

# **MÉMOIRE**

**Projet de loi 7 - Loi visant à réduire la bureaucratie,  
à accroître l'efficacité de l'État et à renforcer  
l'imputabilité des hauts fonctionnaires**

**Novembre 2025**

**Note :** Ce document constitue un ouvrage collectif rédigé par plusieurs professeurs.e.s et chercheurs.es issu.e.s de différentes universités. Ce document porte sur la fusion des organisations : l'INESSS et l'INSPQ.

**Mémoire présenté en commission parlementaire par\* :**  
Nathalie Clavel<sup>1</sup> et Olivier Jacques<sup>1</sup>

**Auteurs\* du mémoire :** Roxane Borgès Da Silva<sup>1</sup>, Delphine Bosson-Rieutort<sup>1</sup>, François M. Castonguay<sup>1</sup>, Nathalie Clavel<sup>1</sup>, Lara Gautier<sup>1</sup>, Olivier Jacques<sup>1</sup>, Stéphanie Maltais<sup>1</sup>, Francesco Montani<sup>1</sup>, Aude Motulsky<sup>1</sup>, Amélie Quesnel-Vallée<sup>2</sup>, Mylène Ratelle<sup>3</sup>, Caroline Raymond<sup>1</sup>, Éric Robitaille<sup>4</sup>, Audrey Smargiassi<sup>3</sup>

**Signataires\* du mémoire :** Emmanuelle Arpin<sup>1</sup>, François Béland<sup>1</sup>, Régis Blais<sup>1</sup>, Rosanne Blanchet<sup>4</sup>, David Buetti<sup>1</sup>, Claire Chamberland<sup>5</sup>, Catherine des Rivières-Pigeon<sup>6</sup>, Pierre-Luc Déziel<sup>7</sup>, Réjean Dion<sup>4</sup>, Carl-Ardy Dubois<sup>1</sup>, Charles Dupras<sup>4</sup>, Luc Faucher<sup>8</sup>, Morgane Gabet<sup>1</sup>, Sami Haddad<sup>3</sup>, Bernard-Simon Leclerc<sup>4</sup>, Nima Machouf<sup>4</sup>, Muriel Mac-Seing<sup>4</sup>, Lisa Merry<sup>9</sup>, Karine Nour<sup>4</sup>, Mathieu Philibert<sup>10</sup>, Thomas Poder<sup>1</sup>, Julie Poissant<sup>11</sup>, Marie-Pascale Pomey<sup>1</sup>, Louise Potvin<sup>4</sup>, Marie-Claude Rousseau<sup>12,4</sup>, Johanne Saint-Charles<sup>13</sup>, Nadia Sourial<sup>1</sup>, Susan Stock<sup>4</sup>, Cathy Vaillancourt<sup>12</sup>, Bryn Willians-Jones<sup>4</sup>

**Affiliations des auteurs et signataires**

<sup>1</sup> : Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique, Université de Montréal

<sup>2</sup> : Department of Equity, Ethics and Policy, School of Public Health, McGill University

<sup>3</sup> : Département de santé environnementale et santé au travail, École de santé publique, Université de Montréal

<sup>4</sup> : Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal

<sup>5</sup> : École de Service Social, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal

<sup>6</sup> : Département de sociologie, faculté des sciences humaines, Université du Québec à Montréal

<sup>7</sup> : Faculté de droit, Université Laval

<sup>8</sup> : Directeur de l'Institut Santé et société, UQAM

<sup>9</sup> : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

<sup>10</sup> : Département de sexologie, Faculté des sciences humaines, Université du Québec à Montréal

<sup>11</sup> : Faculté des sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal

<sup>12</sup> : INRS-Centre Armand Frappier Santé Biotechnologie

<sup>13</sup> : Département de communication sociale et publique, Faculté de communication, UQAM

\* : *Les noms des personnes sont présentés par ordre alphabétique*

# Sommaire

## Fusion INSPQ–INESSS et création de l'IQSSS

Le Projet de loi 7 propose la fusion de l'INSPQ et de l'INESSS au sein d'un nouvel Institut québécois de santé et de services sociaux (IQSSS). Le mémoire met en lumière des risques majeurs pour la santé publique québécoise, l'intégrité scientifique et la capacité de surveillance et d'anticipation du système de santé. Les auteurs de ce mémoire proposent des recommandations afin de minimiser l'impact négatif.

### 1. Risque de dilution de la santé publique

Le changement de nom effaçant « santé publique » affaiblit symboliquement et institutionnellement la mission populationnelle. La santé publique est reléguée à un rôle de soutien dans un institut historiquement centré sur l'évaluation clinique, ce qui crée un déséquilibre stratégique. Les fonctions essentielles de santé publique sont fragmentées entre Santé Québec (surveillance et laboratoires), le MSSS (recherche et formation) et l'IQSSS (expertise), rompant la boucle de connaissances indispensable (surveillance → expertise → recherche → action).

### 2. Affaiblissement de l'autonomie scientifique

L'article 11 soumet la planification scientifique à l'approbation du ministre, introduisant un risque de contrôle politique et d'autocensure. La crédibilité de l'institut et sa capacité d'alerte précoce en seraient diminuées. De plus, la composition du conseil d'administration ne garantit aucune représentation significative de la santé publique, accroissant le risque d'une domination de la logique clinique dans les arbitrages.

### 3. Enjeux critiques liés au financement

Les travaux scientifiques montrent que la santé publique est historiquement sous-financée et vulnérable aux compressions. Le PL7, en intégrant la santé publique dans une structure centrée sur le curatif, accroît le risque de voir les budgets préventifs phagocytés par des besoins cliniques pressants. Une garantie légale de financement équitable serait nécessaire pour préserver la mission populationnelle.

### 4. Risques majeurs pour les ressources humaines

La fusion et les transferts créent un risque élevé de perte de savoirs critiques (15–40 % lors de fusions mal gérées). L'incertitude, la surcharge, les redéfinitions de rôle et l'absence de mesures d'accompagnement exposent les équipes à l'épuisement et à l'attrition. Les cultures professionnelles très différentes entre l'INSPQ et l'INESSS risquent de générer des tensions durables sans une stratégie d'intégration culturelle explicite.

## **5. Fragmentation de l'accès aux données et de la capacité analytique**

Séparer surveillance, laboratoires, recherche et expertise entraîne une complexification du cadre d'accès aux données, essentiel à la santé publique moderne. Les risques identifiés incluent : délais accrus, ruptures de surveillance, obstacles juridiques, incohérence analytique. Cela limite la capacité du Québec à anticiper, modéliser et répondre aux menaces sanitaires.

