

La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec

Prevention in healthcare: France and Quebec face similar challenges

Morisset J¹, Chambaud L², Joubert P³, Rochon J⁴

Résumé

De nombreux enjeux se posent pour l'avenir des systèmes de santé en France et au Québec. Ces enjeux, similaires des deux côtés de l'Atlantique, sont caractérisés par des transitions (démographique, épidémiologique et technologique), qui auront une incidence sur les pratiques de soins et de prévention. Le vieillissement des populations, l'amélioration de la qualité de vie, le déficit projeté de certaines professions de la santé sont parmi les phénomènes qui les caractérisent et qui mettent à l'épreuve le système de santé. Dans ce contexte, il sera d'autant plus nécessaire d'agir en amont des problèmes de santé et d'investir les efforts du côté de la prévention. Les professionnels du soin sont directement interpellés pour mettre en œuvre ou pour participer aux actions de prévention. Dans les contextes de transformation des deux systèmes, quatre types de leviers ou incitatifs ont avantage à être mis de l'avant pour que la prévention s'intègre dans les pratiques de soins : 1) le levier de la gouvernance, qui établit la cohérence globale des actions en liant les interventions propres au système de soins et celles qui se développent dans le cadre d'une stratégie de santé ; 2) le levier professionnel, qui cible la valorisation des compétences sur le plan des pratiques de prévention et du leadership ; 3) le levier organisationnel, qui favorise le développement de compétences collectives autour de la prévention ; 4) le levier financier, qui oblige à explorer de nouveaux modes de rémunération et d'incitatifs soutenant la prévention.

Prat Organ Soins 2009;40(4):275-282

Mots-clés : Prévention ; système de soins ; santé publique.

Summary

Many issues challenge France and Quebec's health systems. These issues, similar on both sides of the Atlantic, are characterized by transitions (demographical, epidemiological and technological), which will have an impact on care and prevention practices. Factors like ageing populations, improving quality of life or the deficit projected to certain health professions characterize these issues and put the health system to the test. In this context, acting upstream of health problems and investing efforts in prevention will become even more necessary. Health care professionals are directly involved to initiate or participate in prevention actions. In the context of these two systems transforming, four types of levers or incentives benefit from being put forward: 1) the governance lever, which assures global consistency between the actions by linking the care system's specific interventions with those developed as part of a health strategy; 2) the professional lever, that targets the recognition of skills in terms of prevention practices and leadership; 3) the organizational lever, which promotes the development of collective skills oriented towards prevention; 4) the financial lever, which forces to explore new methods of compensation and incentives supporting prevention.

Prat Organ Soins 2009;40(4):275-282

Keywords : Prevention; health care organization; public health.

¹ Coordinatrice à la planification et l'évaluation, Institut national de santé publique du Québec (Canada).

² Membre de l'Inspection générale des affaires sociales (France).

³ Directeur de la Recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec (Canada).

⁴ Expert-conseil, Institut national de santé publique du Québec (Canada).

INTRODUCTION

Cet article propose une réflexion sur les nombreux enjeux qui se posent pour la santé des populations, en particulier sur la place de la prévention dans deux systèmes de santé. En France comme au Québec, la prévention est de toutes les politiques sociales et de santé depuis les quarante dernières années, mais les leviers et les conditions pour agir en amont des problèmes de santé et permettre un engagement fort, notamment des acteurs du soin, ne sont pas toujours présents ou utilisés de façon optimale.

La présente réflexion a été élaborée à partir d'échanges et de groupes de discussion réunissant des personnes préoccupées par la capacité de nos systèmes de santé respectifs à intégrer la prévention dans les pratiques de soins, considérant les enjeux de santé contemporains, les changements législatifs et les transformations en cours dans les deux systèmes de santé, ainsi que les implications nécessaires de plusieurs acteurs pour y faire face. Les premiers échanges ont réuni des professionnels et gestionnaires provenant majoritairement du secteur de la santé publique. La réflexion s'est poursuivie par la consultation de personnes susceptibles d'être intéressées ou du moins interpellées par le sujet, autant en France qu'au Québec. Du côté français, un séminaire réunissant une quinzaine de personnes, venant à la fois du milieu de la santé publique et des professionnels du soin, s'est tenu en juillet 2008 à Besançon.

