aux Autochtones Canada; 2021.
341. First Nations Health Authority. FNHA Mandate. First Nations Health Authority.
342. World Health Organization. Essential Public Health Functions, Health Systems, and Health Security: Developing Conceptual Clarity and a WHO Roadmap for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
343. Bettcher, DW, Sapirie, S, Goon, EH. Essential Public Health Functions: Results of the International Delphi Study. World Health Statistics Quarterly. 1998; 51(1):44-54.
344. Report of the National Advisory Committee on Population Health (ACPH). In: Naylor D, Basrur S, Bergeron MG, Brunham RC, Butler-Jones D, Dafoe G, *et al.*, editors. Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada. Ottawa, ON: National Advisory Committee on SARS and Public Health; 2003.
345. Centres for Disease Control and Prevention. 10 Essential Public Health Services. Centres for Disease Control and Prevention; 2020.
346. Pan American Health Organization. The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century - Conceptual Framework and Description. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2020.
347. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes - WHO's Framework for Action. World Health Organization; 2007.
348. Hawe, P, Potvin, L. What Is Population Health Intervention Research? Canadian Journal of Public Health. 2009; 100(1):18-114.
349. Frieden, TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. American Journal of Public Health. 2010; 100(4):590-5.
350. Carey, G, Crammond, B, De Leeuw, E. Towards Health Equity: A Framework for the Application of Proportionate Universalism. International Journal for Equity in Health. 2015; 14(1):81.
351. Rideout, K, Oickle, D. Glossary of Health Equity in the Context of Environmental Public Health Practice. Journal of Epidemiology and Community Health. 2019; 73(9):806.

352. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Les Démarches Ciblées et Universelles En Matière D'équité En Santé : Parlons-En. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2013.
353. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. La Prise de Décision Éclairée Par des Données Probantes En Santé Publique. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils; 2021.
354. Brownson, RC, Fielding, JE, Maylahn, CM. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*. 2009; 30(1):175-201.
355. Dubois, A, Lévesque, M. Les Centres de Collaboration Nationale du Canada : Faciliter la Prise de Décisions Informées Par des Données Probantes En Santé Publique. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2020; 46(2-3):31-5.
356. Husson, H, Howarth, C, Neil-Sztramko, S, Dobbins, M. Le Centre de Collaboration Nationale des Méthodes et Outils (CCNMO) : Soutenir la Prise de Décisions Fondée sur des Données Probantes En Santé Publique au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2021; 47(5-6):292-6.
357. Peters, DH, Tran, NT, Adam, T. *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2013.
358. Centres de Collaboration Nationale En Santé Publique. Centres de collaboration nationale en santé publique; disponible : <https://ccnsp.ca/>.
359. Mackintosh, J, Ciliska, D, Tulloch, K. Evidence-Informed Decision Making in Public Health in Action. *Environmental Health Review*. 2015; 58(1):15-9.
360. Ciliska, D, Thomas, H, Buffett, C. An Introduction to Evidence-Informed Public Health and a Compendium of Critical Appraisal Tools for Public Health Practice. National Collaborating Centre for Methods and Tools; 2008.
361. Jacobs, JA, Jones, E, Gabella, BA, Spring, B, Brownson, RC. Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice. *Preventing chronic disease*. 2012; 9:E116-E.
362. Brownson, RC, Baker, EA, Deshpande, AD, Gillespie, KN. *Evidence-Based Public Health*. 3rd. Oxford University Press; 2017.
363. Agence de la santé publique du Canada. Laboratoire National de Microbiologie. Gouvernement du Canada; 2021.
364. Public Health Agency of Canada. National Emergency Strategic Stockpile. Government of Canada; 2019.
365. World Health Organization. Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) - Zero Impact from Health Threats. World Health Organization; 2021.
366. Budd, J, Miller, BS, Manning, EM, Lampos, V, Zhuang, M, Edelstein, M, *et al.* Digital Technologies in the Public-Health Response to COVID-19. *Nature Medicine*. 2020; 26(8):1183-92.

367. Agence de la santé publique du Canada. Compétences Essentielles En Santé Publique au Canada. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2007.
368. Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique. Édifier Une Main-D'œuvre En Santé Publique pour le 21^{ème} Siècle : Un Cadre Pancanadien pour la Planification des Ressources Humaines En Santé Publique. Gouvernement du Canada; 2005.
369. Massé, R, Moloughney, B. New Era for Schools of Public Health in Canada. *Public Health Reviews*. 2011; 33:277-88.
370. Tikkanen, R, Osborn, R, Mossialos, E, Djordjevic, A, Wharton, GA. International Health Care System Profiles – Canada. The Commonwealth Fund; 2020.
371. Mowat, DL, Butler-Jones, D. Public Health in Canada: A Difficult History. *Healthcare Papers*. 2007; 7(3):31-6.
372. Association Canadienne de santé publique. La Santé Publique Dans le Contexte du Renouveau du Système de Santé au Canada : Document D'information. Association Canadienne de santé publique; 2019.