## **6. Atteinte à l'approche Une seule santé (One Health)**

Le PL7 ne reconnaît pas explicitement l'approche One Health, pourtant centrale pour gérer les risques zoonotiques, environnementaux et climatiques. La fragmentation des expertises (zoonoses, toxicologie, climat-santé, environnement) affaiblirait la vigilance et les capacités intersectorielles nécessaires pour prévenir crises sanitaires et impacts climatiques.

## **7. Absence de gouvernance de transition et de gestion du changement**

Le PL7 ne prévoit aucun mécanisme formel de gestion du changement : pas de comité de transition, pas de feuille de route, pas d'analyse de risques. Cela augmente les risques de rupture opérationnelle, de pertes d'expertise, de confusion stratégique et de démobilisation dans un contexte déjà fragile.

## **Conclusion**

Dans sa forme actuelle, le PL7 compromet la mission populationnelle, l'autonomie scientifique et la capacité d'action de la santé publique au Québec. La fragmentation des fonctions essentielles, l'absence de vision scientifique intégratrice et le manque de dispositifs de gestion du changement exposent le système à des risques majeurs de perte d'expertise, d'affaiblissement de la surveillance, de fragilisation de l'approche One Health et de diminution de la performance collective en santé publique.

# Table des matières

<b>SOMMAIRE</b>	<b>4</b>
<b>I. L'IMPORTANCE DE PRÉSERVER LA MISSION, L'EXPERTISE ET LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE</b>	<b>7</b>
1. L'IDENTITÉ ET LE NOM DE LA NOUVELLE ORGANISATION (ARTICLE 3)	7
2. DILUTION DE LA MISSION DE SANTÉ PUBLIQUE ET FRAGMENTATION DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE (ARTICLES 4, 5 ET 19)	8
3. LA COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION (ARTICLE 42)	13
4. L'ENJEU DE L'AUTONOMIE SCIENTIFIQUE ET LE CONTRÔLE POLITIQUE (ARTICLE 11)	14
5. FINANCEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE	14
<b>II-ENJEUX ET DÉFIS AU NIVEAU DES RESSOURCES HUMAINES</b>	<b>15</b>
1. EFFETS SUR LE CAPITAL DE SAVOIRS (ARTICLES 60 ET SUIVANTS)	15
2. CONDITIONS DE TRAVAIL ET SANTÉ PSYCHOLOGIQUE	16
3. CULTURE ORGANISATIONNELLE ET DIRECTION SCIENTIFIQUE	17
4. RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES POUR LA GESTION DU CHANGEMENT	18
<b>III. LES ENJEUX AUTOUR DES DONNÉES ET DES MÉTHODES</b>	<b>18</b>
1. CADRE JURIDIQUE DE L'ACCÈS AUX DONNÉES	18
2. ENJEUX IDENTIFIÉS POUR MAINTENIR LA MISSION DE SANTÉ PUBLIQUE	19
<b>IV. LES IMPACTS SUR L'APPROCHE UNE SEULE SANTÉ</b>	<b>20</b>
1. IMPORTANCE STRATÉGIQUE DE L'APPROCHE UNE SEULE SANTÉ	20
2. RISQUE D'ÉROSION DE L'EXPERTISE INTERDISCIPLINAIRE	22
3. PERTE POTENTIELLE DE LEADERSHIP EN SANTÉ ANIMALE, ENVIRONNEMENTALE ET CLIMATIQUE	23
<b>V. GESTION DU CHANGEMENT ET GOVERNANCE DE LA TRANSITION</b>	<b>24</b>
2. GESTION DES RISQUES : IMPACTS SUR LES ÉQUIPES, MANDATS ET CONTINUITÉ OPÉRATIONNELLE	26
3. HARMONISATION CULTURELLE ET IDENTITÉ PARTAGÉE	27
3. GOVERNANCE DE LA TRANSITION SOUS LE PL7	28
PROBLÈME IDENTIFIÉ	28
<b>CONCLUSION</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>30</b>

# I. L'importance de préserver la mission, l'expertise et le financement de la santé publique

## 1. L'identité et le nom de la nouvelle organisation (Article 3)

### **Problème identifié : Effacement de l'identité de la santé publique**

Le changement de nom proposé — qui abroge la loi constitutive de l'INSPQ et renomme simplement l'INESSS en « Institut québécois de santé et de services sociaux (IQSSS) » — entraîne une disparition complète du terme « santé publique ». Ce choix n'est pas anodin. La littérature sur l'identité organisationnelle (Albert et Whetten, 1985) montre que le nom d'une organisation constitue un marqueur central de son rôle, de sa mission et de sa légitimité institutionnelle.

Dans une fusion où une organisation est absorbée juridiquement par une autre, l'effacement de son nom revient à affaiblir symboliquement sa mission et à réduire sa visibilité dans la nouvelle entité. Sur le plan institutionnel, un tel signal contribue à modifier la hiérarchie implicite entre les missions historiques de l'INSPQ et de l'INESSS. Ce signal augmente le risque de démobilisation, de résistance et d'exode des professionnels de santé publique, hautement qualifiés.

### **Analyse**

L'absence du terme « santé publique » dans le nom de la nouvelle organisation crée ainsi un risque clair de déséquilibre entre les deux missions fondatrices : d'une part, la mission populationnelle — prévention, surveillance, vigie, protection, réduction des inégalités sociales de santé, qui est au cœur de l'INSPQ et d'autre part, les missions historiques de l'INESSS sur l'amélioration des pratiques d'évaluation des technologies et des pratiques cliniques de pointe dans le système de santé et de services sociaux.