De ces échanges a émergé un document de réflexion [1] qui a servi de toile de fond au Cinquième Forum annuel EHESP-ENAP (École des hautes études de santé publique de France et École nationale d'administration publique du Québec), qui s'est tenu à Québec en octobre 2008, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec et la Société française de santé publique. Ce séminaire associait des professionnels et des universitaires, dans le domaine de la santé publique et de la gestion des systèmes de santé.

Cet article synthétise et prolonge les résultats de cet exercice. Il fait état en substance des enjeux de santé contemporains caractérisés par ce qu'on est convenu de désigner sous la forme de transitions démographique, épidémiologique et technologique, qui ont ou auront une incidence sur les pratiques de soins et de prévention. Il traite ensuite du rôle des professionnels et gestionnaires du soin dans l'exercice de la prévention, dans la perspective de mieux répondre aux défis des prochaines décennies, en prenant comme illustration le cas des maladies chroniques. Enfin, à la faveur des transformations en cours dans les systèmes de santé tant en France qu'au Québec, il suggère des repères visant à cerner les leviers et les conditions nécessaires

pour améliorer les capacités de nos systèmes de santé à introduire la prévention dans les pratiques de soins.

Toutefois, cet exercice n'est pas, à proprement parler, une comparaison entre les deux systèmes de santé. Il s'agit d'une réflexion sur des axes généraux, qui mériteraient d'être approfondis dans chaque contexte particulier, en associant tous les acteurs (professionnels de la prévention et du soin, usagers, gestionnaires et universitaires).

LES ENJEUX DE SANTÉ CONTEMPORAINS

Le profil épidémiologique des problèmes de santé des populations s'est transformé aussi bien en France qu'au Québec [2, 3]. D'une forte prépondérance des maladies infectieuses, on est passé à une période marquée par les maladies vasculaires, les traumatismes, les maladies respiratoires, les cancers et autres maladies chroniques (diabète, ostéoporose, maladie d'Alzheimer, etc.), sans oublier le sida et autres infections sexuellement transmissibles. Les systèmes de santé sont également confrontés à l'évolution de diverses manifestations de souffrance sociale : les problèmes de violence, le suicide, les troubles d'adaptation, les troubles mentaux ou à des évolutions de la société ayant un impact direct ou indirect sur la santé (modifications diététiques, changements environnementaux, conditions de travail ou d'habitat, etc.).

Ces phénomènes se combinent avec le vieillissement des populations et l'amélioration de la qualité de vie conjugée aux performances propres des systèmes de soins, ce qui permet aux personnes atteintes de pathologies sévères et chroniques, entraînant auparavant un décès rapide, d'envisager une meilleure espérance de vie tout en privilégiant le maintien à domicile [4]. En outre, des problèmes de santé (comme certains troubles cognitifs ou maladies neuro-dégénératives) sont associés à une population vieillissante qui peut cumuler divers problèmes de santé, notamment des maladies chroniques et des problèmes liés à la perte d'autonomie et à l'incapacité.

