



Putting the horse back in front of the cart: a critical reflection on the CIHR-IPPH dialogue on the future of Canada's public health systems

Remettre les bœufs avant la charrue : réflexion critique sur le dialogue de l'ISPP-IRSC sur l'avenir des systèmes de santé publique au Canada

Trevor Hancock^{1,2} · Lindsay McLaren^{3,4}

Published online: 12 October 2021

© The Author(s), under exclusive licence to The Canadian Public Health Association 2021

The *Canadian Journal of Public Health* has published several editorials and other articles in recent years drawing attention to the weakening of public health across Canada and calling for actions to address these problems (Guyon and Perreault 2016; Guyon et al. 2017; Hancock 2018; Hancock and McLaren 2019; McLaren and Hancock 2019). We therefore welcome as an important and timely initiative the CIHR Institute of Population and Public Health's (IPPH) project to undertake:

a broad national dialogue with the public health community, to identify unified priorities and accompanying strategies to build robust and responsive public health systems fully prepared to address current challenges and future threats (Institute of Population and Public Health 2021, p. 2).

But we have two significant concerns with the Institute's background paper, both of which raise questions about the project's ability to achieve its goals because it does not in fact address the broad range of current challenges and future

threats, making it difficult if not impossible to build robust and responsive public health systems.

First and foremost, the business of public health as presented in IPPH's paper is narrow and reactive, emphasizing "repeated periods of public health emergency". The challenges identified are almost entirely communicable diseases:

Walkerton water contamination, the severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic, re-emergence of vaccine-preventable diseases, the opioid crisis, and now, the COVID-19 pandemic (Institute of Population and Public Health 2021, p. 2).

Certainly, the COVID-19 pandemic has brought public health to the forefront. However, in perpetuating this narrow version of public health—focused on communicable disease control led by the health care system—the IPPH fails to recognize that "the only way to ensure a just recovery from this pandemic, and to be ready for the next one, is to find ways to operationalize a broader vision of public health" (McLaren and Hennessy 2021).

As former Canadian Public Health Association President Christina Mills used to say, "population health is how we think, public health is what we do" (Hancock 2015; p. e254). To determine what a robust and responsive public health system would look like, it is imperative to begin with what we know about the health of the population and its determinants.

There is very little attention in the background paper to other major contributors to illness and death in Canada, including non-communicable diseases, mental health problems,

✉ Lindsay McLaren
lmclaren@ucalgary.ca

¹ School of Public Health and Social Policy, University of Victoria, Victoria, BC, Canada

² Conversations for a One Planet Region, Victoria, BC, Canada

³ Department of Community Health Sciences, University of Calgary, Calgary, AB, Canada

⁴ Canadian Centre for Policy Alternatives (National Office), Ottawa, ON, Canada

and injuries—many of which continue to be more deadly than COVID-19. And while opioid deaths are highlighted, there is no reference to the use of tobacco or alcohol, both of which individually kill far more people annually than do opioids—approximately 45,000 (Dobrescu et al. 2017) and 15,000 (Canadian Centre on Substance Use and Addiction 2019) deaths, respectively, compared with approximately 4000 for opioids (Government of Canada 2021).

Perhaps more significantly, there is surprisingly limited attention to the upstream determinants of health, well-being, and health equity; the IPPH's paper does not discuss or even mention the social determinants of health (Commission on Social Determinants of Health 2008). Inequity is discussed, but mostly in the context of measuring disparities. We fully agree with the need to address “structural drivers of health such as racism, colonialization, classism and ableism” but we would be highly remiss to omit other structural drivers such as capitalism (Freudenberg 2021) and neo-liberalism. There is little reference to the health of Indigenous peoples, beyond references to Indigenous governments' role in public health services.

Disconcertingly, there is no reference at all to the ecological determinants of health (Canadian Public Health Association 2015), planetary health (Whitmee et al. 2015) or recent statements from the UN Secretary General, António Guterres, that “Humanity is waging war on nature. This is senseless and suicidal . . . Making peace with nature is the defining task of the coming decades” (Guterres 2021, p. 4). The built environment does not feature at all, despite the fact that we are 80% urbanized in Canada and spend 90% of our time indoors (Hancock 2007), that a recent Chief Public Health Officer of Canada report was focused on the built environment (Chief Public Health Officer of Canada 2017), and that the IPPH itself has a major focus on healthy communities.