Ce choix est d'autant plus problématique que, depuis le Rapport Lalonde (1974), les services de santé et de services sociaux sont reconnus comme des déterminants de la santé. Le nom de la nouvelle organisation devrait donc refléter la complémentarité et l'égalité statutaire entre l'expertise populationnelle et l'expertise d'évaluation des technologies et des pratiques cliniques de pointe dans le système de santé et de services sociaux plutôt que de renforcer une asymétrie entre ces missions essentielles et complémentaires. Dans cette perspective, réduire implicitement la mission du futur IQSSS à une approche centrée sur les services de santé et les services sociaux représente un retour en arrière conceptuel.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets anticipés	Recommandations
Disparition du terme « santé publique » dans le nom du nouvel institut	<ul style="list-style-type: none"><li>• Affaiblissement symbolique de la santé publique auprès des acteurs de la santé et des services sociaux et de la population</li><li>• Disparition dans l'organigramme des organismes publics du terme de santé publique</li><li>• Message d'infériorisation de la mission populationnelle et des déterminants de la santé autre que le système de santé et de services sociaux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inclure explicitement « santé publique » dans le nom</li><li>• Proposer un nom double reflétant les deux missions, ex. : <i>Institut québécois de santé publique et d'excellence en santé et services sociaux (IQSPESSS)</i></li></ul>

## 2. Dilution de la mission de santé publique et fragmentation des fonctions essentielles de santé publique (articles 4, 5 et 19)

### Problème identifié : dilution et subordination de la mission de santé publique

Le projet de loi place la santé publique comme une fonction de « soutien » (art. 4), plutôt qu'une mission fondamentale. À l'article 5, les fonctions clés de santé publique sont reléguées aux alinéas 7.1° à 7.4° et noyées parmi 11 missions dominées par l'approche clinique historique de l'INESSS — sans que le terme « santé publique » n'apparaisse une seule fois dans cet article.

### Problème identifié : fragmentation des fonctions essentielles de santé publique

Le projet de loi fragmente les fonctions centrales de la santé publique en les répartissant entre trois entités distinctes :

- Les laboratoires et la surveillance, transférés à Santé Québec ;
- La recherche, la formation et la collaboration universitaires, transférées au ministre (art. 19) ;
- L'expertise et les recommandations, transférées à l'IQSSS.

Cette séparation rompt la *boucle de connaissances* décrite par l'International Association of National Public Health Institutes (IANPHI, 2016) et l'Organisation

mondiale de la santé (OMS, 2021) : surveillance → expertise → recherche → formation → action, qui constitue l'architecture fondamentale de tout institut national de santé publique.

L'article 19 retire par ailleurs trois fonctions déterminantes pour la capacité scientifique de l'institut :

- La collaboration avec les universités pour la formation ;
- La formation continue ;
- La recherche en santé publique.

Or, ces fonctions sont au cœur de la continuité scientifique et de l'apprentissage organisationnel qui permettent de s'assurer que la santé publique intègre les meilleures pratiques et propose des stratégies porteuses de valeur basées sur les données probantes.

## **Problème identifié : Absence de vision scientifique unificatrice**

Le projet de loi ne présente aucun projet scientifique porteur articulant surveillance, expertise, recherche et formation. Or, les expériences internationales montrent qu'une restructuration des rôles et missions de santé publique à l'échelle nationale ne peut réussir sans une vision scientifique intégratrice permettant de définir des priorités communes, de structurer les collaborations, de s'assurer d'une certaine cohérence entre missions cliniques et populationnelles et de guider l'innovation (Carnavale et al., 2023 ; Myhre et al., 2022 ; Brugnara et al., 2023, Frieden et al., 2010).

## **Analyse**

### **La boucle de connaissances : un pilier des instituts performants**

La *boucle de connaissances* — décrite par l'IANPHI — constitue l'architecture fondamentale d'un institut national de santé publique. Elle permet que :

- La surveillance alimente l'expertise ;
- L'expertise génère des questions pour la recherche ;
- La recherche soutient la formation et la diffusion ;
- La formation renforce l'action en santé publique.

Lorsque ces fonctions sont éclatées entre plusieurs entités, une pour la surveillance, une autre pour la recherche et la formation, une troisième pour l'expertise, l'apprentissage organisationnel se fragmente, les délais de réaction s'allongent et la capacité d'anticipation, de mobilisation et d'innovation se trouve diminuée.

Cette situation est comparable au cas britannique de la dissolution de *Public Health England* (PHE), largement documentée pour avoir :

- Affaibli l'anticipation épidémiologique ;
- Créé des incohérences stratégiques ;
- Accru la dépendance aux priorités politiques immédiates ;
- Brisé les synergies entre surveillance, recherche et actions de santé publique.

Les analyses de Hunter, Littlejohns et Weale (2022), Rimmer (2020) et Weale et al. (2023) montrent que la séparation fonctionnelle (sécurité sanitaire/recherche/promotion de la santé) a entraîné :

- Une perte de cohérence stratégique,
- Un affaiblissement de la coordination,
- Une dépendance accrue aux priorités politiques immédiates au détriment de la planification à long terme et
- Une réduction de la capacité globale du système de santé à réagir et s'adapter rapidement aux menaces émergentes.

### **Une triple dilution de la santé publique**

La fragmentation des fonctions essentielles entraîne une triple dilution, qui pourrait affaiblir la capacité de l'IQSSS à agir comme un véritable institut national :

#### *1. Dilution institutionnelle (subordination à une vision clinique)*

La santé publique est positionnée comme une fonction de soutien au sein d'un institut historiquement orienté vers l'évaluation des technologies et des pratiques cliniques de pointe, ce qui réduit son poids stratégique.

#### *2. Dilution fonctionnelle (dispersion des fonctions cœur)*

Les fonctions essentielles (surveillance, recherche, formation) sont retirées de l'institut et réparties entre Santé Québec et le ministère, au risque d'introduire des priorités divergentes et de briser les synergies nécessaires amenant des risques pour la santé de la population.

#### *3. Dilution stratégique (absence de vision scientifique intégratrice)*

Sans projet scientifique porteur articulant surveillance, expertise, recherche et formation, l'IQSSS ne peut constituer un institut cohérent et innovant ni assumer pleinement ses fonctions de prévention, de vigie sanitaire et d'amélioration de la santé des populations ; alors même que l'INSPQ est reconnu au niveau international comme un leader dans ce domaine.

Pourquoi cette triple dilution est problématique ?

Un institut national de santé publique n'est crédible et performant que s'il intègre ses fonctions scientifiques à ses missions opérationnelles. Les séparer revient à :

- Affaiblir l'expertise interne ;
- Réduire la capacité d'anticipation et d'action rapide ;
- Augmenter la dépendance politique vis-à-vis des priorités ministérielles ;
- Compromettre la cohérence scientifique et stratégique.

Les standards internationaux (OMS, IANPHI) soulignent que la synergie des fonctions est la base des instituts performants (OMS, 2018 ; IANPHI, 2016).

L'exemple belge Sciensano, créé en 2018, montre qu'une fusion ne fonctionne que lorsqu'elle s'appuie sur :

- Une vision scientifique intégratrice (*One Health*) ;
- Une consolidation — et non une fragmentation — des fonctions critiques ;
- Un mandat clair de production de connaissances au service des décisions publiques.

