

## 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

### *Integrating public health to healthcare local governance in Quebec: challenges arising from bringing closer population and organization perspectives*

Breton M<sup>1</sup>, Lévesque JF<sup>2</sup>, Pineault R<sup>3</sup>, Lamothe L<sup>4</sup>, Denis JL<sup>5</sup>

#### Résumé

La recherche d'une plus grande efficacité du système de santé incite les gouvernements à rapprocher deux domaines d'activités du secteur de la santé qui se sont largement développés en parallèle dans les pays industrialisés : la santé publique et le système de soins. La réforme en cours au Québec intègre plus formellement ces deux domaines de prestations au sein d'une même gouverne institutionnelle. L'objectif de cet article est de discuter des enjeux découlant de l'intégration formelle de la santé publique au niveau de la planification et de la prestation de soins locaux et de son potentiel pour la performance d'ensemble du système de santé. En premier lieu, nous présentons les caractéristiques de ces deux domaines de prestation du système de santé : la santé publique et le système de soins. Nous expliquons ensuite la réforme en cours au Québec et discutons des transitions épidémiologiques, technologiques et organisationnelles qui amènent une plus grande convergence entre ces deux domaines. Nous terminons par une discussion des obstacles et opportunités potentielles de cette réforme. Nous discutons de ces défis selon deux niveaux : a) le développement d'une planification populationnelle à l'intérieur d'organisations de prestations de soins et services ; b) l'articulation de préoccupations de santé publique et de système de soins à un niveau local. La réforme en cours au Québec est une occasion unique pour maximiser l'impact des ressources investies dans le système de soins selon une vision collective d'amélioration de la santé.

**Prat Organ Soins 2008;39(2):113-124**

*Mots-clés* : Santé publique ; système de soins ; système de santé ; santé des populations ; Québec.

#### Summary

The search for greater efficiency of health systems encourages governments to bring closer two fields of practice which have largely developed in parallel in the industrialized countries: public health services and health care. The current reform in Quebec province, Canada, more formally integrates these two fields within a common governance structure. The objective of this article is to discuss the issues arising from this formal integration of public health services to the planning and delivery of local health care services, and the potential effect on the overall performance of the health system. We first present the characteristics of these two sectors. Then, we describe the current reform in Quebec and discuss the impact of various transitions (epidemiological, technological and organizational) that bring greater convergence between these two areas. We conclude with a discussion of the obstacles and potential opportunities of this reform on two levels: a) the development of population-based planning of health care within health care delivery organizations; and b) the articulation of public health and health care services concerns at the local level. The ongoing reform in Quebec is a unique opportunity to maximize the resources invested in the health-care system within a collective vision for improving health.

**Prat Organ Soins 2008;39(2):113-124**

*Keywords*: Public health; health care systems; delivery of health care; population health; Quebec.

<sup>1</sup> Candidate au doctorat, Université de Montréal, boursière du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de première ligne (GRÉAS1) et de la Chaire Gouverne et transformation des organisations de santé (GETOS).

<sup>2</sup> Médecin-conseil à l'Institut national de santé publique, professeur adjoint clinique, Université de Montréal, chercheur Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de première ligne (GRÉAS1).

<sup>3</sup> Médecin-conseil à l'Institut national de santé publique, professeur émérite, Université de Montréal, chercheur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de première ligne (GRÉAS1).

<sup>4</sup> Professeure agrégée au département d'administration de la santé, Université de Montréal, chercheuse du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Chaire Gouverne et transformation des organisations de santé (GETOS) et Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de première ligne (GRÉAS1).

<sup>5</sup> Professeur titulaire au département d'administration de la santé, Université de Montréal, titulaire de la Chaire Gouverne et transformation des organisations de santé (GETOS), directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et chercheur du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de première ligne (GRÉAS1).

## INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays industrialisés vivent actuellement d'importantes transformations. Elles résultent en grande partie de l'influence des transitions démographique et épidémiologique s'associant au vieillissement de leur population et à l'accroissement constant du poids économique des maladies chroniques. Par ailleurs, les avancées technologiques et pharmacologiques accroissent les capacités d'intervention des systèmes de santé. Ceci s'accompagne d'une augmentation croissante du fardeau social et économique. Les gouvernements se questionnent sur les façons d'améliorer l'organisation et la gestion des services de santé pour accroître l'impact des ressources collectives investies sur la santé des populations desservies. Ces questionnements s'accompagnent d'une réévaluation de la performance des systèmes de santé et de l'implantation de réformes, dont l'ampleur varie selon les pays.

Dans le contexte canadien, de multiples commissions d'études se sont penchées sur l'état des systèmes de santé provinciaux (Romanow; Kirby; Clair; Sinclair; Fyke; Mazankowski). Dans l'ensemble, un consensus émerge sur divers constats relatifs au manque d'actions préventives, aux problèmes d'accès aux soins, particulièrement de premier contact, au manque de coordination et à l'utilisation inefficace de plusieurs prestataires de soins [1-3]. Ces commissions ont proposé diverses transformations ou innovations et les gouvernements provinciaux se sont lancés dans une vague importante de réformes.