As discussed elsewhere (Hancock et al. 2020), a narrow version of public health—such as that endorsed in the IPPH paper—plays into the hands of the critics who have always wanted to curtail public health to a biomedical focus on communicable diseases; to have us “stay in our lane” and not discuss economic and social injustice or ecological limits.

Illustrative of the “stay in our lane” ideology, a 2014 editorial in *Maclean's* magazine stated:

It is apparently necessary to remind public health officials that their mandate (and competency) does not include individual food choices, income disparity, trade, agricultural policy or network programming decisions (Maclean's 2014)

while Peter Shawn Taylor, writing in *The Globe and Mail*, offered:

It is not the job of public health to have an opinion on taxes, economic policy, free trade or corporate control

and that public health ought to stick to their needles, and leave the economy alone (Taylor 2014).

To which Dr. Ryan Meili, Saskatchewan family physician and founder of Upstream, astutely responded in the *Huffington Post*, “I suppose that's something they [public health professionals] could do, but only if they didn't care about the health of Canadians” (Meili 2014).

Only when we have thought through the main determinants of the health of the population in the twenty-first century can we determine what public health should do, and only then can we decide how to build a system to support public health's core services and improve the health of the population.

That brings us to our second concern. The IPPH background paper focuses on “public health system challenges” in domains of capacity, governance, information systems, and financing. However, as shown in Fig. 1, from the World Federation of Public Health Associations (WFPHA) (Lomazzi 2016), within public health systems there are two sorts of activities:

- 1) Services: a group of core services—protection, prevention, and promotion¹;
- 2) Functions: a group of enabler functions—governance, advocacy, capacity, and information.

By focusing on the functions rather than the services, the background paper puts the cart before the horse by focusing mainly on what are, in effect, the supportive elements of good public health practice (Institute of Population and Public Health 2021). This serves to narrow and distort the consultation, as is clear in the topics for the consultation workshops, which are largely about these supportive elements. But it is difficult to discuss and build those supportive elements without first defining what we are doing and why. This was the more comprehensive approach taken in the 2003 IPPH report on the future of public health in the twenty-first century (Institute of Population and Public Health 2003).

The COVID-19 pandemic, coupled with IPPH's important initiative to undertake a dialogue on the future of Canada's public health systems, creates a rare opportunity to think in a truly transformative manner about public health. But for this to happen, we must put the horse back in front of the cart. If we in public health are serious about population health, well-being, and health equity, and their social, ecological, colonial, and other determinants, we need to go far beyond the version of health and public health systems described here. We respectfully suggest that that should be the starting point for this dialogue.

¹ In Canada, both population health assessment and surveillance are also recognized as core functions (Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health 2002).