La triple dilution, institutionnelle, fonctionnelle et stratégique, menace directement la capacité du futur IQSSS à agir comme un institut scientifique agile, cohérent, performant en matière de surveillance et d'anticipation, et capable de soutenir des décisions de santé publique basées sur les données probantes et l'expertise québécoise et de façon proactive.

**Tableau de synthèse**

<b>Problème</b>	<b>Effets anticipés</b>	<b>Recommandations</b>
Dilution institutionnelle de la santé publique : SP positionnée comme un rôle de soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de leadership au niveau international</li> <li>• Perte de leadership sur les approches populationnelles</li> <li>• Subordination à la logique clinique et technologique</li> <li>• Baisse d'influence dans les arbitrages stratégiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraire les fonctions de santé publique des sous-paragraphes</li> <li>• Incrire explicitement « santé publique », « prévention », « réduction des ISS », « surveillance, vigie et protection » dans la mission principale de l'IQSSS</li> </ul>
Dilution fonctionnelle : dispersion des fonctions cœur : surveillance à SQ, recherche/formation au MSSS, expertise à l'IQSSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rupture de la boucle de connaissances (surveillance → expertise → recherche → formation → action)</li> <li>• Délais accrus de réaction et d'anticipation</li> <li>• Dépendance politique accrue</li> <li>• Diminution de l'expertise et de la capacité à prendre des décisions basées sur les données probantes de manière réactive et proactive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapatrier les fonctions de surveillance (laboratoires), de recherche et de formation et collaborations universitaires au sein de l'IQSSS</li> <li>• Incrire dans la gouvernance de l'IQSSS une « Vice-présidence à la santé publique », dotée d'une autonomie fonctionnelle</li> <li>• Garantir une autonomie scientifique interne conforme aux standards OMS/IANPHI</li> </ul>
Dilution stratégique : absence de projet scientifique porteur articulant les fonctions essentielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affaiblissement de la capacité d'innovation</li> <li>• Perte de cohérence stratégique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir un projet scientifique intégrateur (ex. One Health)</li> <li>• Consolider les missions de l'IQSSS autour d'une vision commune de la santé</li> </ul>

### 3. La composition du conseil d'administration (Article 42)

#### Problème identifié : absence de garanties structurelles de représentation en santé publique

La santé publique apparaît comme une compétence requise au conseil d'administration parmi 14 autres, au même niveau que « les affaires juridiques » ou « la gestion financière ». Rien ne garantit une masse critique d'expertise santé publique au sein du conseil d'administration. Cette absence de mécanismes dédiés affaiblit la capacité du conseil d'administration à intégrer pleinement la perspective populationnelle dans ses arbitrages. Cela contraste avec le profil de compétence requis pour siéger au conseil d'administration de l'INSPQ, qui valorise notamment la connaissance du réseau de la santé et des services sociaux, les déterminants sociaux de la santé, les politiques publiques et la recherche et l'évaluation (INSPQ, 2025).

#### Analyse

Dans une organisation issue de deux cultures distinctes, il est essentiel que la gouvernance reflète un équilibre réel entre les approches populationnelles et d'évaluation des technologies et des pratiques cliniques de pointe. Or, une simple mention de la santé publique parmi plusieurs compétences ne suffit pas : l'expérience internationale montre qu'en l'absence de sièges explicitement réservés, la logique clinique tend à dominer les discussions stratégiques au détriment notamment de la promotion de la santé, de la prévention, et de la réduction des inégalités sociales de santé (Egan & Lavergne 2024).

#### Tableau de synthèse

Problème	Effets anticipés	Recommandations
Aucune garantie de représentation de la santé publique au CA	<ul style="list-style-type: none"><li>Marginalisation de la mission populationnelle</li><li>Biais vers les priorités cliniques et technologiques</li><li>Risques d'arbitrages défavorables à la prévention et promotion de la santé alors que la population québécoise fait face à des défis importants pour limiter l'apparition de maladies chroniques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Inscrire dans la loi plusieurs sièges réservés pour des experts de santé publique</li><li>Garantir la présence d'expertise en déterminants de la santé et en promotion/prévention</li></ul>

## 4. L'enjeu de l'autonomie scientifique et le contrôle politique (Article 11)

### **Problème identifié : subordination de l'agenda scientifique au ministre**

L'article 11 exige que le plan de priorisation scientifique soit approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit d'un droit de veto direct sur la production même de connaissances.

#### **Analyse**

Cela affaiblit le rôle d'alerte précoce de l'institut, limite l'étude de sujets sensibles (inégalités sociales, risques environnementaux, industries, etc.), et réduit sa crédibilité auprès de la communauté scientifique.

#### **Tableau de synthèse**

<b>Problème</b>	<b>Effets anticipés</b>	<b>Recommandations</b>
Plan scientifique soumis à l'approbation du ministre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contrôle politique du contenu scientifique</li><li>• Risque d'autocensure</li><li>• Perte de crédibilité nationale et internationale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enlever la phrase à 7.11 « Il soumet ce plan et toute mise à jour de celui-ci à l'approbation du ministre, au moment et dans</li><li>• La forme que ce dernier détermine »</li><li>• Maintenir une coconstruction, mais une autonomie finale</li></ul>

## 5. Financement de la santé publique

### **Problème identifié : vulnérabilité structurelle du financement de la SP**

Les recherches montrent que les investissements en santé publique sont souvent réduits en période de contraintes fiscales, car les bénéfices apparaissent à long terme et sont peu visibles politiquement (Jacques et al., 2023 ; Jacques et Noël, 2022). Nos systèmes de santé curatifs étant sujets à de multiples crises qui entraînent des besoins évidents à court terme, les décideurs ont tendance à prioriser la santé curative au détriment de la santé préventive, notamment pour répondre à l'opinion publique qui demande davantage de soins curatifs que de dépenses en santé publique.

## Analyse

L'intégration de l'INSPQ dans une structure comprenant des missions curatives augmente le risque que les budgets de santé publique soient phagocytés par les priorités cliniques immédiates.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets anticipés	Recommandations
Financement de la santé publique	<ul style="list-style-type: none"><li>Risque de réduction du financement de la santé publique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Isoler et maintenir les budgets ciblés pour les activités de santé publique</li><li>À partir de la fusion, inscrire dans la loi une garantie de croissance équivalente des budgets de santé publique à celles des autres composantes de la nouvelle structure</li></ul>

## II-Enjeux et défis au niveau des ressources humaines

### 1. Effets sur le capital de savoirs (Articles 60 et suivants)

#### Problème identifié

La fusion INSPQ–INESSS et les transferts vers Santé Québec, le MSSS et le ministre créent un risque élevé de perte de savoirs critiques : connaissances tacites, protocoles non documentés, continuité des chaînes de validation scientifique.