Le Québec n'échappe pas à cette tendance. Les quarante dernières années ont vu le système public de soins se transformer, depuis son instauration, sous l'influence de vagues successives de réformes [4].

Une des caractéristiques de ces réformes consiste en l'intégration graduelle des ressources de santé publique, définie comme un secteur regroupant les interventions collectives à l'égard de la santé, au système de services de santé, compris comme un secteur s'intéressant aux interventions individuelles préventives, diagnostiques, curatives et de réadaptation. Même si ce rapprochement du secteur de la santé publique et du secteur des services de santé suscite un certain assentiment des acteurs concernés, divers enjeux relatifs à la contribution réelle de chaque secteur aux activités de l'autre demeurent. Certains travaux ont relaté les difficultés associées à l'intégration de services ayant des objectifs souvent contradictoires [5]. De plus, certaines tentatives antérieures d'intégration de la santé publique au système de soins, par la création de départements de santé communautaire dans les centres hospitaliers, ont connu des succès mitigés au Québec [6].

L'objectif de cet article est de discuter des enjeux découlant de l'intégration formelle de la santé publique au niveau de la planification et de la prestation de soins locaux et de son potentiel pour la performance d'ensemble du système de santé. En premier lieu, nous présentons les caractéristiques de ces deux domaines de prestation du système de santé : la santé publique et le système de soins. Nous expliquons ensuite la réforme en cours au Québec et discutons des transitions épidémiologiques, technologiques et organisationnelles qui amènent une plus grande convergence entre ces deux domaines. Nous terminons par une discussion des obstacles et opportunités potentielles de cette réforme. Nous discutons de ces défis selon deux niveaux : a) le développement d'une planification populationnelle à l'intérieur d'organisation de prestation de soins et services ; b) l'articulation de préoccupations de santé publique et de système de soins à un niveau local. La réforme en cours au Québec est une occasion unique pour maximiser l'impact des ressources investies dans le système de soins selon une vision collective d'amélioration de la santé.

## LES SERVICES INDIVIDUELS ET COLLECTIFS : DEUX DOMAINES DE PRESTATIONS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

L'Organisation mondiale de la santé distingue deux domaines de prestation permettant aux systèmes de santé de répondre aux besoins de services des populations : la prestation de services personnels, comprenant un ensemble de services de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs fournis sur une base individuelle et la prestation de services collectifs, comprenant des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, fournis sur une base collective [7]. Selon cette perspective, la santé publique et le système de soins cohabitent dans le système de santé. Mais l'interaction fonctionnelle entre ces deux secteurs peut varier selon les pays. Traditionnellement, les interventions de santé publique ont été peu intégrées aux actions du système de soins. Dans cette section, nous définissons le secteur de la santé publique et celui des soins de santé, en décrivant les principales fonctions de chacun, les acteurs en présence, ainsi que leurs finalités et méthodes d'intervention.

### 1. La santé publique : prestataire de services collectifs

La santé publique consisterait en « l'art et la science de prévenir la maladie, de prolonger l'existence et de favoriser la santé de la population par des efforts collectifs organisés » [8, 9]. Ces efforts collectifs ne se limiteraient pas à des services ou des programmes spécifiques. La tendance actuelle dans les pays occidentaux est d'adopter

une définition large de la santé publique, en préconisant des « efforts organisés de la société » susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé humaine au sens le plus global (limite de vitesse sur les routes, accès à un revenu minimal) [10].

Cette action collective s'actualise au Québec par un ensemble de fonctions, dévolues à la santé publique, couvrant un large éventail d'interventions. Le programme national de santé publique définit les fonctions de santé publique comme : 1) la surveillance et l'analyse de l'état de santé et de bien-être de la population et ses déterminants ; 2) la protection de la santé et le contrôle des risques et des maladies (maladies infectieuses, santé au travail, santé environnementale) ; 3) la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux (suicide, violence, toxicomanie) ; 4) la promotion de la santé et du bien-être ; 5) l'élaboration de réglementations, législations et politiques publiques ayant des effets sur la santé ; 6) la recherche et l'innovation, comprenant un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques ; et 7) le développement et le maintien des compétences de santé publique [11].

Plusieurs études ont démontré l'existence d'importants écarts d'espérance de vie des individus au sein d'une même population. La santé des individus est influencée par plusieurs éléments tels que la position sociale, le niveau de scolarité et la profession [12-16]. Les habitudes de vie personnelles, dont notamment, la consommation de tabac et d'alcool, les régimes alimentaires et l'activité physiques, ont une incidence sur la santé et le bien-être [17, 18]. Par exemple, certaines études estiment que le tabagisme est responsable d'au moins le quart de tous les décès des adultes de 35 à 84 ans au Canada [19]. Nous reconnaissons de plus en plus que les habitudes de vie sont largement influencées par le milieu socioéconomique dans lequel les personnes vivent.