Cette évolution des problèmes de santé s'accompagne d'un déficit démographique projeté de certaines professions de santé, en particulier les médecins, pour les années à venir. Les situations ne sont pas totalement semblables en France et au Québec, entre les deux systèmes, mais il en ressort des points communs : une diminution d'effectifs, surtout de médecins généralistes de premier recours ou de médecins de famille, une modification des pratiques des nouvelles générations de praticiens (réduction du temps de travail et concentration des champs de pratique), des secteurs géographiques en forte fragilité pour l'accès aux soins

(régions éloignées au Québec, zones rurales ou zones sensibles en France). Le rôle que peuvent jouer les différents professionnels du soin dans le cadre d'actes délégués, de coopérations professionnelles ou par le biais de nouvelles formes d'interventions, ainsi que le recours aux nouvelles technologies d'information et de communication (TIC) sont parmi les moyens envisagés pour accroître l'efficacité du système. Ces dernières peuvent, en outre, contribuer au développement d'une culture d'évaluation.

Dans un tel contexte, la demande faite aux professionnels de premier recours ou de première ligne d'accroître le spectre de leurs interventions, en incluant notamment des pratiques cliniques préventives ou en participant activement à des réseaux de santé, tout en constatant la tension de plus en plus forte liée à la disponibilité des ressources (humaines et financières), devient une situation paradoxale.

Les défis que pose actuellement ce contexte de transitions sont majeurs. Ils exigent d'analyser les problèmes et leurs causes, d'évaluer les enjeux et les risques, de faire des choix parmi des solutions possibles, donc de prendre des décisions et d'adapter les actions en conséquence. Dans ce contexte, le système de santé est particulièrement mis à l'épreuve. Ces transitions exercent une grande pression sur le système de soins, dont le financement représente une large part des budgets sociaux d'une nation. Ces investissements sont surtout consentis dans les soins, là où la demande est constante et tout à fait légitime. Dans le même temps, l'évolution des connaissances sur les déterminants de la santé met en lumière l'importance d'agir en amont des problèmes de santé et d'investir les efforts du côté de la prévention. Les systèmes de santé sont ainsi confrontés, d'un côté, à une forte demande pour de nouvelles technologies de plus en plus coûteuses et, de l'autre, à des besoins croissants pour des services autres que curatifs, parmi lesquels les interventions sur les déterminants de la santé [2, 5].

LA PLACE DE LA PRÉVENTION : L'EXEMPLE DES MALADIES CHRONIQUES

Pour faire face à la complexité des problèmes de santé, la prévention doit être comprise dans son acception la plus large, qui s'intègre avec la protection et la promotion de la santé [6]. Parler de prévention, c'est reconnaître l'incidence de multiples facteurs sur la santé de la population et du besoin d'agir sur plusieurs fronts en même temps pour s'y attaquer, en combinant des interventions individuelles et collectives, qui se réalisent autant dans le système de santé qu'à l'extérieur de celui-ci.

Dans le cas des maladies chroniques, par exemple, parler de prévention veut dire qu'il faut non seulement dépister les groupes à risque afin de prévenir l'apparition de ces maladies, mais qu'il faut aussi maintenir le plus en santé possible les personnes atteintes, sans négliger la prévention en amont qui passe par des programmes mettant l'accent, d'une part, sur la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie et, d'autre part, sur des stratégies d'éducation à la santé visant à promouvoir chez les individus l'adoption de comportements sains [7]. Il s'agit d'ailleurs là d'un grand défi pour les sociétés contemporaines qui devront « développer des façons d'aider la population croissante de personnes âgées avec des problèmes de santé persistants à maintenir sa santé malgré la présence de maladies chroniques. » [8].

La mise en œuvre d'approches exhaustives et intégrées, englobant des interventions visant à la fois l'ensemble de la population et les individus, et axées sur les facteurs de risque communs sous-jacents à l'ensemble des maladies (le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité) permettrait de réaliser des gains importants sur la prévalence des maladies chroniques [9]. Dans cette perspective, les acteurs du système de soins sont conviés à agir en synergie avec d'autres acteurs de la société pour prévenir ou réduire le fardeau des maladies chroniques, en plus d'offrir les soins et services aux personnes atteintes de ces problèmes de santé [10, 11]. Les professionnels de la santé en première ligne ont une position particulièrement privilégiée pour rejoindre une grande partie de la population qui les consulte. La tentation est alors très forte pour demander aux professionnels d'intervenir afin d'inciter les personnes à risque à adopter des comportements préventifs. Par contre, les professionnels de la santé et leurs patients doivent aussi pouvoir compter sur des conditions propices dans les environnements dans lesquels ils vivent de manière à appuyer les choix individuels [12]. Pour participer à cette démarche, les professionnels du soin, en particulier les médecins, sont très peu formés à concevoir et mettre en œuvre une démarche éducative vis-à-vis de leurs patients.