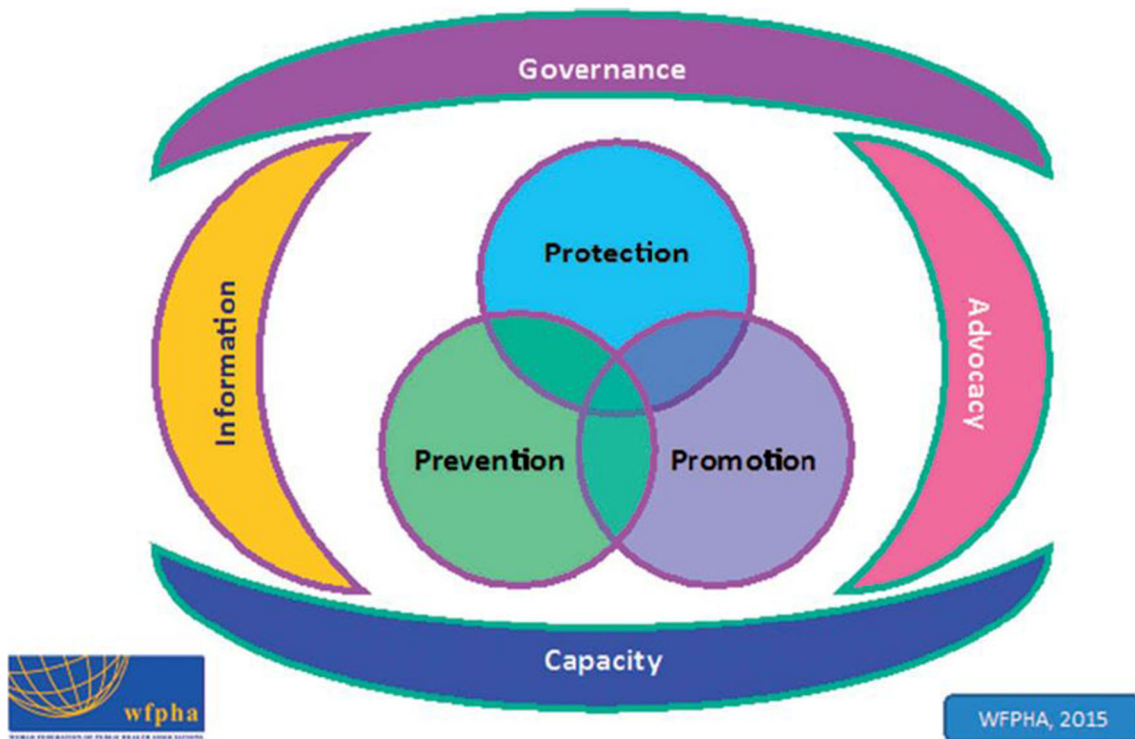


Fig. 1 WFPHA model of public health services and functions (Lomazzi 2016)

Trevor Hancock, Retired Professor and Senior Scholar, School of Public Health and Social Policy, University of Victoria, Victoria, BC; President, Conversations for a One Planet Region

Lindsay McLaren, Senior Editor, *Canadian Journal of Public Health*; Professor, Department of Community Health Sciences, University of Calgary, Calgary, AB; Canadian Centre for Policy Alternatives (National Office), Ottawa, ON

Éditorial invité

La *Revue canadienne de santé publique* a publié ces dernières années plusieurs éditoriaux et autres articles qui attirent l'attention sur l'affaiblissement de la santé publique partout au Canada et qui appellent les lecteurs à aborder le problème (Guyon and Perreault 2016; Guyon et al. 2017; Hancock 2018; Hancock and McLaren 2019; McLaren and Hancock 2019). Nous saluons donc l'initiative importante et opportune de l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP), l'un des Instituts de recherche en santé du Canada, qui lance :

« une vaste conversation nationale avec le milieu de la santé publique, dans le but de déterminer les priorités communes et les stratégies nécessaires afin d'assurer la robustesse et la réactivité des systèmes et de les préparer

pleinement aux défis actuels et aux menaces futures » (Institute of Population and Public Health 2021, p. 2).

Mais nous avons deux réserves à l'égard du document d'information de l'Institut; les deux soulèvent des questions quant à la capacité du projet d'atteindre ses objectifs, car il n'aborde pas vraiment le large éventail des problèmes actuels et des menaces futures, ainsi rendant difficile, sinon impossible, la tâche de créer des systèmes de santé publique souples et robustes.

En premier lieu, le mandat de la santé publique, telle qu'il est présenté dans le document de l'ISPP, est étroit et réactif et met l'accent sur les différentes « urgences de santé publique » auxquelles le pays a dû faire face. Il s'agit dans presque tous les cas d'épisodes de maladies transmissibles :

« l'eau contaminée à Walkerton, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la réapparition de maladies évitables par la vaccination, la crise des opioïdes, et maintenant, la pandémie de COVID-19 » (Institute of Population and Public Health 2021, p. 2).

D'accord, la pandémie de COVID-19 a mis la santé publique à l'avant-plan. Mais en perpétuant cette vision étriquée de la santé publique – axée sur la lutte contre les maladies transmissibles sous la direction du système de soins de santé – l'ISPP ne reconnaît pas que « le seul moyen d'assurer un rétablissement équitable à la suite de cette

pandémie, et d'être prêts pour la prochaine, est de trouver moyen d'opérationnaliser une vision élargie de la santé publique » (traduction libre, McLaren and Hennessy 2021).

Comme l'ancienne présidente de l'Association canadienne de santé publique, Christina Mills, avait l'habitude de le dire, « la santé des populations désigne notre stratégie de réflexion, et la santé publique, les mesures que nous prenons directement » (Hancock 2015; p. e254). Pour savoir à quoi ressemblerait un système de santé publique souple et robuste, il faut absolument commencer par ce que nous savons de la santé des populations et de ses déterminants.

Le document d'information ne s'arrête pas sur les autres grands facteurs de maladie et de décès au Canada, comme les maladies non transmissibles, les troubles de santé mentale et les blessures, dont bon nombre continuent de faire plus de victimes que la COVID-19. Et bien que les décès dus aux opioïdes soient soulignés, il n'y a aucune mention de la consommation de tabac ou d'alcool, qui font chacune beaucoup plus de victimes que les opioïdes, soit environ 45 000 (Dobrescu et al. 2017) et 15 000 (Canadian Centre on Substance Use and Addiction 2019), respectivement, contre environ 4 000 décès dus aux opioïdes (Government of Canada 2021).