L'évolution de la compréhension des déterminants de la santé a amené plusieurs chercheurs à développer des modèles de « santé des populations » qui tentent de comprendre les interactions entre ces multiples déterminants [20-22]. La santé résulte d'une multiplicité de déterminants, de sorte qu'aucun d'entre eux n'est un déterminant absolu. Par exemple, le chômage peut entraîner l'isolement social et la pauvreté, qui, à leur tour, influent sur la santé psychologique et la capacité d'adaptation de l'individu. Par ailleurs, les facteurs qui influencent la santé des individus ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui influencent la santé de la population, les déterminants de la santé agissant à différents niveaux, tant individuels que collectifs. Cette idée rejoint le postulat de Rose selon lequel « *The causes of individual cases are not the same as the causes of overall incidence* » [23].

De par l'ensemble de ses fonctions, la santé publique adopte une perspective globale, dirigeant son action sur de nombreux déterminants de la santé afin d'améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population [24-27]. Cette perspective inclut la prestation des soins de santé dans les déterminants de la santé, mais ne s'y limite pas, lui accordant traditionnellement une place limitée. Selon cette perspective, les soins de santé auraient un impact limité sur la santé des populations, comparativement aux autres déterminants tels que les habitudes de vie.

Les interventions en santé publique sont larges, allant de la prévention, de la promotion à la protection. La prévention de la maladie et la réduction des facteurs de risques renvoient aux interventions ayant pour but d'éviter un événement ou un état de santé particulier [28]. Elle consiste pour le secteur sanitaire à cibler des individus et des groupes d'individus qui présentent des facteurs de risque identifiables, en se préoccupant principalement de la maladie [29]. La promotion de la santé s'inscrit plutôt dans une dynamique globale, où le but visé est la santé et le bien-être de la population [30]. L'intervention en promotion de la santé ne vise plus uniquement le changement des caractéristiques individuelles mais s'inspire également d'une vision écologique englobant l'action sur les environnements organisationnels, communautaires et politiques [31].

## 2. Le système de soins : prestataire de services personnels

La prestation des soins repose sur une dynamique s'articulant autour d'une relation entre une personne qui ressent un problème de santé et divers prestataires du système de soins. Dans ce cadre, les ressources sont mobilisées afin de modifier ou maintenir l'état de santé de la personne [32]. Ainsi, un processus d'utilisation des soins se développe à travers différentes investigations et thérapies médicales afin de solutionner un problème de santé ressenti. Les principales fonctions du système de soins seraient ainsi de rétablir un état de non-maladie, d'empêcher la détérioration de l'état de santé et de conserver l'autonomie de la personne. Les interventions du système de soins se centreraient donc autour du maintien ou de la restauration de l'absence de maladie, ici conçue comme tout mauvais fonctionnement biologique qui se manifeste par un dérèglement quantitatif des phénomènes physiologiques [33]. Pour résoudre un problème de santé, il suffit d'en trouver la cause et de l'éliminer, ou de corriger ses manifestations, par une intervention médicale appropriée. Le système de soins s'inscrit donc dans une perspective se concentrant davantage sur un des déterminants de la santé, à savoir les services s'échelonnant sur l'ensemble du continuum d'intervention médicale. La majorité des interventions asso-

ciées aux soins sont d'ordre curatif et ciblent des individus, non des populations. Les stratégies d'intervention sont plus orientées vers le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. La plupart des interventions ont lieu dans un établissement sanitaire.

Ce secteur est formé par un ensemble de ressources (les professionnels, les établissements, etc.) structurées en vue de fournir des services et des biens à la population dans le but d'améliorer son état de santé [34]. Sa principale préoccupation est de répondre aux demandes des personnes qui sollicitent des soins. Ceci s'inscrit dans une planification d'offre et de demande : la production varie selon la demande et la demande est influencée par l'offre effective de services. Les soins sont gérés selon les logiques propres au « management » et à l'administration [35]. La perspective organisationnelle domine ce domaine. Historiquement, la planification des services ciblait principalement les utilisateurs des services. Ainsi, les besoins des non-utilisateurs de services étaient peu considérés. Peu de planification populationnelle était réalisée.

### 3. L'organisation du système de santé québécois : parallélisme et rapprochement

La santé publique et le système de soins sont souvent perçus comme opposés plutôt qu'inter reliés [36]. Depuis les dernières décennies, le contexte dans lequel ils gravitent s'est transformé. Sous l'influence de plusieurs pressions, ils convergent davantage (figure 1). Le rapprochement entre eux se réalise naturellement, chacun ayant besoin de l'autre et de son expertise pour s'attaquer efficacement à la résolution des problèmes complexes de santé, comme les maladies chroniques [37]. Dans la section suivante, nous discutons des différents facteurs de transition qui ont permis une plus grande convergence entre les deux domaines de prestation.