Deux modes d'approche concernant la prévention et la prise en charge des maladies chroniques peuvent être repérés. Une approche qualifiée de transversale qui vise à agir sur les facteurs de risque communs à la plupart des maladies chroniques (tabagisme, alimentation, pratique de l'activité physique, etc.) et qui tente de mettre de l'avant un processus de prise en charge, individuelle ou collective, ainsi qu'une recherche d'actions sur les milieux de vie, plutôt qu'une spécificité par pathologie. Cette approche est dérivée d'une conception globale de la santé au sens où elle est développée dans la Charte

d'Ottawa [13]¹. La deuxième, l'approche par pathologie, s'est fortement développée, notamment par l'introduction du *disease management* dans les années quatre-vingt aux États-Unis, puis dans des pays européens (notamment en Allemagne et au Royaume-Uni) et s'introduit, pour l'instant sur un mode expérimental, en France [14]. Cette approche comprend quatre axes majeurs : 1) éduquer le patient sur sa maladie et sur les façons d'agir sur celle-ci ; encourager le patient à prendre sa médication de manière appropriée, comprendre et surveiller les symptômes de sa maladie plus efficacement ; 2) soutenir la motivation du patient et l'amener à changer son comportement si possible ; 3) surveiller activement les symptômes cliniques et les plans de traitement du patient, s'appuyant sur des guides de pratique, des lignes directrices ; ainsi que suivre les paramètres biologiques, entre autres dans le cadre d'un système d'alerte ; 4) coordonner les soins entre les divers professionnels, incluant les médecins, les divers lieux de prestation, les pharmacies, etc. [15].

Ces deux modes d'approches, transversale et par pathologie, contribuent de façon complémentaire à la prévention, l'un agissant davantage sur les facteurs de risque ou déterminants communs de problèmes de santé, l'autre visant de façon plus spécifique un problème de santé. Toutefois l'approche par pathologie, prise isolément, trouve ses limites avec le développement des pathologies chroniques qui, bien souvent (notamment chez les personnes âgées), incluent une comorbidité avec une autre ou plusieurs autres maladies. Ce phénomène n'est pas sans questionner les pratiques de prévention, qui ne peuvent dorénavant plus se restreindre à une approche ciblant uniquement une pathologie, mais doivent combiner les approches pour aborder cette nouvelle réalité épidémiologique.

QUEL RÔLE POUR LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SOINS

Le rôle que peut jouer le système de soins dans le développement de la prévention et, par extension, les champs qui ne ressortent pas de sa responsabilité peuvent être précisés à partir d'un nouveau regard sur la prévention qui différencie les niveaux d'intervention, selon qu'ils procèdent en priorité du niveau du système de soins (préventif et curatif) ou qu'ils sont plus généraux, demandant une intervention sociétale.

Les liens à envisager entre l'intervention du système de soins et l'intervention sur les déterminants de la santé peuvent aussi être mieux définis à la lumière de cette

vision de la prévention. Ainsi, un groupe d'experts réunis par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé [16] suggère d'aborder la prévention sous l'angle de la nature de l'action préventive, de manière à distinguer les activités qui sont propres au système de soins des activités qui procèdent davantage d'une prévention plus sociale (ou sociétale), laquelle s'adresse aux déterminants de la santé et engendre des actions collectives.