Surtout, le document de l'ISPP accorde étonnamment peu d'attention aux déterminants de la santé, du bien-être et de l'équité en santé en amont; il ne mentionne même pas les déterminants sociaux de la santé (Commission on Social Determinants of Health 2008). Les inégalités sont abordées, mais principalement dans le contexte de la mesure des disparités. Nous sommes entièrement d'accord qu'il faut tenir compte des « déterminants structurels de la santé comme le racisme, le colonialisme, le classisme et le capacitisme », mais nous manquerions à nos obligations en omettant les autres déterminants structurels comme le capitalisme (Freudenberg 2021) et le néolibéralisme. Il est peu question de la santé des peuples autochtones, au-delà des mentions du rôle des gouvernements autochtones dans les services de santé publique.

Plus navrant encore, il n'est pas fait mention des déterminants écologiques de la santé (Canadian Public Health Association 2015), de la santé planétaire (Whitmee et al. 2015), ni des récentes déclarations du secrétaire général de l'ONU, António Guterres, selon qui « L'humanité fait la guerre à la nature. C'est suicidaire. [...] Faire la paix avec la nature est la tâche déterminante du 21^e siècle » (Guterres 2021, p. 4). Le milieu bâti est lui aussi entièrement omis malgré le fait que nous sommes urbanisés à 80 % au Canada et que nous passons 90 % de notre temps à l'intérieur (Hancock 2007), qu'un rapport récent de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada a porté sur le milieu bâti (Chief Public Health Officer of Canada 2017), et que l'ISPP lui-même accorde une attention particulière aux « communautés en santé ».

Comme nous l'avons mentionné ailleurs (Hancock et al. 2020), une version étroite de la santé publique – comme celle qui est avalisée dans le document de l'ISPP – fait le jeu des critiques qui ont toujours voulu la réduire à une focalisation biomédicale sur les maladies transmissibles et qui souhaitent que nous « restions dans notre voie » au lieu de parler des injustices économiques et sociales ou des limites écologiques.

Cette idée de devoir « rester dans notre voie » est illustrée dans un éditorial de la revue *Maclean's* paru en 2014 :

« Il est apparemment nécessaire de rappeler aux autorités de santé publique que leur mandat (et leur compétence) ne s'étend pas aux choix alimentaires personnels, à la disparité des revenus, au commerce, à la politique agricole ou aux décisions de programmation réseau » (traduction libre; Maclean's 2014)

De son côté, Peter Shawn Taylor écrivait dans le *Globe and Mail* :

« Ce n'est pas la tâche de la santé publique d'avoir une opinion sur la fiscalité, la politique économique, le libre-échange ou le contrôle des entreprises » et « La santé publique devrait s'occuper de ses injections et laisser l'économie tranquille » (traduction libre; Taylor 2014).

À quoi le D^r Ryan Meili, médecin de famille en Saskatchewan et fondateur du centre de réflexion Upstream, a astucieusement répondu dans le *Huffington Post* : « Je suppose qu'ils [les professionnels de la santé publique] pourraient le faire, mais seulement s'ils ne se soucient pas de la santé des Canadiens » (traduction libre; Meili 2014).

Ce n'est que lorsque nous aurons bien réfléchi aux principaux déterminants de la santé des populations au 21^e siècle que nous pourrions déterminer ce que la santé publique devrait faire, et ce n'est qu'à ce moment-là que nous pourrions décider comment créer un système qui appuie les services de base de la santé publique et qui améliore la santé des populations.

Ceci nous amène à notre deuxième réserve à l'égard du document d'information de l'ISPP. Celui-ci insiste sur les « défis des systèmes de santé publique » dans les domaines de la capacité, de la gouvernance, des systèmes d'information et du financement. Toutefois, comme le montre la figure 1 créée par la Fédération mondiale des associations de la santé publique (WFPHA) (Lomazzi 2016), à l'intérieur des systèmes de santé publique il y a deux groupes d'activités :

- 1) Services : un groupe de services de base – Protection, prévention et promotion²;

² Au Canada, l'évaluation et la surveillance de la santé des populations sont aussi considérées comme des fonctions de base (Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health 2002).