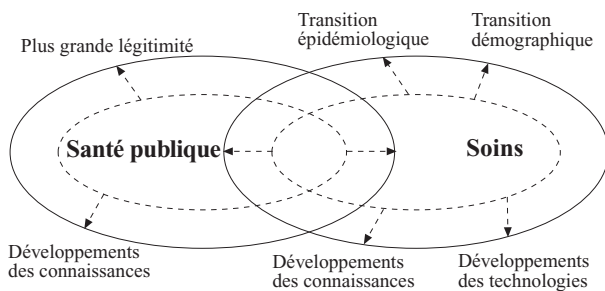


Figure 1. Convergence entre la santé publique et le système de soins.

Au Québec, suite à plusieurs réformes successives, la santé publique a été institutionnalisée à différents niveaux

hiérarchiques de la structure de gouverne. Le gouvernement a tenté d'intégrer plus formellement la santé publique aux structures de gouverne du système de santé. La figure 2 présente un bref survol historique de l'évolution des structures de gouverne au Québec.

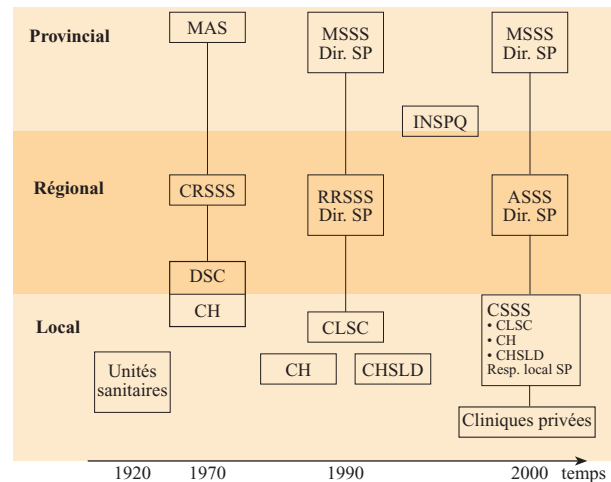


Figure 2. Historique de l'évolution des structures de gouverne du système de santé au Québec.

- MAS : ministère des affaires sociales
- CRSSS : conseil régional de santé et de services sociaux
- DSC : département de santé communautaire
- CH : centre hospitalier
- MSSS : ministère de la santé et des services sociaux
- SP : santé publique
- RRSSS : régie régionale de la santé et des services sociaux
- CLSC : centre local de services communautaires
- CHSLD : centre hospitalier de soins de longue durée
- ASSS : agence de santé et de services sociaux
- CSSS : centre de santé et des services sociaux
- Cliniques privées : équivalents au Québec des cabinets privés européens

Les premières institutions de santé publique sont apparues dans les années 20 avec l'implantation des unités sanitaires. Leurs principales activités étaient l'éducation des femmes enceintes, des jeunes mères et des clientèles scolaires, le contrôle des maladies infectieuses, la salubrité et la collecte de données démographiques [36].

Puis, suite aux recommandations de la commission Castonguay-Nepveu, le Québec adopte la Loi d'assurance maladie et entreprend une vaste opération de restructuration. Dans la foulée des activités de réorganisation des années 70, le ministère des affaires sociales (MAS) est créé. De plus, douze conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS) sont mis en place avec des mandats consultatifs, des centres hospitaliers avec une gestion administrative distincte sont implantés et des centres locaux de services communautaires pour



dispenser à la fois des services de santé et des services sociaux sont proposés [36]. En 1974, 32 départements de santé communautaire (DSC) sont créés. Leurs missions étaient à la fois d'assumer la responsabilité de santé publique sur leur territoire désigné et d'agir au sein du centre hospitalier d'accueil au niveau des interventions préventives. Ces départements apparaissaient comme une solution permettant de concrétiser l'intégration des fonctions de santé publique à l'intérieur des frontières hospitalières [36]. Étant donnée la place centrale que jouait le centre hospitalier dans le système, de ses responsabilités et de la taille de la population qu'il dessert, cet endroit semblait de prédilection pour rapprocher la santé publique du domaine curatif. Or, l'expérience des DSC n'a pas atteint cet objectif. L'intégration du préventif et du curatif à l'intérieur du centre hospitalier doté d'un DSC ne s'est pas vraiment produite. Au contraire, on a même observé que la présence de la santé publique dans ces milieux a pu, jusqu'à un certain point, déresponsabiliser les autres professionnels à l'égard de la prévention [6, 38, 39].