S'appuyant sur ces travaux, on peut considérer que la prévention portée par les professionnels du système de soins est principalement à visée individuelle et sélective. Elle peut être spontanée, c'est-à-dire initiée par le professionnel de santé au moment d'une consultation avec son patient, ou encore organisée dans des programmes de santé bien définis, comme les programmes de dépistage organisés (qu'ils soient systématiques ou ciblés), les campagnes de vaccination, les consultations de prévention, etc.

Par ailleurs, la prévention interpelle de plus en plus le système de soins et ses professionnels pour qu'ils jouent un rôle aux côtés d'autres acteurs qui peuvent aussi contribuer à la santé de la population ou de groupes cibles, sans que les rôles des uns et des autres ne soient clairement définis. En France, l'éducation thérapeutique du patient, qui s'appuie sur le système de soins (principalement hospitalier) et interroge les mécanismes de soutien individuels ou collectifs aux patients, constitue un volet en forte expansion, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques [17]. En même temps se développent des demandes d'implication des médecins aux campagnes de dépistage organisées ou dans le cadre de consultations de prévention. Au Québec, les acteurs du système de soins se retrouvent intégrés, du moins dans les textes, dans un cadre plus large qu'est celui de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Une stratégie dite de « pratiques cliniques préventives² » y est privilégiée par les acteurs de santé publique en complément à d'autres stratégies (action intersectorielle, développement des communautés, renforcement des personnes, etc.) pour agir sur les déterminants de la santé [18, 19, 20].

Le concept plus large de la promotion de la santé, dont les fondements émanent de la Charte d'Ottawa, appelle en contrepartie à une mobilisation différente des acteurs du système de soins autour de ce qui pourrait être appelé une « stratégie globale de prévention ». Le professionnel de la santé ou, plus largement, le système de soins non seulement ne peut porter seul de telles

¹ Cette conception a, par la suite, été reprise dans d'autres forums (Adélaïde, Jakarta, Bangkok).

² Définies comme un ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'un patient (*counselling* sur les habitudes de vie, dépistage, vaccinations, chimioprophylaxie).

actions, mais n'a pas non plus forcément la légitimité ou les compétences pour le faire. La légitimité de la conception d'une vision ou d'une politique de prévention pour une population ou sur un territoire défini doit pouvoir compter sur des stratégies de santé publique, sur un appui politique ou sur une représentation politique locale, même si sa mise en œuvre nécessite l'engagement de structures spécialisées³ (comme les associations spécialisées en promotion ou éducation pour la santé) ou la mobilisation de milieux associatifs ou communautaires. Le système de soins peut aussi y contribuer, au même titre que les autres composantes de la société, avec cependant des modalités particulières qu'impose la prestation des services dans la résolution des problèmes de santé, modalités qu'il faut repérer et mieux définir.

DES LEVIERS ET DES CONDITIONS POUR LA PRÉVENTION DANS DES CONTEXTES DE TRANSFORMATIONS DES SYSTÈMES

Pour faire face aux défis soulevés par les problèmes de santé contemporains, le Québec et la France mettent de l'avant, depuis le début des années 2000, de nouvelles transformations dans leur système de santé.

Au Québec, avec la transformation de la Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux en 2003, de nouvelles instances locales de santé et de services sociaux (les Centres de santé et de services sociaux – CSSS)⁴ sont dorénavant responsables d'assurer la disponibilité et l'accès à l'ensemble des soins et des services requis par la population de leur territoire, en allant de la prévention à la dispensation de services ultra-spécialisés ou de fin de vie. Ces CSSS ont le mandat de mettre en place des réseaux locaux de services articulés sur la base de problèmes sociaux et de santé jugés prioritaires (ex. : maladies chroniques, santé mentale). À cette fin, ils doivent passer des ententes formelles de services avec les différentes ressources concernées par la prévention, la dispensation de soins et de services généraux ou spécialisés et la réadaptation [6]. En concomitance, les services de premier recours ou de première ligne se réorganisent, avec notamment le développement de groupes de médecine de famille (GMF) [21].