373. Norris, S. Le Financement Fédéral des Soins de Santé : Étude Général. Ottawa, ON: Bibliothèque du Parlement; 2020.
374. Gouvernement du Canada. COVID-19 : Soutien Aux Provinces et Aux Territoires. Gouvernement du Canada; 2021.
375. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des Dépenses Nationales de Santé. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2020.
376. Masters, R, Anwar, E, Collins, B, Cookson, R, Capewell, S. Return on Investment of Public Health Interventions: A Systematic Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017; 71(8):827-34.
377. Nurse, J, Dorey, S, Yao, L, Sigfrid, L, Yfantopolous, P, McDaid, D, *et al*. The Case for Investing in Public Health: A Public Health Summary Report for EPHO 8. World Health Organization; 2014.
378. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health, 2005–2008. World Health Organization; 2008.
379. Di Ruggiero, E, Bhatia, D, Umar, I, Arpin, E, Champagne, C, Clavier, C, *et al*. Gouverner pour la Santé du Public: Options de Gouvernance pour Un Système de Santé Publique Renforcé et Renouvelé au Canada. Centre de collaboration nationale en santé publique; [dans la presse].
380. Dyke, E. Ce Que Nous Avons Entendu : Renouveau et Renforcement du Système de Santé Publique au Canada. Agence de santé publique du Canada; [dans la presse].
381. Ndumbe-Eyoh, S, Moffatt, H. Intersectoral Action for Health Equity: A Rapid Systematic Review. *BioMed Central Public Health*. 2013; 13(1):1056.
382. Lucyk, K. Commentaire – Action Intersectorielle sur Les Déterminants Sociaux de la Santé et L'équité En Santé au Canada : Examen des Lettres de Mandat du Gouvernement Fédéral de Décembre 2019. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2020; 40(10):10.

383. Diallo, T. Cinq Exemples D'actions Intersectorielles En Faveur de la Santé à L'échelle Locale et Régionale au Canada. Montréal, QC: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2020.
384. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. 7 - Partners in Promoting Health Equity in Communities. In: Baciu A, Negussie Y, Geller A, et al., editors. *Communities in Action: Pathways to Health Equity*. Washington, DC: National Academies Press; 2017. p. 383–446.
385. Mulligan, K. Renforcer Les Liens Communautaires : L'avenir de la Santé Publique Se Joue à L'échelle des Quartiers. Centre de collaboration nationale en santé publique; [dans la presse].
386. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *Comblé le Fossé En Une Génération : Instaurer L'équité En Santé En Agissant sur Les déterminants Sociaux de la Santé*. Organisation mondiale de la Santé; 2009.
387. Bay Area Regional Health Inequities Initiative. *A Public Health Framework for Reducing Health Inequities: Bay Area Regional Health Inequities Initiative*; 2020. Available from: <https://www.barhii.org/barhii-framework>.
388. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Se Diriger Vers L'amont : Parlons-En*. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2014.
389. Lorenc, T, Petticrew, M, Welch, V, Tugwell, P. What Types of Interventions Generate Inequalities? Evidence from Systematic Reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2013; 67(2):190.
390. Litvak, E, Dufour, R, Leblanc, É, Kaiser, D, Mercure, S-A, Nguyen, CT, *et al.* Making Sense of What Exactly Public Health Does: A Typology of Public Health Interventions. *Canadian Journal of Public Health*. 2020; 111(1):65-71.
391. Jarvis, T, Scott, F, El-Jardali, F, Alvarez, E. Defining and Classifying Public Health Systems: A Critical Interpretive Synthesis. *Health Research Policy and Systems*. 2020; 18(1):68.
392. Liburd, LC, Hall, JE, Mpofo, JJ, Williams, SM, Bouye, K, Penman-Aguilar, A. Addressing Health Equity in Public Health Practice: Frameworks, Promising Strategies, and Measurement Considerations. *Annual Review of Public Health*. 2020; 41(1):417-32.
393. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Évaluation de L'incidence et de L'efficacité de L'action Intersectorielle Exercée sur Les Déterminants Sociaux de la Santé et L'équité En Santé : Une Revue Systématique Accélérée*. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2012.
394. Tonelli, M, Tang, K-C, Forest, P-G. Canada Needs a "Health in All Policies" Action Plan Now. *Canadian Medical Association Journal*. 2020; 192(3):E61.
395. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Évaluation D'impact sur la Santé*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2010.
396. Freeman, S. *Survole des Besoins et des Connaissances En Matière D'évaluation des Impacts sur la Santé (EIS) du CCNSE*. Vancouver, BC: Centre de collaboration nationale en santé environnementale; 2019.

397. McCallum, LC, Ollson, CA, Stefanovic, IL. Advancing the Practice of Health Impact Assessment in Canada: Obstacles and Opportunities. *Environmental Impact Assessment Review*. 2015; 55:98-109.
398. Diallo, T, Freeman, S. Health Impact Assessment—Insights from the Experience of Québec. *Environmental Health Review*. 2020; 63(1):6-13.
399. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Impact Collectif et Santé Publique : Une Ancienne et Une Nouvelle Démarche — Récit de Deux Initiatives Canadiennes*. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2017.