Dans les années 90, le système de santé est encore une fois restructuré, avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En 1992, le ministère crée une direction générale de la santé publique au sein de son ministère. Également, le gouvernement québécois met en place les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Elles ont pour mandat de coordonner l'offre de services dans leur région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires de leur territoire. En plus, le gouvernement provincial confie aux RRSSS le rôle de gérer un programme régional de santé publique et de créer une direction de santé publique [36]. Pendant cette période, le gouvernement a entrepris une vaste opération de fusion d'établissements, passant de près de 1 000 établissements à environ 500 établissements publics [40].

À la fin des années 90, en plus d'avoir une direction de santé publique explicite aux paliers de gouverne provinciale et régionale, l'Institut national de santé publique (INSPQ) est créé. Le gouvernement québécois vise alors à consolider, développer et surtout rendre accessible l'expertise spécialisée, concentrée dans les régions universitaires, à toutes les régions du Québec [41, 42].

En 2003, le gouvernement québécois s'est engagé dans une profonde réorganisation de son réseau de santé. Les régies régionales ont été renommées Agences de santé et de services sociaux (ASSS) et leur mandat est devenu le soutien au développement des réseaux locaux de services sur une base géographique, tout en continuant à attribuer le financement des établissements de la région. En plus, le gouvernement québécois a ajouté le palier local à l'in-

tégration formelle de la santé publique aux structures de décision. Bien que les centres locaux de services communautaires (CLSC) assumaient en partie cette responsabilité au niveau local en produisant la majorité des services directs à la population [42], la nouvelle réforme va plus loin en attribuant la responsabilité d'élaborer des plans locaux de santé publique. La récente réorganisation au Québec introduit le mandat de « responsabilité populationnelle » aux nouvelles organisations sanitaires créées, soit les Centres de santé et des services sociaux (CSSS), issus de la fusion de centres d'hébergement de longue durée, de centres locaux de services communautaires et, dans la plupart des cas, d'un centre hospitalier [43]. L'objectif est de conférer aux 95 CSSS, la responsabilité de développer une offre de services adaptée aux besoins d'une population définie sur une base géographique. Les CSSS sont responsables de susciter et d'animer localement les collaborations intersectorielles, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population [43]. De plus, un responsable local de santé publique est nommé dans chaque CSSS. En conséquence, le gouvernement québécois introduit une structure institutionnelle locale, conciliant l'intégration de la santé publique à la gestion du système de soins [37].

L'attribution formelle de cette double responsabilité (responsabilité prestation de soins et services et la santé publique) aux CSSS demande d'élargir leur offre de services en adoptant une planification des services selon une logique populationnelle et en intégrant la santé publique dans ses activités.

Il existe quelques expériences internationales qui ont essayé d'articuler plus formellement les enjeux de santé publique et de soins au sein d'une même structure de gouverne. Par exemple, plusieurs pays s'inspirent du modèle clinique de *Kaiser permanente*. Il est cité comme étant un modèle d'innovation réussie quant à l'intégration de la prévention clinique à la production des soins de qualité et au meilleur coût [44-46]. De même, la *Veterans health administration (VHA)* constitue le plus grand système public intégré des États-Unis [47, 48]. Leur nouveau modèle d'organisation est axé sur le patient qui est coordonné selon les différents niveaux de soins dans un territoire géographique déterminé [47]. VHA est intéressante puisqu'elle démontre un exemple de transformation d'un système dominé par un modèle hospitalo-centriste à un modèle davantage communautaire. Aussi, le modèle finlandais d'organisation des soins et services de santé est un exemple qui se rapproche le plus d'un modèle communautaire de soins [49]. Dans ce pays, les municipalités sont responsables de l'offre de services de santé à leur population [50]. Ainsi, ces modèles illustrent des exemples qui ont réussi à intégrer les deux perspectives à des degrés divers.

## VERS UNE PLUS GRANDE CONVERGENCE ENTRE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES SOINS

Dans plusieurs pays, la santé publique et le système de soins ont donc traditionnellement évolué en parallèle avec peu d'interactions [28]. Malgré des logiques souvent divergentes, sous l'influence de plusieurs pressions, leurs actions tendent à se rapprocher au Québec. Nous discutons dans cette section de trois transformations nous semblant influencer cette convergence : la transition épidémiologique, la transition technologique et la transition organisationnelle.

### a) Transition épidémiologique

Dans les pays industrialisés, le profil des causes principales des maladies et de la mortalité s'est transformé significativement au cours des dernières décennies [51]. Les maladies chroniques sont maintenant la principale cause de mortalité et de morbidité partout dans le monde [52]. Elles sont donc devenues des enjeux prioritaires des systèmes de santé dans un grand nombre de pays. Elles représentent un important fardeau pour les sociétés et sont dans une large mesure évitables [51, 53, 54]. Près de 40 % des adultes présentent une maladie chronique déclarée ou un facteur de risque de morbidité, tels que le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, une maladie respiratoire, une maladie cardiaque ou une pathologie circulatoire [6, 55, 56].