En France, l'organisation du système de santé est en voie d'être profondément transformée, en particulier par la création des agences régionales de santé (ARS)

qui intégreront dans une même entité l'ensemble des soins (soins ambulatoires, hospitaliers et soins spécifiques pour les personnes âgées et handicapées) ainsi que la prévention et la promotion de la santé. La mise en place de ces ARS est prévue pour 2010. À cette occasion, la place de la prévention et les modalités opérationnelles de mise en œuvre des actions devraient être clairement identifiées [22]. Au niveau des territoires de proximité, la pratique professionnelle tend à se modifier avec l'introduction depuis 2004 du « médecin traitant », médecin pivot pour l'accès à la majorité des spécialités. De plus, se développe rapidement le concept de « maisons de santé », lieux d'exercice regroupé et pluridisciplinaire.

Au cours de toutes les transformations qui ont marqué l'évolution des systèmes de santé français et québécois ces 40 dernières années, force est de constater que la prévention a été de toutes les politiques et discours mais son intégration dans les pratiques est loin d'être pleinement réalisée. Plusieurs enjeux se posent à cette intégration [6], dont celui qui concerne la place de la santé publique dans l'ensemble du système de santé. En fait, les deux systèmes de santé (français et québécois) sont confrontés à concilier deux logiques : celle qui guide les cliniciens et les organisations de soins orientée vers la dispensation des services à un individu, le patient ; celle de la santé publique qui est de promouvoir la santé de groupes ou d'un ensemble de personnes [23]. En outre, plusieurs barrières ont été identifiées dans la littérature [24] démontrant des difficultés pratiques pour les professionnels de la santé à intégrer la prévention dans leurs activités quotidiennes. Un deuxième enjeu réfère à la mobilisation intersectorielle, un facteur déterminant pour faire face aux problèmes de santé contemporains comme les maladies chroniques. Cette mobilisation interpelle non seulement les acteurs du système de santé publique, mais également d'autres intervenants qui agissent à l'extérieur de ce système (exemple : éducation, municipalité, travail) qui doivent agir en synergie et voir à la cohérence de leurs interventions de prévention. Enfin, un troisième enjeu concerne les changements de pratique et le développement de nouvelles compétences pour exercer la prévention dans une perspective populationnelle.

Pour renforcer la prévention dans les deux systèmes et voir à son intégration dans les pratiques du système de soins, plusieurs conditions ou stratégies pourraient être mises en place. Une revue de la littérature [25] a récemment mis en évidence que le recours à des stratégies visant l'acquisition de connaissances n'est pas suffisant,

³ Ces structures doivent pouvoir bénéficier de financements pérennes, comme pour le soin, sur la base de missions et d'objectifs clairement spécifiés par l'autorité publique (CSSS au Québec, ARS en France).

⁴ Ces nouvelles instances locales résultent de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres de soins de longue durée et, dans certains cas, de centres hospitaliers de soins généraux.



Figure 1. Les principaux incitatifs pour favoriser les pratiques de prévention dans le système de soins curatifs et préventifs.

mais qu'il faut miser sur une combinaison de stratégies ciblant le développement des compétences, l'environnement, l'organisation du travail.

Le développement de la prévention implique de concilier et d'articuler deux logiques : d'une part, l'intervention auprès et avec les populations (dimension sociétale) et, d'autre part, la dispensation de soins et de services à un individu, dans une visée curative ou préventive. Cette synergie demande à la fois de concerter les stratégies d'intervention développées à ces deux niveaux et de préciser les attentes respectives à la fois des politiques publiques, qui nécessitent des leviers politiques intersectoriels, et des acteurs du système de soins, qui doivent s'inscrire dans cette stratégie, tout en définissant au mieux leurs niveaux d'intervention.