400. Kania, J, Kramer, M. Collective Impact. *Stanford Social Innovation Review*. 2011; 9(1):36-41.
401. Evans, RE, Moore, G, Movsisyan, A, Rehfuess, E. How Can We Adapt Complex Population Health Interventions for New Contexts? *Progressing Debates and Research Priorities*. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2021; 75(1):40.
402. Minary, L, Alla, F, Cambon, L, Kivits, J, Potvin, L. Addressing Complexity in Population Health Intervention Research: The Context/Intervention Interface. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2018; 72(4):319.
403. McGill, E, Marks, D, Er, V, Penney, T, Petticrew, M, Egan, M. Qualitative Process Evaluation from a Complex Systems Perspective: A Systematic Review and Framework for Public Health Evaluators. *PLOS Medicine*. 2020; 17(11):e1003368.
404. Rychetnik, L, Frommer, M, Hawe, P, Shiell, A. Criteria for Evaluating Evidence on Public Health Interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002; 56(2):119–27.
405. McLaren, L, Braitstein, P, Buckeridge, D, Contandriopoulos, D, Creatore, MI, Faulkner, G, *et al.* Why Public Health Matters Today and Tomorrow: The Role of Applied Public Health Research. *Canadian Journal of Public Health*. 2019; 110(3):317-22.
406. Nickel, S, von dem Knesebeck, O. Do Multiple Community-Based Interventions on Health Promotion Tackle Health Inequalities? *International Journal for Equity in Health*. 2020; 19(1):157.
407. Jewett, RL, Mah, SM, Howell, N, Larsen, MM. Social Cohesion and Community Resilience During COVID-19 and Pandemics: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for COVID-19 Recovery. *International Journal of Health Services*. 2021; 51(3):325-36.
408. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *L'engagement Communautaire Axé sur L'équité En Santé : Parlons-En*. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2021.
409. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. 4 - The Role of Communities in Promoting Health Equity. In: Baciú A, Negussie Y, Geller A, *et al.*, editors. *Communities in Action: Pathways to Health Equity*. Washington, DC: National Academies Press; 2017. p. 185-210.
410. O'Mara-Eves, A, Brunton, G, Oliver, S, Kavanagh, J, Jamal, F, Thomas, J. The Effectiveness of Community Engagement in Public Health Interventions for Disadvantaged Groups: A Meta-Analysis. *BioMed Central Public Health*. 2015; 15(1):129.

411. James, W. 4 — The Community. In: Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, editor. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
412. South Asian Health Network. South Asian Health Network; disponible : <https://southasianhealthnetwork.ca/>.
413. Black Scientists' Task Force on Vaccine Equity. Black Scientists' Task Force on Vaccine Equity; 2021; disponible : <http://www.torontoblackcovid.com/>.
414. InclusionNS. InclusionNS; disponible : <https://www.inclusionns.ca/>.
415. South, J, Phillips, G. Evaluating Community Engagement as Part of the Public Health System. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014; 68(7):692.
416. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Sommaire de la Revue : Engagement Communautaire pour Atténuer Les Inégalités de Santé. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2015.
417. Gouvernement de l'Ontario. L'ontario Soutient L'intervention Liée à la COVID-19 Dans Les Collectivités Prioritaires. Gouvernement de l'Ontario; 2021.
418. City of Toronto. City of Toronto Awards \$5.5 Million in COVID-19 Vaccine Engagement Teams Grants to Local Agencies for Vaccine Outreach in Vulnerable Communities. City of Toronto; 2021.
419. Ireland, N. Here's How Community Groups Are Getting COVID-19 Vaccinations to Indigenous People in Canada's Largest City. CBC News. 2021.
420. Assembly of First Nations, Métis National Council, Inuit Tapiriit Kanatami, Greenwood, M, Adams, E, Anderson, M, *et al.* Vers Un Avenir Meilleur : Santé Publique et Populationnelle Chez Les Premières Nations, Les Inuits et Les Métis. Greenwood M, Adams E, editors. Centre de collaboration nationale en santé publique; [dans la presse].
421. Baba, L. Sécurité Culturelle En Santé Publique Chez Les Premières Nations, Les Inuits et Les Métis : État des Lieux sur la Compétence et la Sécurité Culturelles En Éducation, En Formaion et Dans Les Services de Santé. Prince George, BC: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2013.
422. Greenwood, M, Lindsay, N, King, J, Loewen, D. Ethical Spaces and Places: Indigenous Cultural Safety in British Columbia Health Care. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*. 2017; 13(3):179-89.
423. Churchill, M, Parent-Bergeron, M, Smylie, J, Ward, C, Fridkin, A, Smylie, D, *et al.* Evidence Brief: Wise Practices for Indigenous-Specific Cultural Safety Training. Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child and Family Health and Wellbeing, Centre for Urban Health Solutions, St. Michael's Hospital; 2017.
424. First Nations Health Authority, First Nations Health Council, First Nations Health Director's Association. Anti-Racism, Cultural Safety & Humility Framework. First Nations Health Authority; 2021.
425. Williams, R. Culturally Safe - What Does It Mean for Our Work Practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1999; 23(2):213-4.