Cette transition épidémiologique modifie la nature des problèmes de santé auxquels font face les secteurs de la santé publique et des soins. Tout d'abord, pour des personnes vivant avec des maladies chroniques, la promotion de la santé inclut aussi des soins aidant les personnes à mieux vivre avec leur maladie. De plus, à l'échelle des populations, la prévention passe de plus en plus par des programmes cliniques de dépistage. La prévention des problèmes et leur traitement sont de moins en moins l'apanage des secteurs de façon séparée. Le dépistage et la promotion de la santé en milieu clinique, *via* la promotion de l'auto-soin, s'effectuent sur une base individuelle et concourent autant au traitement qu'à la promotion de la santé chez les personnes atteintes de maladies chroniques.

### b) Transition technologique

Les avancées technologiques et scientifiques se multiplient. L'augmentation des capacités diagnostiques, le développement continu des techniques d'investigation (la radiographie), de la pharmacopée (les antibiotiques) et de la biochimie (anesthésie), permettent de traiter efficacement un nombre de plus en plus grand de maladies et permettent d'intervenir davantage et plus longtemps sur chaque personne [57]. Nous observons des techniques de

plus en plus sophistiquées de réanimation, de greffes d'organes, d'assistance médicale à la procréation, des développements de l'imagerie médicale, etc. [58]. De plus, les percées technologiques permettent d'accorder davantage d'importance aux activités de dépistage des maladies. Citons, par exemple, les traitements de l'hypertension réduisant l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, le dépistage par frottis vaginaux réduisant les cancers du col de l'utérus, l'ablation des polypes lors de coloscopies, etc. [59].

Parmi les développements technologiques récents, il est clair que la découverte récente du génome et de la thérapie génomique qui en découle auront un impact, tant sur la pratique de la santé publique que sur la médecine curative et la gestion des services de santé. En effet, l'identification des gènes de susceptibilité permettra de mieux cibler les interventions de santé publique. Les activités de dépistage qu'elle suscitera auront un impact sur les coûts, sans compter les questions éthiques qu'elle soulèvera [60].

### c) Transition organisationnelle

La plus grande prévalence des maladies chroniques et la complexité des besoins de la clientèle exigent la sollicitation de services de santé variés et d'actions concertées de plusieurs professionnels de la santé et d'autres acteurs. Ces clientèles requièrent des contacts réguliers et plus approfondis avec différents acteurs et nécessitent une meilleure coordination des interventions. Elles nécessitent une plus grande intégration des soins et une continuité entre les différents sites de production de services. L'organisation des services est complexe et couvre un large spectre d'interventions, allant des services préventifs au traitement, et du suivi à la convalescence. Une modification de la prise en charge des patients amène naturellement vers une organisation en réseau. Ceci est une réponse à l'expansion du domaine de la prestation des soins. Ces nouveaux modèles organisationnels complexifient le processus de traitement.

Les systèmes de santé performants dans le monde sont des systèmes où l'information relative aux problèmes de santé prévalents est disponible et utilisée, où les interventions de prévention sont planifiées dans la séquence de prestation de services et où les soins sont des points de contact permettant la promotion de la santé. Les interventions de soins doivent de plus en plus être planifiées sur la base de leur impact sur les populations rejointes, le temps où l'on ne faisait qu'offrir le meilleur traitement disponible sur une base individuelle étant révolu. Les méthodes et l'expertise de santé publique sont nécessaires à cette planification sur une base de santé des populations.

## 1. Défis et enjeux

Bien que la récente réforme au Québec facilite une plus grande convergence entre la santé publique et le système de soins, ces deux secteurs demeurent animés par des logiques relativement différentes, qui s'opposent même sur certains aspects. Par exemple, en ce qui a trait à l'objet des interventions, la santé publique s'intéresse à la population, tandis que le système de soins cible les individus. De plus, en ce qui concerne l'échelle temporelle des interventions, les délais sont différents. Lorsque nous tentons d'intervenir sur les facteurs environnementaux et sur ceux liés aux conditions de vie, les résultats peuvent prendre plusieurs années avant de se manifester. Ils sont donc moins tangibles à court terme. Dans le cas où, au contraire, nous tentons de réduire immédiatement la douleur ou l'anxiété découlant de la maladie, les résultats sont facilement perceptibles à court terme et les liens causaux semblent plus directs. Le tableau I présente un résumé des différentes tensions entre ces deux domaines de prestations.

Tableau I  
Les différentes tensions entre santé publique et système de soins.

La santé publique	Prestation	Le système de soins
Population du territoire, qui utilise ou non les services	Cible	Individus qui utilisent les services
Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et long terme	Objectifs	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent
Accent mis sur la prévention, la promotion et la protection	Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs
Professionnels de santé publique et différents acteurs intersectoriels	Acteurs interpellés	Professionnels et gestionnaires du système de soins
Vers le futur, anticipe les problèmes	Temporalité	Corrige le passé, réagit aux problèmes
Rapport numérateur sur dénominateur, efficacité populationnelle	Types efficacité	On s'intéresse au numérateur, efficacité clinique et d'utilisation

Source : Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2004 [adaptation des références 64-65].