#### Analyse

Les études sur les fusions (Fulop et al., 2005 ; Argote & Ingram, 2000) montrent que 15 % à 40 % de la mémoire organisationnelle peut disparaître en l'absence de mécanismes explicites de capitalisation. La santé publique dépend fortement de la stabilité des bases de données, des modèles de surveillance, des expertises méthodologiques et de contenu. Par exemple, l'INSPQ a développé spécifiquement des banques de données pour soutenir sa mission de veille.

De plus, l'INESSS ne se spécialise pas en recherche. L'INESS accueille des chercheurs sur des projets ponctuels, alors que l'INSPQ possède une expertise recherche. La fusion de l'INESSS et de l'INSPQ met cette expertise en danger en ne prévoyant pas une intégration des chercheurs de l'INSPQ.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Perte de savoirs critiques	<ul style="list-style-type: none"><li>Ruptures opérationnelles,</li><li>baisse de qualité scientifique,</li><li>dépendance à quelques experts</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cartographier les connaissances et expertises, documentation exhaustive, binômes de transfert, communautés de pratique</li></ul>
Perte d'expertise en recherche	<ul style="list-style-type: none"><li>Diminution drastique de la recherche en santé publique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Maintenir une expertise en recherche méthodologique et interventionnelle en santé publique</li></ul>

## 2. Conditions de travail et santé psychologique

### Problème identifié

Les réorganisations génèrent une surcharge psychologique : incertitude, ambiguïté de rôle, surcharge de coordination, épuisement émotionnel et ralentit la capacité à travailler sur les sujets d'intérêt.

### Analyse

Le modèle *Demandes-Ressources au Travail* (Bakker & Demerouti, 2017 ; Schaufeli, 2017) prédit que, sans ressources compensatoires (autonomie, soutien, reconnaissance), les risques d'épuisement émotionnel et d'intentions de départ augmentent. Des travaux empiriques en contexte hospitalier (Buchanan et al., 2013 ; Nielsen & Daniels, 2016) montrent que les cadres intermédiaires sont particulièrement vulnérables, agissant comme « amortisseurs » entre décisions stratégiques et réalités cliniques.

Le PL7 présente plusieurs zones grises : fin de certains mandats, redéfinition et intégration de nouvelles unités, appariement des salaires et des conventions collectives, intégration des médecins de santé publique, transitions vers Santé Québec et le MSSS.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Surcharge psychologique	• Épuisement, attrition, tensions internes, baisse de performance	• Observatoire interne, • Soutien psychologique • Priorisation des charges • Allègements temporaires
Mobilisation du temps de travail vers d'autres domaines que le cœur de métier	• Ralentissement dans la capacité à livrer les mandats confiés	

## 3. Culture organisationnelle et direction scientifique

### Problème identifié

Les cultures professionnelles de l'INSPQ ((promotion de la santé, prévention, surveillance, protection et vigie) et de l'INESSS (méthodologies standardisées, évaluation des technologies et des pratiques de pointe en santé et services sociaux, évaluation clinique, organisationnelle et économique) reposent sur des identités professionnelles fortes et profondément différentes. Les professionnels ne sont pas issus des mêmes cursus universitaires et des mêmes disciplines. Sans intégration culturelle explicite, la fusion peut produire des clivages durables réduisant la collaboration interdisciplinaire et la circulation des savoirs (Maitlis & Christianson, 2014 ; Reay & Hinings, 2009).

### Analyse

Les recherches sur les fusions publiques (Reay & Hinings, 2009 ; Marks & Mirvis, 2011) démontrent qu'en l'absence de travail sur l'identité collective, les équipes développent des sous-cultures défensives, réduisant la collaboration et la performance.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Cultures difficiles à aligner	• Replis identitaires	• Équipes spécialisées dans le soutien à l'intégration de culture organisationnelle

Problème	Effets	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible collaboration</li> <li>• Perte de cohésion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construction de valeurs</li> <li>• Cellule d'intégration culturelle,</li> <li>• Valeurs communes,</li> <li>• Protocoles d'arbitrage scientifique</li> </ul>

## 4. Recommandations transversales pour la gestion du changement

### Problème identifié

Le PL7 ne prévoit pas de mécanismes structurés de gestion du changement, exposant l'IQSSS à des pertes d'expertises, des tensions culturelles et une baisse de performance.

### Analyse

Les fusions réussies s'appuient sur des outils robustes : matrices de responsabilités, plan de continuité des savoirs, gouvernance claire, participation active des professionnels.

### Tableau synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Absence de gestion du changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'expertise,</li> <li>• Conflits implicites,</li> <li>• Baisse de performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de continuité,</li> <li>• Réseau d'ambassadeurs</li> <li>• Évaluation post-fusion</li> </ul>

## III. Les enjeux autour des données et des méthodes

### 1. Cadre juridique de l'accès aux données

### Problème identifié

Le projet de loi entraîne une complexification du paysage institutionnel de la donnée en santé publique. La séparation des laboratoires, des systèmes de surveillance et de certaines fonctions d'expertise crée des risques d'accès fragmenté ou limité aux données essentielles aux dépens d'une vision intégrée des problématiques de santé publique.

## Analyse

L'accès rapide et continu aux données est une condition fondamentale à la santé publique moderne : surveillance épidémiologique, détection précoce, modélisation, évaluation d'impact. La fragmentation institutionnelle risque de :

- multiplier les interfaces
- augmenter les délais
- de créer des obstacles juridiques à la circulation des données
- de réduire la capacité d'analyse intégrée.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Fragmentation du cadre d'accès et d'intégration des données	<ul style="list-style-type: none"><li>• Délais</li><li>• Incohérences</li><li>• Ruptures de surveillance</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Harmoniser les accès via des ententes IQSSS-SQ-MSSS</li><li>• Clarifier les responsabilités</li><li>• Maintenir des accès prioritaires pour la santé publique</li></ul>

## 2. Enjeux identifiés pour maintenir la mission de santé publique

### Problème identifié

Le transfert séparé des laboratoires (surveillance) et de la recherche et formation (développement) fragilise la boucle de développement de nouvelles connaissances en santé publique.