426. Feng, P, Di Ruggiero, E, Reid, R, Pinto, A, Upshur, R. Public Health and Learning Health Systems White Paper. Toronto, ON: Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto; 2021.
427. Institute of Medicine (US) Committee on the Learning Health Care System in America. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, editors. Washington, DC: National Academies Press (US); 2013.
428. Glazier, R. The Lessons of COVID-19 for Canadian Learning Health Systems. Longwoods Breakfast Series: Canadian Institute of Health Research; 2020
429. Agence de la santé publique du Canada. Surveillance de la Santé Publique au Canada. Gouvernement du Canada; 2021.
430. Huston, P, Edge, VL, Bernier, E. Reaping the Benefits of Open Data in Public Health. Canada Communicable Disease Report. 2019; 45(11):252-6.
431. Mishra, S, Kwong, JC, Chan, AK, Baral, SD. Understanding Heterogeneity to Inform the Public Health Response to COVID-19 in Canada. Canadian Medical Association Journal. 2020; 192(25):E684.
432. van Panhuis, WG, Paul, P, Emerson, C, Grefenstette, J, Wilder, R, Herbst, AJ, *et al.* A Systematic Review of Barriers to Data Sharing in Public Health. BioMed Central Public Health. 2014; 14(1):1144.
433. Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs. Engagement, Gouvernance, Accès et Protection (EGAP): Cadre de Gouvernance des Données sur la Santé Recueillies Auprès des Communautés de L'ontario. Alliance pour des communautés en santé; 2021.
434. Centre de Gouvernance de l'information des Premières Nations. Les Principes de PCAP® des Premières Nations. Centre de Gouvernance de l'information des Premières Nations; 2021; disponible : <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>.
435. Wolfe, S, Hill, M. Sécurité Culturelle : la Criticité des Savoirs Autochtones et la Gouvernance des Données. Canadian Science Policy Centre. Centre canadien de la politique scientifique; 2020.
436. Conseil des académies canadiennes. L'accès Aux Données sur la Santé et Aux Données Connexes au Canada. Ottawa, ON: Conseil des académies canadiennes; 2015.
437. Buckeridge, DL, Goel, V. Health Informatics Education: An Opportunity for Public Health in Canada. Canadian Journal of Public Health. 2001; 92(3):233-6.
438. Buckeridge, D. Une Vision Éclairée Par des Données Probantes pour Un Système de Données En Santé Publique au Canada. Centre de collaboration nationale en santé publique; [dans la presse].
439. Agence de la santé publique du Canada. ConnexionVaccin : Système Informatique pour la Gestion du Déploiement des Vaccins. Gouvernement du Canada; 2021.
440. Padgett, DK. Qualitative and Mixed Methods in Public Health. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2012.

441. Baum, F. Researching Public Health: Behind the Qualitative-Quantitative Methodological Debate. *Social Science & Medicine*. 1995; 40(4):459-68.
442. Teti, M, Schatz, E, Liebenberg, L. Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries. *International Journal of Qualitative Methods*. 2020; 19(1):1-5.
443. Tremblay, S, Castiglione, S, Audet, L-A, Desmarais, M, Horace, M, Peláez, S. Conducting Qualitative Research to Respond to COVID-19 Challenges: Reflections for the Present and Beyond. *International Journal of Qualitative Methods*. 2021; 20(1):1-8.
444. Rogers, BJ, Swift, K, van der Woerd, K, Auger, M, Halseth, R, Atkinson, D, *et al.* *At the Interface: Indigenous Health Practitioners and Evidence-Based Practice*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2019.
445. Smylie, J, Olding, M, Ziegler, C. Sharing What We Know About Living a Good Life: Indigenous Approaches to Knowledge Translation. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*. 2014; 35:16-23.
446. Haworth-Brockman, M, Betker, C. Mesurer Ce Qui Compte En Plein Coeur de la Pandémie de COVID-19 Indicateurs D'équité pour la Santé Publique. *Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses*; 2020.
447. First Nation Advisory Council. *Katop Wasis Sesomiw Nokalawin Mo Nagelameg Neoteetjij Mitjoaatjij: No Child Left Behind*. First Nation Advisory Council; 2021.
448. Smylie, J, Firestone, M. Back to the Basics: Identifying and Addressing Underlying Challenges in Achieving High Quality and Relevant Health Statistics for Indigenous Populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*. 2015; 31(1):67-87.
449. Pollock, NJ, Healey, GK, Jong, M, Valcour, JE, Mulay, S. Tracking Progress in Suicide Prevention in Indigenous Communities: A Challenge for Public Health Surveillance in Canada. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):1320.
450. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Stratégie de Gouvernance des Données des Premières Nations - Une Réponse Aux Directives Reçues des Dirigeants des Premières Nations, Financées Dans le Cadre du Budget Fédéral de 2018 à L'appui de la Nouvelle Relation Financière*. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2020.
451. Nickerson, M. *First Nations' Data Governance: Measuring the Nation-to-Nation Relationship*. British Columbia First Nations' Data Governance Initiative; 2017.