Dans la foulée du forum franco-québécois tenu à Québec octobre 2008, quatre types de leviers ou incitatifs ont été identifiés pour favoriser l'intégration de la prévention dans le système de soins (figure 1).

Le premier, sur la gouvernance, établit la cohérence globale des actions en liant les interventions propres au système de soins et celles qui se développent dans le cadre d'une stratégie de santé. Elles nécessitent de la

continuité, pour favoriser la prévention à long terme. Elles sont également conditionnées par les formes de démocratie sanitaire : actions des élus, mais également besoin de travailler sur des valeurs et la mobilisation de la population ce qui permettrait d'exercer une pression venant de la base, par l'intermédiaire d'une participation citoyenne, prenant probablement des formes différentes des deux côtés de l'Atlantique.

Les incitatifs professionnels ciblent la valorisation des compétences sur le plan des pratiques de prévention et du leadership. Ils demandent d'outiller des soignants, formés à l'approche individuelle, sur les enjeux populationnels de leurs interventions. Au regard de leur implication, les professionnels doivent pouvoir disposer d'informations sur les résultats de ces interventions, notamment quant à la dynamique de santé dans le territoire où ils exercent. Ces incitatifs nécessitent une évolution des normes de pratiques et un système de formation continue intégré au travail.

Les incitatifs organisationnels impliquent le développement de compétences collectives autour de la prévention. C'est dans le cadre de ces compétences collectives qu'il serait utile de recentrer la notion de réseaux, mettant en commun l'expertise et les compétences sur

un territoire à la fois autour du malade, mais également autour et avec la population dans une perspective de prévention collective. La rétroaction continue vers les organisations et les professionnels qui y travaillent et vers l'ensemble des partenaires est un déterminant majeur de l'implication, ce qui oblige à faire évoluer les systèmes d'information pour qu'ils puissent répondre à cette exigence. La gestion de l'ensemble des services, coordonnée sur un territoire, constitue le défi des CSSS au Québec et des ARS en France.

Les incitatifs financiers, enfin, obligeront à modifier la modalité principale de rémunération des professionnels médicaux et paramédicaux, tant en France qu'au Québec. De nouveaux modes de rémunération doivent être explorés. La rémunération à l'acte n'est pas adaptée au développement de la prévention, ni à la prise en charge de problèmes chroniques. Il serait maintenant opportun d'explorer l'idée d'une rémunération de base reconnaissant l'expertise et les responsabilités des organisations et des professionnels, tout en leur assurant une certaine stabilité dans le temps. Des incitatifs visant à intégrer la prévention dans leurs pratiques devraient être combinés à cette rémunération. La complémentarité entre médecins et autres professionnels de santé ou des services sociaux doit se retrouver dans les modalités financières de prise en charge de la prévention au sein du système de soins.

La pertinence de ces leviers ne pourra être jugée que par une démarche d'évaluation des actions de prévention et de la capacité du dispositif à les mettre en œuvre.

CONCLUSION

Au terme de ces réflexions, seule la combinaison de ces stratégies ou incitatifs est en mesure de relever le défi d'une évolution de nos systèmes de santé. Si les incitatifs de gouvernance sont essentiels pour concilier les logiques entre l'action sur des populations et la dispensation de soins et de services à l'individu-patient et partager avec d'autres acteurs une intervention concertée sur les déterminants de santé, les trois autres leviers ne doivent pas pour autant être négligés, car ils permettent d'ancrer ces évolutions dans une pratique quotidienne et de cibler la contribution attendue des professionnels engagés dans le système de soins.

Les réponses ne pourront toutefois être semblables entre la France et le Québec compte tenu de l'histoire et des différences dans l'organisation des systèmes de santé, mais la similarité des défis indique que ces quatre leviers devront être mis à contribution dans chacun des systèmes pour infléchir le soin en l'ancrant

durablement dans une approche préventive respectant l'individu, mais aussi tenant compte de son inscription sociale et citoyenne.