## Analyse

La littérature (IANPHI et OMS) identifie comme essentielle l'intégration des fonctions (IANPHI, 2016 ; OMS, 2018) : surveillance → expertise → recherche → formation → politiques. Le PL7, en fragmentant ces fonctions, augmente :

- Les risques de données incomplètes ;
- Les pertes de capacités analytiques ;
- La dépendance aux priorités politiques immédiates.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommendations
Rupture de la boucle de développement de nouvelles connaissances	<ul style="list-style-type: none"><li>Baisse de la capacité d'anticipation</li><li>Incohérence stratégique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Rapatrier la recherche en SP</li><li>Accords de partage automatisés</li><li>Maintien des laboratoires de santé publique comme source interne</li></ul>

## IV. Les impacts sur l'approche *Une seule santé*

### 1. Importance stratégique de l'approche *Une seule santé*

#### Problème identifié

La fusion INSPQ–INESSS et la fragmentation induite par le PL7 mettent à risque l'un des piliers scientifiques structurants de la santé publique du Québec : l'approche **Une seule santé (One Health)**, qui repose sur l'intégration des dimensions humaines, animales, environnementales et climatiques. Le PL7 n'inscrit pas explicitement Une seule santé dans sa mission et fragmente les fonctions essentielles à son déploiement.

Or, de nombreux problèmes contemporains, comme les pandémies, les contaminants, les maladies (ré)émergentes, la résistance aux antimicrobiens, la perte de biodiversité et les impacts climatiques, se situent précisément à cette interface.

#### Analyse

Les meilleures pratiques internationales (Häsler et al., 2024 ; OMS ; FAO ; Banque mondiale) et la littérature récente (Winkler et al., 2025 ; Auplish et al., 2024) soulignent que l'approche Une seule santé permet de :

- réduire les risques et les impacts économiques liés aux zoonoses, aux contaminants et aux effets climatiques ;
- Anticiper les impacts des menaces émergentes, comme les pertes liées aux maladies émergentes et à l'antibiorésistance ;
- Limiter les coûts futurs ;
- Obtenir un retour sur investissement supérieur aux dépenses.

Elle nécessite :

- Une gouvernance intersectorielle formalisée, alors qu'une gestion en silos affaiblit l'approche. Une centralisation excessive dans une organisation non spécialisée tend à fragmenter les partenariats essentiels (MAPAQ, MELCCFP, universités, réseaux vétérinaires, laboratoires).
- Des structures institutionnelles dédiées ;
- Un financement stable ;
- Des systèmes d'information intégrés ;
- Une indépendance scientifique renforcée.

Au Québec, ces conditions sont actuellement satisfaites à l'INSPQ, grâce à :

- Des équipes spécialisées (zoonoses, toxicologie, climat-santé, risques environnementaux) ;
- L'Observatoire multipartite québécois sur les zoonoses et les changements climatiques ;
- Des collaborations stables avec le MAPAQ, le MELCCFP, des réseaux vétérinaires, fauniques et universitaires.

L'INESSS, pour sa part, n'abrite pas de programme *Une seule santé* ; ses missions sont principalement sur les technologies et les pratiques cliniques et organisationnelles. Le type d'évaluation effectuée par l'INESSS ne prend pas en compte les effets populationnels (des médicaments par exemple).

## Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommendations
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de dilution de l'approche <i>Une seule santé</i></li> <li>• Gestion en silos des enjeux <i>Une seule santé</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de vigilance zoonotique, faible intégration des risques environnementaux,</li> <li>• Perte de leadership scientifique</li> <li>• Coûts accrus, pertes de résilience et d'agilité dans la prise de décision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrire clairement <i>Une seule santé</i> comme mission explicite du nouvel IQSSS.</li> <li>• Maintenir une direction <i>Une seule santé</i> ; protéger les expertises de l'environnement, des zoonoses et du climat</li> <li>• Favoriser une gouvernance intersectorielle et collaborations institutionnelles formelles.</li> <li>• Maintenir des financements dédiés pour l'approche <i>Une seule santé</i></li> </ul>

## 2. Risque d'érosion de l'expertise interdisciplinaire

### Problème identifié

La fusion des équipes aux mandats hétérogènes, aux champs disciplinaires différents et la réorganisation des unités risquent de fragmenter ou disperser les expertises interdisciplinaires constitutives de l'approche Une seule santé risque de disperser ou affaiblir les expertises en interdisciplinaires (santé environnementale, faune, microbiologie, toxicologie, climat-santé, sciences vétérinaires, sciences sociales qui constituent la base du Une seule santé).

### Analyse

Une consolidation mal planifiée peut entraîner :

- Des pertes de compétences spécialisées ;
- Des réaffectations inadaptées ;
- Une rupture des réseaux externes ;
- Une baisse de la capacité d'analyse transdisciplinaire.

Ces effets ont été documentés après l'intégration de fonctions zoonotiques au Royaume-Uni lors de la dissolution de *Public Health England*.

### Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommendations
Érosion du capital scientifique interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perte d'innovation</li><li>• Affaiblissement des collaborations MAPAQ/MELCCFP</li><li>• Diminution de la capacité d'anticipation et de réaction</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Préserver les équipes spécialisées ;</li><li>• Maintenir une gouvernance intersectorielle</li><li>• Maintenir les collaborations avec MAPAQ/MELC</li></ul>

### 3. Perte potentielle de leadership en santé animale, environnementale et climatique

#### Problème identifié

Le recentrage de l'IQSSS sur une mission plus clinique pourrait marginaliser les expertises populationnelles et environnementales nécessaires à l'approche Une seule santé.

#### Analyse

Une baisse de capacité dans ces domaines réduirait :

- La préparation aux zoonoses émergentes ;
- La surveillance des contaminants ;
- La compréhension des effets du climat sur la santé ;
- La contribution du Québec aux réseaux nationaux et internationaux Une seule santé.

#### Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Diminution de la capacité stratégique	• Fragilité face aux menaces émergentes,	• Incrire Une seule santé comme mission explicite ; garantir l'indépendance scientifique et sécuriser les équipes et données associées
Une seule santé	• Perte d'influence scientifique	• Les fonctions de surveillance, de recherche et d'évaluation doivent rester intégrées

## V. Gestion du changement et gouvernance de la transition

### Problème identifié

Le PL7 lance une transformation structurelle majeure (fusion, transferts d'unités, redéfinition des équipes, nouveaux mécanismes de gouvernance), sans prévoir de dispositif structuré de gestion du changement ni de gouvernance de la transition. Cette absence expose l'IQSSS à des risques organisationnels importants : fragmentation des missions et équipes, incohérence dans la mise en œuvre, difficultés d'intégration entre cultures professionnelles différentes et perte de cohésion institutionnelle.