452. Tagalik, S. *Inuit Qaujimaqatuqangit : le Rôle du Savoir Autochtone pour Favoriser le Bien-Être des Communautés Inuites du Nunavut*. Prince George, BC: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2012.
453. Brownson, RC, Kreuter, MW, Arrington, BA, True, WR. *Translating Scientific Discoveries into Public Health Action: How Can Schools of Public Health Move Us Forward?* *Public health reports (Washington, DC : 1974)*. 2006; 121(1):97-103.
454. Nutbeam, D. Achieving 'Best Practice' in Health Promotion: Improving the Fit between Research and Practice. *Health Education Research*. 1996; 11(3):317-26.

455. Di Ruggiero, E, Papadopoulos, A, Steinberg, M, Blais, R, Frandsen, N, Valcour, J, *et al.* Strengthening Collaborations at the Public Health System–Academic Interface: A Call to Action. *Canadian Journal of Public Health*. 2020; 111(6):921-5.
456. Instituts de recherche en santé du Canada. Lancement de Chaires de Recherche Appliquée En Santé Publique. Instituts de recherche en santé du Canada; 2021.
457. Paradis, G, Hamelin, A-M, Malowany, M, Levy, J, Rossignol, M, Bergeron, P, *et al.* The University–Public Health Partnership for Public Health Research Training in Quebec, Canada. *American Journal of Public Health*. 2016; 107(1):100-4.
458. Graham, JR, Sibbald, SL. Rebuilding Public Health on More Than Thoughts and Prayers. *Canadian Journal of Public Health*. 2021; 112(4):548-51.
459. Transdisciplinary Public Health: Research, Education, and Practice. Haire-Joshu D, McBride TD, editors. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.; 2013.
460. Dankwa-Mullan, I, Rhee, KB, Stoff, DM, Pohlhaus, JR, Sy, FS, Stinson, N, *et al.* Moving toward Paradigm-Shifting Research in Health Disparities through Translational, Transformational, and Transdisciplinary Approaches. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(S1):S19-S24.
461. Johnson, MT, Johnson, EA, Nettle, D, Pickett, KE. Designing Trials of Universal Basic Income for Health Impact: Identifying Interdisciplinary Questions to Address. *Journal of Public Health*. 2021:1-9.
462. Holmes, EA, O'Connor, RC, Perry, VH, Tracey, I, Wessely, S, Arseneault, L, *et al.* Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(6):547-60.
463. Kivits, J, Ricci, L, Minary, L. Interdisciplinary Research in Public Health: The ‘Why’ and the ‘How’. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2019; 73(12):1061.
464. Leslie, M, Fadaak, R, Davies, J, Blaak, J, Forest, PG, Green, L, *et al.* Integrating the Social Sciences into the COVID-19 Response in Alberta, Canada. *British Medical Journal Global Health*. 2020; 5(7):e002672.
465. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. World Health Organization; 2010.
466. World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020-2025. Geneva, CH: World Health Organization; 2021.
467. Organisation mondiale de la Santé. Détection Précoce, Évaluation et Réponse Lors D'une Urgence de Santé Publique : Mise En Oeuvre de L'alerte Précoce et Réponse Notamment la Surveillance Fondée sur Les Évènements: Version Provisoire. Geneva, CH: Organisation mondiale de la Santé; 2014.
468. Santé Canada. Stratégies Prioritaires pour Optimiser Les Tests et le Dépistage de la COVID-19 au Canada : Rapport. Gouvernement du Canada; 2021.
469. Pabbaraju, K, Wong Anita, A, Douesnard, M, Ma, R, Gill, K, Dieu, P, *et al.* A Public Health Laboratory Response to the Pandemic. *Journal of Clinical Microbiology*. 2020; 58(8):e01110-20.

470. Gouvernement du Canada. Déchiffrer le Code du Virus de la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2021.
471. Génome Canada. Rchangeo. Génome Canada; 2020.
472. Hogan, C, Jassem, A, Sbihi, H, Joffres, Y, Tyson, J, Noftall, K, *et al.* Rapid Increase in SARS-Cov-2 P.1 Lineage Leading to Codominance with B.1.1.7 Lineage, British Columbia, Canada, January–April 2021. *Emerging Infectious Disease Journal*. 2021; 27(11).
473. Cyranoski, D. Alarming COVID Variants Show Vital Role of Genomic Surveillance. 2021; Sect. 337-8.
474. World Health Organization. Tracking SARS-Cov-2 Variants. World Health Organization; 2021.
475. Detsky, AS, Bogoch, II. COVID-19 in Canada: Experience and Response to Waves 2 and 3. *Journal of the American Medical Association*. 2021; 326(12):1145-6.
476. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Access to COVID-19 Vaccines: Global Approaches in a Global Crisis. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD); 2021.
477. Snowdon, AW, Wright, A, Saunders, M. An Evidence-Based Strategy to Scale Vaccination in Canada. *Healthcare Quarterly*. 2021; 24(1):28-35.
478. World Health Organization. WHO Launches a Chatbot on Facebook Messenger to Combat COVID-19 Misinformation. World Health Organization; 2020.