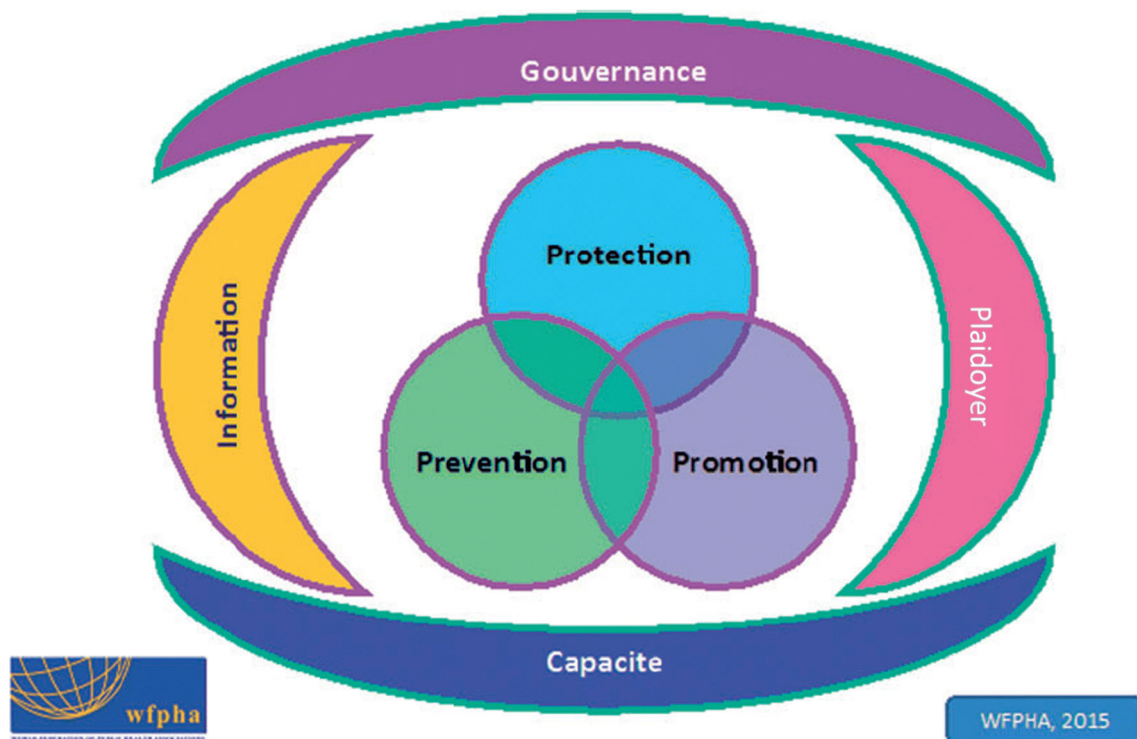


Fig. 1 Modèle des services et des fonctions de santé publique de la WFPHA (Lomazzi, 2016)

- 2) Fonctions : un groupe de fonctions facilitatrices – Gouvernance, plaidoyer, capacité et information.

En s’attachant aux fonctions plutôt qu’aux services, le document d’information met la charrue avant les bœufs en se concentrant surtout sur ce qui sont en fait les éléments de soutien des bonnes pratiques en santé publique (Institute of Population and Public Health 2021). Cela réduit et dénature la consultation, comme on le voit clairement aux thèmes des ateliers, qui portent dans une large mesure sur ces éléments de soutien. Mais il est difficile d’aborder et de renforcer les éléments de soutien sans avoir défini au préalable ce que nous faisons et pourquoi. C’est pourtant la démarche plus globale qui avait été adoptée dans le rapport de l’ISPP de 2003 sur l’avenir de la santé publique au 21^e siècle (Institute of Population and Public Health 2003).

La pandémie de COVID-19, combinée à l’importante initiative de l’ISPP d’amorcer un dialogue sur l’avenir des systèmes de santé publique au Canada, fait naître une rare occasion de réfléchir à la santé publique de façon vraiment transformatrice. Mais pour cela, il faut remettre les bœufs avant la charrue. Si nous, les gens de la santé publique, prenons au sérieux la santé et le bien-être des populations, l’équité en santé et leurs déterminants sociaux, écologiques, coloniaux et autres, nous devons aller bien au-delà de la version des systèmes de santé et

de santé publique décrite ici. Nous suggérons respectueusement que cela devrait être le point de départ d’un tel dialogue.