### Analyse

Les recherches en gestion du changement (Kotter, 2012 ; Armenakis & Harris, 2009) montrent qu'une transformation de cette ampleur ne peut réussir sans stratégie d'accompagnement claire et pilotage structuré : près de 70 % des fusions échouent précisément en raison d'une gestion du changement insuffisante. Dans les organisations publiques, l'absence de communication et de gouvernance produit des « vides interprétatifs », nourrit la résistance et fragilise l'alignement stratégique entre les missions, les équipes et les priorités institutionnelles — un enjeu d'autant plus important que le PL7 fragmente les fonctions de santé publique entre plusieurs entités.

Trois leviers de gestion du changement sont critiques dans le contexte du PL7 :

#### Pilotage stratégique et gouvernance de la transition

Une transformation institutionnelle exige :

- Un comité de transition mandaté,
- Une feuille de route claire,
- Des étapes d'implantation définies,
- Un programme de communication interne cohérent.

Or, le PL7 ne prévoit aucun mécanisme de coordination. En l'absence de gouvernance formelle, la fusion risque d'être marquée par :

- Une fragmentation des initiatives,
- Des incohérences entre unités,
- Des retards de mise en œuvre et erreurs de coordination.

## **Intégration culturelle**

L’INSPQ et l’INESSS reposent sur des cultures professionnelles distinctes : temporalités différentes (prévention populationnelle vs évaluation clinique), méthodologies spécifiques, publics cibles variés. La littérature (Schein, 2010 ; Reay & Hinings, 2009) montre que l’absence d’accompagnement culturel dans une fusion provoque :

- Replis identitaires,
- Faiblesse de collaboration interdisciplinaire,
- Réduit la cohérence scientifique et opérationnelle.

Une vision commune et des mécanismes structurés de dialogue sont essentiels pour éviter la création de sous-cultures en tension.

## **Cohérence et maintien des missions**

Dans un contexte où le PL7 redistribue des fonctions de santé publique entre plusieurs entités (Santé Québec, MSSS, IQSSS), une stratégie de gestion du changement est nécessaire pour :

- Assurer la cohérence du projet scientifique,
- Préserver l’articulation entre missions populationnelles et d’évaluation clinique et technologique,
- Garantir l’alignement des unités issues des deux organisations,
- Maintenir la qualité et la continuité des activités.

## Tableau de synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Absence d'une stratégie de gestion du changement	<p>• Fragmentation des missions et équipes</p> <p>• Résistance, défusion, ralentissement, épuisement des équipes</p> <p>• Erosion de talents</p> <p>• Incohérence dans la mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés d'intégration entre cultures professionnelles différentes</li> <li>• Perte de cohésion institutionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan intégré de gestion du changement, communication proactive, clarification des rôles</li> <li>• Un comité de transition mandaté par la loi</li> <li>• Une feuille de route claire avec des étapes d'implantation définies</li> <li>• Un programme de communication interne cohérent.</li> <li>• Plan intégré de gestion du changement</li> <li>• Gouvernance claire</li> <li>• Communication proactive</li> </ul>

## 2. Gestion des risques : impacts sur les équipes, mandats et continuité opérationnelle

### Problème identifié

Le PL7 ne comporte aucune analyse des risques liés à la fusion : impacts sur les équipes, continuité des opérations, surcharge, transition vers Santé Québec, ou reconfiguration des mandats.

#### Analyse

Une transition de cette ampleur nécessite :

- Une cartographie des risques RH (absentéisme, climat, charge de travail) ;
- Un plan de continuité pour les activités critiques ;
- Une surveillance en temps réel des tensions, vulnérabilités et zones de surcharge.

Sans cela, les risques identifiés précédemment (pertes de savoirs, épuisement, ruptures opérationnelles) peuvent se matérialiser dès les premières semaines.

Or, le PL7 n'identifie pas les risques RH ou opérationnels associés à la transition ni les mesures d'atténuation.

## Tableau synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Absence d'une analyse des risques RH et opérationnels	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perte de personnel</li><li>• Ruptures opérationnelles</li><li>• Surcharge des équipes</li></ul>	Analyse des risques, plans de mitigation, gestion proactive de la charge

## 3. Harmonisation culturelle et identité partagée

### Problème identifié

Les fusions échouent souvent en raison de l'incompatibilité de cultures organisationnelles. L'INSPQ et l'INESSS présentent : — des temporalités différentes (prévention long terme vs évaluation clinique court terme); — des identités professionnelles fortes ; — des approches méthodologiques distinctes ; — des publics cibles différents. Sans soutien, ces écarts risquent de créer des sous-cultures en tension, freinant la collaboration.

### Analyse

La littérature (Schein, 2010 ; Reay & Hinings, 2009) démontre que les fusions publiques échouent souvent faute d'un travail explicite d'intégration culturelle :

- Absence de vision commune ;
- Tensions silencieuses ;
- Faiblesses de collaboration inter-équipe ;
- Perte de cohésion et d'efficacité.

Une transition réussie exige un processus d'alignement culturel soutenu et structuré.

## Tableau synthèse

Problème	Effets	Recommandations
Culture organisationnelle non alignée	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conflits implicites,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cellule d'intégration culturelle</li><li>• Vision commune</li><li>• Mécanismes de dialogue</li></ul>

<b>Problème</b>	<b>Effets</b>	<b>Recommandations</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de cohésion et de collaboration</li> </ul>	

### 3. Gouvernance de la transition sous le PL7

#### Problème identifié

Le PL7 ne prévoit aucun comité de transition, aucune feuille de route, ni mécanisme formel pour coordonner la transformation.

#### Analyse

Les fusions publiques réussies comportent systématiquement :

- Un comité de transition mandaté ;
- Un calendrier clair ;
- Un programme de communication interne ;
- Une participation active du personnel et des leaders d'opinion.

La gouvernance de la transition est indispensable pour éviter fragmentation, incohérence et ralentissements.

#### Tableau synthèse

<b>Problème</b>	<b>Effets</b>	<b>Recommandations</b>
Absence de gouvernance dédiée à la transition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragmentation</li> <li>• Ralentissement</li> <li>• Erreurs de coordination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de transition</li> <li>• Feuille de route</li> <li>• Communication proactive</li> </ul>

## Conclusion

Le Projet de loi 7, dans sa forme actuelle, soulève des préoccupations importantes quant à la préservation et à la performance de la santé publique au Québec. En fusionnant l'INSPQ et l'INESSS sans intégrer de mécanismes de protection des missions populationnelles, le PL7 crée un risque réel de dilution de l'expertise en santé publique, de fragmentation des fonctions essentielles et d'affaiblissement de la capacité d'anticipation et d'intervention du système québécois. La disparition explicite de la santé publique du nom de la future organisation, l'absence d'une

vision scientifique intégratrice, la subordination du plan scientifique au ministre et la dispersion des fonctions cœur sapent les conditions minimales d'un institut national performant conforme aux standards internationaux (OMS, IANPHI).