479. Organisation mondiale de la santé. Le Service D’alerte Sanitaire Whatsapp de L’oms Désormais Disponible En Français. Organisation mondiale de la santé; 2021.
480. Brown, KA, Soucy, J-PR, Buchan, SA, Sturrock, SL, Berry, I, Stall, NM, *et al.* The Mobility Gap: Estimating Mobility Thresholds Required to Control SARS-Cov-2 in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2021; 193(17):E592.
481. Sun, S, Shaw, M, Moodie, E, Ruths, D. COVID Alert Application Effectiveness. McGill University; 2021.
482. Gouvernement du Canada. Téléchargez Alerte COVID Dès Maintenant. Gouvernement du Canada; 2021.
483. Santé Canada. ADAPTATIONSanté. Gouvernement du Canada; 2020.
484. Donneesclimatiques.ca. Zone D’apprentissage. Donneesclimatiques.ca; 2021; disponible : <https://donneesclimatiques.ca/apprendre/>.
485. Seto, E, Challa, P, Ware, P. Adoption of COVID-19 Contact Tracing Apps: A Balance between Privacy and Effectiveness. *Journal of Medical Internet Research*. 2021; 23(3):e25726.
486. Colizza, V, Grill, E, Mikolajczyk, R, Cattuto, C, Kucharski, A, Riley, S, *et al.* Time to Evaluate COVID-19 Contact-Tracing Apps. *Nature Medicine*. 2021; 27(3):361-2.
487. Panch, T, Pearson-Stuttard, J, Greaves, F, Atun, R. Artificial Intelligence: Opportunities and Risks for Public Health. *The Lancet Digital Health*. 2019; 1(1):e13-e4.

488. Dankwa-Mullan, I, Scheufele, EL, Matheny, ME, Quintana, Y, Chapman, WW, Jackson, G, *et al.* A Proposed Framework on Integrating Health Equity and Racial Justice into the Artificial Intelligence Development Lifecycle. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2021; 32(2):300-17.
489. Smith, MJ, Axler, R, Bean, S, Rudzicz, F, Shaw, J. Four Equity Considerations for the Use of Artificial Intelligence in Public Health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020; 98(4):290-2.
490. Canadian Institute for Advanced Research. Building a Learning Health System for Canadians: Report of the Cifar Task Force on Artificial Intelligence for Health Task Force. Canadian Institute for Advanced Research; 2020.
491. Dixon, BE, Rahurkar, S, Apathy, NC. Interoperability and Health Information Exchange for Public Health. In: Magnuson JA, Dixon BE, editors. *Public Health Informatics and Information Systems*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 307-24.
492. Vaccine Hunters. À Propos de Nous. Vaccine Hunters; 2021; disponible : <https://vaccinehunters.ca/about>.
493. Vaccine Hunters. Vaccine Hunters Canada to Pivot Operations. Vaccine Hunters; 2021; disponible : <https://vaccinehunters.ca/pivot>.
494. VaxHuntersCan. We've Developed a Free, Customizable, Multilingual, Open-Source Platform to Find Vaccine Appointments: <https://twitter.com/VaxHuntersCan/status/1430300283532419082?s=20> Aug 24, 2021[Tweet]. Available from: @VaxHuntersCan.
495. Kamwa Ngne, A, Morrison, V. Compétences En Politiques Publiques pour la Santé Publique : Une Revue de la Littérature. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2021.
496. Bhatia, D, Vaga, K, Roerig, M, Pawa, J, Allin, S, Marchildon, G. COVID-19 Case and Contact Management Strategies in Canada. Toronto, ON: North American Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
497. Khan, Y, O'Sullivan, T, Brown, A, Tracey, S, Gibson, J, Généreux, M, *et al.* Public Health Emergency Preparedness: A Framework to Promote Resilience. *BioMed Central Public Health*. 2018; 18(1):1344.
498. Coronado, F, Beck, AJ, Shah, G, Young, JL, Sellers, K, Leider, JP. Understanding the Dynamics of Diversity in the Public Health Workforce. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2020; 26(4).
499. Sellers, K, Leider, JP, Gould, E, Castrucci, BC, Beck, A, Bogaert, K, *et al.* The State of the US Governmental Public Health Workforce, 2014–2017. *American Journal of Public Health*. 2019; 109(5):674-80.
500. Shahi, A, Karachiwalla, F, Grewal, N. Walking the Walk: The Case for Internal Equity, Diversity, and Inclusion Work within the Canadian Public Health Sector. *Health Equity*. 2019; 3(1):183-5.
501. Khan, MS, Lakha, F, Tan, MMJ, Singh, SR, Quek, RYC, Han, E, *et al.* More Talk Than Action: Gender and Ethnic Diversity in Leading Public Health Universities. *The Lancet*. 2019; 393(10171):594-600.

502. Statistique Canada. La Santé Mentale Chez Les Travailleurs de la Santé au Canada Pendant la Pandémie de COVID-19. Le Quotidien; 2021.
503. Bryant-Genevier, J, Rao, CY, Lopes-Cardozo, B, Kone, A, Rose, C, Thomas, I, *et al.* Symptoms of Depression, Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder, and Suicidal Ideation among State, Tribal, Local, and Territorial Public Health Workers During the COVID-19 Pandemic — United States, March–April 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2021; 70:947-52.