Ces tensions créent des défis importants en ce qui concerne l'intégration formelle de la santé publique aux structures de gouverne locale. Nous discutons de ces défis selon deux niveaux : a) le développement d'une planification populationnelle à l'intérieur d'organisations de prestation de soins et services ; b) l'articulation de préc-

upations de santé publique et de système de soins à un niveau local.

### a) La planification populationnelle à l'intérieur d'organisations de prestation de soins et services

L'attribution aux CSSS d'une responsabilité de population définie géographiquement pose sans conteste de nouveaux défis. Nous discutons de trois enjeux qui complexifient la planification populationnelle à l'intérieur d'organisations de prestation des soins et services : la modification du processus de planification passant d'une réponse à des demandes individuelles vers une planification axée à une échelle populationnelle, une planification de services basée sur des besoins plus prévisibles et une planification qui tient compte des masses critiques.

L'un des premiers enjeux est de modifier le processus de planification axé sur la prestation de services personnels, pour l'orienter vers une planification axée à une échelle populationnelle. Le nouveau mandat introduit la notion territoriale dans le processus de planification. La planification doit non seulement répondre aux besoins des utilisateurs des services, mais également tenir compte des besoins des individus ou des groupes, qui, pour un ensemble de raisons, ne se présentent pas pour satisfaire leurs besoins [61]. Cette logique se démarque de la gestion traditionnelle des organisations, basée sur une réponse à la demande de services. De même, cet exercice de planification est plus complexe dans les régions urbaines, où les bassins de dessertes des organisations ne correspondent pas aux territoires géographiques, les habitants de divers quartiers ou territoires consommant parfois les soins loin de leur lieu de résidence.

Selon Pineault et Daveluy, « l'utilisation de la perspective purement populationnelle à la planification est naïve et inefficace parce qu'elle ne prend pas en considération la réalité organisationnelle, c'est-à-dire la situation prévalente à l'égard des ressources, de leur organisation et des contraintes qu'elles imposent » [35]. Le modèle le plus approprié serait un compromis entre une démarche de planification populationnelle et organisationnelle (selon les utilisateurs et les ressources). Le défi est de mettre à profit les ressources disponibles sur le territoire pour augmenter l'impact sur la santé de la population. Les gestionnaires sont donc amenés, dans le cadre d'une telle réforme, à se préoccuper non seulement de l'efficacité clinique liée à l'utilisation des services mais aussi et surtout de l'efficacité populationnelle, car ils doivent savoir si les ressources mobilisées produisent les résultats escomptés au sein de la collectivité.

Au-delà des discussions par rapport aux ressources investies dans ces domaines de prestation respectifs, la

quasi-totalité du budget investi dans les soins, devrait être maximisée selon une vision collective d'amélioration de la santé. Les ressources devraient être orientées vers une recherche d'une plus grande efficacité populationnelle *via* les soins. La santé publique, en promouvant l'approche populationnelle, incite d'ailleurs le système de soins à tendre vers une telle efficacité de population. À cet égard, le système de soins constitue un puissant véhicule pour les actions de prévention, tant à cause de la proportion importante d'individus qui ont recours aux services durant une année (près de 75 %) surtout en première ligne et qu'ils se trouvent dans des situations (eux et leurs proches) qui les rendent particulièrement sensibles aux actions de prévention dont le *counselling*. Cette prévention clinique est un exemple d'accroissement de l'efficacité populationnelle et de réponse à des besoins non exprimés de soins.

En second lieu, le système de santé actuel a été construit de façon à répondre adéquatement à des problèmes aigus, et ce de façon ponctuelle. Or, la transition épidémiologique – soit la modification du profil épidémiologique vers une plus grande prévalence des maladies chroniques – a un impact important sur la nature des problèmes de santé auxquels fait face le système de soins. Les maladies chroniques ont une évolution plus prévisible que les maladies aiguës et en même temps on peut altérer leur évolution par des actions de prévention tertiaires et quaternaires où l'objectif est de maintenir l'autonomie et la qualité de vie, dans le respect de la dignité humaine (e.g. soins palliatifs). Cette situation permet une planification de services de manière plus séquentielle et prévisible. Par exemple, la présence de 4 000 diabétiques sur le territoire permet à l'organisation de planifier 4 000 consultations en ophtalmologie au cours de la prochaine année.