À ces enjeux structurels s'ajoutent des risques humains, organisationnels et opérationnels importants : pertes de savoirs critiques, surcharge psychologique des équipes, tensions culturelles entre missions cliniques et populationnelles, fragilisation de l'accès aux données, rupture de la boucle de connaissances et affaiblissement de l'approche Une seule santé. Cette réorganisation, qui touche des domaines sensibles comme la surveillance, la vigilance, la recherche, l'environnement, les zoonoses et le climat, exige une gouvernance rigoureuse et une stratégie de gestion du changement qui sont absentes du PL7.

Au moment où les défis sanitaires contemporains imposent une capacité accrue d'anticipation, de collaboration intersectorielle et d'innovation, il est essentiel que la réforme réaffirme clairement la centralité de la santé publique, garantisse son autonomie scientifique, protège ses missions essentielles et assure un financement stable et distinct. Le Québec doit pouvoir compter sur un institut fort, cohérent, doté d'une gouvernance équilibrée et capable de soutenir des décisions publiques éclairées et indépendantes.

Pour être porteuse d'amélioration et d'efficacité, la fusion envisagée doit s'appuyer sur une vision intégrée, une consolidation — et non une dispersion — des fonctions essentielles, ainsi qu'un engagement clair en faveur d'une santé publique robuste, visible et pleinement reconnue comme pilier du système de santé. Sans ces ajustements, le PL7 risque d'affaiblir durablement la capacité collective à protéger la population, à réduire les inégalités sociales de santé et à répondre efficacement aux défis actuels et futurs.

## Bibliographie

- Albert, S., & Whetten, D. A. (1985). Organizational identity. *Research in organizational behavior*.
- Argote, L., & Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational behavior and human decision processes*, 82(1), 150-169.
- Armenakis, A. A., & Harris, S. G. (2009). Reflections: Our journey in organizational change research and practice. *Journal of change management*, 9(2), 127-142.
- Auplish, A., Raj, E., Booijink, Y., de Balogh, K., Peyre, M., Taylor, K., ... & Häslar, B. (2024). Current evidence of the economic value of One Health initiatives: A systematic literature review. *One Health*, 18, 100755
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of occupational health psychology*, 22(3), 273.
- Brugnara, L., Jaramillo, C., Olarte-Peña, M., Karl, L., Deckert, A., Marx, M., Horstick, O., Dambach, P., & Fehr, A. (2023). Strengthening national public health institutes: A systematic review on institution-building in the public sector. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1146655. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1146655>
- Buchanan, D., Parry, E., Gascoigne, C., & Moore, C. (2013). Are healthcare middle management jobs extreme jobs?. *Journal of Health Organization and Management*, 27(5), 646-664.
- Carnevale, C. R., Woldetsadik, M. A., Shiver, A., Gutierrez, M., Chhea, C., Ilori, E., Jani, I., MaCauley, J., Mukonka, V., Nsanzimana, S., Ospina, M. L., Raji, T., Spotts Whitney, E. A., & Bratton, S. (2023). Benefits and challenges of consolidating public health functions into a National Public Health Institute: A policy analysis. *Health Policy and Planning*, 38(3), 342-350. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac102>
- Egan R, Lavergne M. (2024) Increasing Canada's health budget for preventive and social care makes sense fiscally and medically. *The Conversation / Queen's Gazette*. 16 juillet 2024
- Fulop, N., Protopsaltis, G., King, A., Allen, P., Hutchings, A., & Normand, C. (2005). Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social science & medicine*, 60(1), 119-130
- Frieden, T. R., & Koplan, J. P. (2010). Stronger national public health institutes for global health. *The Lancet*, 376(9754), 1721-1722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62007-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62007-7)

- Häsler, B., Tvarijonaviciute, A., & Savic, S. (Eds.). (2024). *Principles of One Health for a better planet*. GB: CABI.
- Hunter, D. J., Littlejohns, P. et Weale, A. (2022). Reforming the public health system in England. *The Lancet Public Health*, 7(9), e797-e800.
- IANPHI (2016). *Framework for the Creation and Development of National Public Health Institutes*. International Association of National Public Health Institutes.
- INSPQ. (2025). *Profil de compétences et d'expérience des membres du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec*. En ligne: [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/institut/2022\\_Profil\\_comp%C3%A9tences\\_exp%C3%A9rience\\_CA.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/institut/2022_Profil_comp%C3%A9tences_exp%C3%A9rience_CA.pdf)
- Jacques, O., Arpin, E., Ammi, M. et Noël, A. (2023). The political and fiscal determinants of public health and curative care expenditures: evidence from the Canadian provinces, 1980–2018. *Canadian Journal of Public Health*, 114(4), 584-592.
- Jacques, O. et Noel, A. (2022). The politics of public health investments. *Social Science & Medicine*, 309, 115272.
- Kotter, J. P. (2012). Accelerate. *Harvard business review*, 90(11), 45-58.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf).
- Maitlis, S., & Christianson, M. (2014). Sensemaking in organizations: Taking stock and moving forward. *Academy of management annals*, 8(1), 57-125.
- Marks, M. L., & Mirvis, P. H. (2011). A framework for the human resources role in managing culture in mergers and acquisitions. *Human Resource Management*, 50(6), 859-877.
- Nielsen, K., & Daniels, K. (2016). The relationship between transformational leadership and follower sickness absence: The role of presenteeism. *Work & Stress*, 30(2), 193-208.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Préparation et action de santé publique : fonctions essentielles de santé publique* (résolution A71/8). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/wha71/a71\\_8-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha71/a71_8-fr.pdf)
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization studies*, 30(6), 629-652.
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model: A 'how to' guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational dynamics*, 46(2), 120-132.

Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.

Weale, A., Hunter, D. J., Littlejohns, P., Khatun, T. et Johnson, J. (2023). Public health by organizational fix? *Health Economics, Policy and Law*, 18(3), 274-288.

Winkler, A. S., Brux, C. M., Carabin, H., das Neves, C. G., Häslер, B., Zinsstag, J., ... & Amuasi, J. H. (2025). The Lancet One Health Commission: harnessing our interconnectedness for equitable, sustainable, and healthy socioecological systems. *The Lancet*, 406(10502), 501-570.