504. Office of the Auditor General of Ontario. COVID-19 Preparedness and Management: Special Report on Emergency Management in Ontario—Pandemic Response. Toronto, ON: Office of the Auditor General of Ontario; 2020.
505. Santé public Ontario. Stratégies du Secteur des Soins de Santé Pouvant Être Adaptées au Secteur de la Santé Publique pour Favoriser la Santé Mentale et la Résilience du Personnel Pendant le Rétablissement Postpandémie de COVID-19. Santé public Ontario; 2021.
506. Glynn, MK, Jenkins, ML, Jr., Ramsey, C, Simone, PM. Public Health Workforce 3.0: Recent Progress and What's on the Horizon to Achieve the 21st-Century Workforce. *Journal of Public Health Management and Practice.* 2019; 25(1):S6-S9.
507. Edwards, NC, MacLean Davison, C. Social Justice and Core Competencies for Public Health: Improving the Fit. *Canadian Journal of Public Health.* 2008; 99(2):130-2.
508. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Compétences Essentielles En Santé Publique au Canada : Analyse et Comparaison du Contenu Relatif Aux Déterminants Sociaux de la Santé. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2012.
509. Cabaj, JL, Musto, R, Ghali, WA. Public Health: Who, What, and Why? *Canadian Journal of Public Health.* 2019; 110(3):340-3.
510. Brownson, RC, Burke, TA, Colditz, GA, Samet, JM. Reimagining Public Health in the Aftermath of a Pandemic. *American Journal of Public Health.* 2020; 110(11):1605-10.
511. Bowes, C, Cote-Meek, S, Cutler, H, Labre, S, Lemieux, S. Talking Together to Improve Health: Gathering and Sharing Learning. Sudbury, ON: Locally Driven Collaborative Projects; 2020.
512. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Le Racisme et L'équité En Santé : Parlons-En. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2018.
513. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. La Communication pour Accroître la Capacité Organisationnelle D'agir sur L'équité En Santé. Antigonish, NS: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2021.
514. Machado, S, Goldenberg, S. Sharpening Our Public Health Lens: Advancing Im/Migrant Health Equity during COVID-19 and Beyond. *International Journal for Equity in Health.* 2021; 20:57.
515. DeSalvo, KB, Wang, YC, Harris, A, Auerbach, J, Koo, D, O'Carroll, P. Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. *Preventing Chronic Disease.* 2017; 14:170017.
516. Jagals, P, Ebi, K. Core Competencies for Health Workers to Deal with Climate and Environmental Change. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021; 18(8):3849.

517. Lemery, J, Balbus, J, Sorensen, C, Rublee, C, Dresser, C, Balsari, S, *et al.* Training Clinical and Public Health Leaders in Climate and Health. *Health Affairs*. 2020; 39(12):2189-96.
518. Ghaffar, A, Rashid, SF, Wanyenze, RK, Hyder, AA. Public Health Education Post-COVID-19: A Proposal for Critical Revisions. *British Medical Journal Global Health*. 2021; 6(4):e005669.
519. Czabanowska, K, Kuhlmann, E. Public Health Competences through the Lens of the COVID-19 Pandemic: What Matters for Health Workforce Preparedness for Global Health Emergencies. *International Journal of Health Planning and Management*. 2021; 36(1):14-9.
520. Denis, J-L, Potvin, L, Rochon, J, Fournier, P, Gauvin, L. On Redesigning Public Health in Québec: Lessons Learned from the Pandemic. *Canadian Journal of Public Health*. 2020; 111(6):912-20.
521. Austin, SE, Ford, JD, Berrang-Ford, L, Araos, M, Parker, S, Fleury, MD. Public Health Adaptation to Climate Change in Canadian Jurisdictions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(1):623-51.
522. Fiset-Laniel, J, Guyon, A, Perreault, R, Strumpf, EC. Public Health Investments: Neglect or Wilful Omission? Historical Trends in Quebec and Implications for Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2020; 111(3):383-8.
523. Caldwell, HAT, Scruton, S, Fierlbeck, K, Hajizadeh, M, Dave, S, Sim, SM, *et al.* Fare Well to Nova Scotia? Public Health Investments Remain Chronically Underfunded. *Canadian Journal of Public Health*. 2021; 112(2):186-90.
524. Hoffman, SJ, Creatore, MI, Klassen, A, Lay, AM, Fafard, P. Building the Political Case for Investing in Public Health and Public Health Research. *Canadian Journal of Public Health*. 2019; 110(3):270-4.
525. Bratina, B. La COVID-19 et Les Peuples Autochtones : de la Crise à Un Véritable Changement. Comité permanent des affaires autochtones et du Nord; 2021.
526. Waakebiness-Bryce Institute for Indigenous Health. Ce Que Nous Avons Entendu : Peuples Autochtones & COVID-19 : Rapport Complémentaire de L'agence de la Santé Publique du Canada. Agence de santé publique du Canada; 2021.