RÉFÉRENCES

1. Morisset J, Chambaud L, Joubert P. *La prévention dans le système de soins. Document de réflexion. ÉNAP, EHESP, SFSP, INSPQ* ; 2008.
2. *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (sous la direction de Michel Clair). Rapport et recommandations. Les solutions émergentes. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux* ; 2000.
3. *Société française de santé publique (SFSP), Gremy F, eds. Questionnement et propositions sur la politique de santé en France. Vandoeuve-lès-Nancy : SFSP* ; 2002.
4. *Conseil économique et social (Avis présenté par M. Michel Coquillon). L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins. Paris : Conseil économique et social* ; 2007.
5. *Polton D. Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, DATAR-CREDES* ; 2000.
6. Morisset J, Jobin L, Valentini H, Joubert P. *La prévention dans le système de santé québécois. In : Bourdillon F, ed. Traité de prévention. Paris : Médecine-Sciences Flammarion* ; 2009, p 386-393.
7. *Morin R. Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé. Santé publique. 2007 ;19 : 439-48.*
8. *Lévesque, JF, Bergeron, P. De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. Rupture, revue transdisciplinaire en santé. 2003 ;9 (2) : 79-89.*
9. *Organisation mondiale de la santé (OMS). Prévention des maladies chroniques : un investissement vital. Genève : OMS* ; 2006.
10. *Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013. Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés (document de travail). Québec : MSSS* ; 2008.
11. *Ministère de la santé et des solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, 2007-2011. Paris : Ministère de la santé et des solidarités* ; 2007.

12. Cohen DA, Scribner RA, Farley TA. *A structural model of health behaviour : A pragmatic approach to explain and influence health behaviours at the population level*, *Preventive medicine*. 2000;30:146-54.
13. Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : Première conférence internationale pour la promotion de la santé ; 1986. [www.aspq.org/DL/charte.pdf] (consulté en juillet 2009).
14. Bras PL, Duhamel G, Grass E. *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management*. Paris : La Documentation française, Inspection générale des affaires sociales ; 2006.
15. Le Faou AL. *La prise en charge des maladies chroniques à l'étranger. Actualité et dossier en santé publique*. 2007;59:45-50.
16. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). *Définitions de la prévention. Synthèse des réunions du travail du groupe d'expertise réuni par l'IRDES autour du thème de la prévention – Construction d'une typologie de la prévention*. Paris : IRDES ; 2004.
17. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. *Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles*. *Santé publique*. 2007;19:283-92.
18. Groulx S. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec : MSSS, Collection l'intégration de pratiques cliniques préventives ; 2007.
19. Ministère de la santé et des services sociaux (sous la direction de Richard Massé et Léonard Gilbert). *Programme national de santé publique, 2003-2012*. Québec : MSSS ; 2003.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux (sous la direction d'Alain Poirier, Marc-André Maranda et Lyne Jobin). *Programme national de santé publique, 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec : MSSS ; 2008.
21. Gauthier A, Brunelle Y. *Comment naît une « équipe » de soins ? Le cas des premiers Groupes de médecine de famille au Québec*. *Santé Publique*. 2009;21(Suppl):S39-S47.
22. Collin JF, Bernard C, Bourdillon F. *Quelle politique de prévention pour demain ?* In : Bourdillon F, ed. *Traité de prévention*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2009 : p. 394-400.
23. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. *L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle*. *Prat Organ Soins*. 2008;39:113-24.
24. Chevalier S, Renaud L, Hubert F. *L'intégration de pratiques cliniques préventives. L'expérience d'Au Cœur de la vie*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Collection l'intégration de pratiques cliniques préventives ; 2005.
25. Provost MH, Cardinal L, Moreault L, Pineau R. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : MSSS, Collection l'intégration de pratiques cliniques préventives ; 2007.