Trevor Hancock, professeur et chercheur principal à la retraite de l’École de santé publique et de politique sociale de l’Université de Victoria (Colombie-Britannique); président de Conversations for a One Planet Region

Lindsay McLaren, rédactrice scientifique adjointe, *Revue canadienne de santé publique*; professeure, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary, Calgary (Alberta); agrégée de recherche, Centre canadien de politiques alternatives (siège national), Ottawa (Ontario)

References/Références bibliographiques

- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2019). Alcohol [Data is for 2014]. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-en.pdf>. Accessed 9 May 2021.
- Canadian Public Health Association. (2015). *The ecological determinants of health*. CPHA Available at <https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/edh-discussionne.pdf>.
- Chief Public Health Officer of Canada. (2017). *Report on the State of Public Health in Canada 2017 - designing healthy living*. Public Health Agency of Canada.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social*

- determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health.* World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
- Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G., & Dinh, T. (2017). *The costs of tobacco use in Canada, 2012.* The Conference Board.
- Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. (2002). *Survey of public health capacity in Canada: highlights.* Ottawa: The Advisory Committee.
- Freudenberg, N. (2021). *At what cost: Modern capitalism and the future of health.* Oxford University Press.
- Government of Canada. (2021). Opioid- and stimulant-related harms in Canada. [Data are for 2019]. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/graphs?index=422>. Accessed 9 May 2021.
- Guterres, A. (2021). Foreword. In United Nations Environment Programme. In *Making Peace with Nature: A scientific blueprint to tackle the climate, biodiversity and pollution emergencies.* UNEP <https://www.unep.org/resources/making-peace-nature>.
- Guyon, A., & Perreault, R. (2016). Public health systems under attack in Canada: Evidence on public health system performance challenges arbitrary reform. *Canadian Journal of Public Health, 107*(3), e326–e329.
- Guyon, A., Hancock, T., Kirk, M., MacDonald, M., Neudorf, C., Sutcliffe, P., Talbot, J., & Watson-Creed, G. (2017). The weakening of public health: A threat to population health and health care system sustainability (Editorial). *Canadian Journal of Public Health, 108*(1), e1–e7.
- Hancock, T. (2007). Creating environments for health – 20 years on. *Promotion & Education, Suppl 2:7-8*, 39–40, 55–6.
- Hancock, T. (2015). Population health promotion 2.0: An eco-social approach to public health in the Anthropocene. *Canadian Journal of Public Health, 106*(4), e252–e254.
- Hancock, T. (2018). Erosion of public health capacity should be a matter of concern for all Canadians. *Canadian Journal of Public Health, 108*(5–6), e458–E461.
- Hancock, T., & McLaren, L. (2019). Why public health matters today. *Canadian Journal of Public Health, 110*(3), 259–263.
- Hancock, T., Kershaw, P., McLaren, L., MacDonald, M., Turner, S. & Jackson, S. F. (2020). There is much more to public health than COVID-19. *Healthy Debate* (15 June). <https://healthydebate.ca/opinions/more-to-public-health-than-covid>.
- Institute of Population and Public Health. (2003). *The future of public health in Canada: Developing a public health system for the 21st century.* The Institute.
- Institute of Population and Public Health. (2021). *Building public health systems for the future.* The Institute.
- Lomazzi, M. (2016). A Global Charter for the Public’s Health—the public health system: Role, functions, competencies and education requirements. *European Journal of Public Health, 26*(2), 210–212.
- Maclean’s. (2014). Public health agencies should prioritize infectious diseases [Editorial]. *Maclean’s* (October 25th). <http://www.macleans.ca/society/health/the-editorial-public-health-agencies-should-prioritize-infectious-diseases/>. Accessed 9 May 2021.
- McLaren, L., & Hancock, T. (2019). Public health matters—but we need to make the case. *Canadian Journal of Public Health, 110*(3), 264–269.
- McLaren, L., & Hennessy, T. (2021). *A broader vision of public health. The Monitor, January-February 2021.* Canadian Centre for Policy Alternatives <https://www.policyalternatives.ca/publications/monitor/broader-vision-public-health>.
- Meili, R. (2014). Public health is getting political. *Huffington Post* (25 November). https://www.huffingtonpost.ca/ryan-meili/public-health-policy-canada_b_6209524.html. Accessed 9 May 2021.
- Taylor, P. S. (2014). Public health officers should focus on disease, not politics. *The Globe and Mail* (Monday, Nov. 17). <https://www.theglobeandmail.com/opinion/public-health-officers-should-focus-on-disease-not-politics/article21610596/>. Accessed 9 May 2021.
- Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., et al. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation – Lancet Commission on Planetary Health. *The Lancet, 386*(1007), 1973–2028.

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