527. Baum, F, Delany-Crowe, T, MacDougall, C, Lawless, A, van Eyk, H, Williams, C. Ideas, Actors and Institutions: Lessons from South Australian Health in All Policies on What Encourages Other Sectors' Involvement. *BioMed Central Public Health*. 2017; 17(1):811.
528. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health - Executive Summary. World Health Organization; 2008.
529. Delany, T, Lawless, A, Baum, F, Popay, J, Jones, L, McDermott, D, *et al.* Health in All Policies in South Australia: What Has Supported Early Implementation? *Health Promotion International*. 2016; 31(4):888-98.
530. Kickbusch, I, Gleicher, D. Governance for Health in the 21st Century. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
531. Gouvernement du Canada. Loi Canadienne sur la Santé. Gouvernement du Canada; 2020.

532. Kermodé-Scott, B. Canada Tries Once More to Set Public Health Goals. *British Medical Journal*. 2005; 331(7514):422-.
533. Gouvernement du Canada. *Maladie à Coronavirus (COVID-19) : Réponse du Canada*. Gouvernement du Canada; 2021.
534. Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations. *WHO's Work in Health Emergencies - Strengthening Preparedness for Health Emergencies: Implementation of the International Health Regulations (2005)*. World Health Organization; 2021.
535. Bump, JB, Friberg, P, Harper, DR. International Collaboration and COVID-19: What Are We Doing and Where Are We Going? *British Medical Journal*. 2021; 372:n180.
536. World Health Organization. *International Health Regulations*. World Health Organization; 2005.
537. Dion, M, AbdelMalik, P, Mawudeku, A. Big Data and the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN). *Canada Communicable Disease Report*. 2015; 41(9):209-14.
538. World Health Organization. *WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence*. World Health Organization; 2021.
539. Maxmen, A. Leader of WHO's New Pandemic Hub: Improve Data Flow to Extinguish Outbreaks. *Nature*. 2021.
540. World Health Organization. *WHO, Germany Open Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence in Berlin*. World Health Organization; 2021.
541. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration des Nations Unies sur Les Droits des Peuples Autochtones*. Assemblée générale des Nations Unies; 2007.
542. Ministère de la Justice. *Document D'information : Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur Les Droits des Peuples Autochtones*. Gouvernement du Canada; 2021.
543. First Nations Health Authority. *First Nations Health Authority*; 2021; Available from: <https://www.fnha.ca/>.
544. Northern Inter-Tribal Health Authority (NITHA). *Northern Inter-Tribal Health Authority*; 2021; Available from: <https://www.nitha.com/>.
545. McQueen, DV, Wismar, M, Lin, V, Jones, CM, Davies, M, ed. *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, Actions and Experiences*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
546. *South Australia's HiAP Approach*. Government of South Australia; 2018.
547. World Health Organization. *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. World Health Organization; 2014.
548. Government of Newfoundland and Labrador. *Take a Health-in-All-Policies Approach*. Government of Newfoundland and Labrador.
549. Gagnon, F, Turgeon, J, Dallaire, C. *L'évaluation D'impact sur la Santé au Québec: Lorsque la Loi Devient Levier D'action*. *Télescope*. 2008; 14(2):79-94.

550. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Initiative Pancanadienne sur Les Inégalités En Santé. Prince George, BC: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
551. Réseau pancanadien de santé publique. Les Principales Inégalités En Santé au Canada – Sommaire Exécutif. Réseau pancanadien de santé publique; 2018.
552. Marmot, M, Allen, J, Boyce, T, Goldblatt, P, Morrison, J. Build Back Fairer in Greater Manchester: Health Equity and Dignified Lives. London, UK: Institute of Health Equity; 2021.
553. Marmot Indicators. Public Health England; 2015; Available from: <https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/marmot>.
554. Marmot, M, Allen, J, Boyce, T, Goldblatt, P, Morrison, J. Build Back Fairer in Greater Manchester: Health Equity and Dignified Lives - Executive Summary. London, UK: Institute of Health Equity; 2021.
555. Health Equity in Greater Manchester: The Marmot Review 2020. Institute of Health Equity; 2020.
556. Michael Marmot and Jessica Allen: Building Back Fairer in Greater Manchester. The BMJ Opinion; 2021.
557. Bargain, O, Aminjonov, U. Trust and Compliance to Public Health Policies in Times of COVID-19. Journal of Public Economics. 2020; 192:104316.
558. Waters, E, Doyle, J, Jackson, N, Howes, F, Brunton, G, Oakley, A, *et al.* Evaluating the Effectiveness of Public Health Interventions: The Role and Activities of the Cochrane Collaboration. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006; 60(4):285-9.
559. Frieden, TR. Six Components Necessary for Effective Public Health Program Implementation. American Journal of Public Health. 2013; 104(1):17-22.
560. Hyland-Wood, B, Gardner, J, Leask, J, Ecker, UKH. Toward Effective Government Communication Strategies in the Era of COVID-19. Humanities and Social Sciences Communications. 2021; 8(1):30.
561. Santé Canada. Qu'est-Ce Que L'approche Axée sur la Santé de la Population? Gouvernement of Canada; 2013.