Finalement, l'intégration de la santé publique au sein des CSSS peut modifier la logique de planification des services au niveau local. Mais les CSSS sont-ils de bons véhicules pour cette intégration ? Il demeure que les CSSS ont un contact privilégié tout au plus avec 30 % de la population qui utilise leurs services, soit des consultations, des hospitalisations ou les services des CLSC [62]. En conséquence, plusieurs clientèles ne sont pas rejointes par les CSSS sur une base annuelle. Si les réseaux locaux de services<sup>1</sup> ne s'actualisent pas, les CSSS auront des difficultés à toucher la population. Les CSSS font aussi face à plusieurs défis afin de développer des partenariats avec l'ensemble des producteurs de services de leur territoire. L'une des voies prometteuses semble être le développement de relations d'affaires avec les organisations médicales de première ligne sur le territoire, ce qui permettrait de prendre en charge la

population du territoire. En effet, près de 65 % de la population consulte essentiellement les cabinets privés pour leurs services de santé<sup>2</sup>.

En somme, l'intégration d'une planification populationnelle aux activités des organisations productrices de soins et services peut représenter un défi de taille. Le risque de confrontation demeure entre les logiques de santé publique et de soins. L'arbitrage entre la réponse aux besoins des personnes qui se présentent au sein des organisations et l'identification complémentaire de besoins non exprimés, peut s'avérer difficile dans un contexte de ressources limitées. Néanmoins, ces différents enjeux peuvent être surmontés mais doivent être considérés pour assurer le succès de cette réforme de l'organisation des services de santé publique et de soins.

### ***b) L'articulation des préoccupations de santé publique dans le système de soins au niveau local***

L'intégration des grandes préoccupations de santé publique aux préoccupations de prestation des soins et services n'est pas nécessairement naturelle et évidente. Nous discutons de ces difficultés en regard de deux différences fondamentales, soit l'une en regard des frontières de leur domaine et l'autre en regard de leurs cibles.

Bien que le contexte actuel facilite la convergence entre les deux domaines de prestation en ce qui a trait aux pratiques cliniques préventives, aux dépistages et à la sélection des interventions en fonction des besoins populationnels, il demeure que certaines interventions de santé publique ne relèvent pas des compétences du système de soins. La santé publique s'intéresse à des domaines beaucoup plus larges et diversifiés, que ne couvre pas le système de soins, soit l'environnement, les infrastructures publiques, la sécurité au travail, etc. La santé publique peut se sentir à l'étroit dans une structure organisationnelle où les préoccupations dominantes sont la prestation des soins. Alors, est-ce pertinent d'intégrer la santé publique au sein d'organisations prestataires de soins et services de santé ? Nous pourrions en douter puisque plusieurs actions sont d'ordre beaucoup plus macroscopique et que le palier local a relativement peu de contrôle et de levier pour agir.

Ceci contraste avec une vision plus englobante du champ d'intervention de la santé publique pour influencer la santé de la population. Un enjeu pour la santé publique dans ce contexte est de mieux délimiter les frontières de ses interventions à l'intérieur du système de santé. La prestation des soins est un excellent endroit

<sup>1</sup> Le réseau local de services intégrés est défini par une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté et sur la base d'un territoire locale, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions tant du point de vue fonctionnel que clinique [63].

<sup>2</sup> Banque de données du projet recherche « Accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de première ligne au Québec ».



– complémentaire aux modalités plus traditionnelles d'intervention – pour réaliser les interventions du domaine de santé publique. Par exemple, la direction de santé publique de Montréal a implanté des centres d'éducation à la santé dans les différents CSSS de la région. Ces centres visaient l'amélioration de trois habitudes de vie ayant des impacts sur les maladies chroniques soit, le tabagisme, l'exercice et l'alimentation. Cette stratégie s'inscrivait en complémentarité et en support aux pratiques cliniques préventives des cabinets médicaux (« cliniques » selon la terminologie en usage au Québec) privés et publics de leur territoire.

Dans un second temps, les principales cibles des deux champs sont pour une grande part opposées, ce qui crée des conflits difficiles à concilier. La logique qui guide les cliniciens et les organisations de soins dans la recherche de solutions est de maximiser les services de soins pour un individu particulier, le patient. Elle joue le rôle de défenseur du patient dans la recherche des meilleures interventions possibles. Par contre, la logique qui guide la santé publique est de maximiser la santé pour des ensembles de personnes. Cette perspective populationnelle agit sur des grands groupes de personnes et visent à en assurer les arbitrages à l'échelle des populations. Ces divergences pourraient s'avérer difficiles à concilier au niveau local, dans un contexte de prestation de soins et services. Ce paradoxe sera toujours présent puisqu'il caractérise les logiques de ces deux domaines de prestations et pourraient réduire la portée des interventions de santé publique réalisées par le système de soins.

Par ailleurs, l'articulation des deux domaines d'intervention est souhaitable au niveau local. Au-delà de l'intervention ponctuelle auprès d'un individu qui consulte, les interventions auprès de groupe et de modalités organisationnelles du système de soins peuvent accroître l'impact des services sur la santé de la population. Le diabète est un exemple qui illustre bien l'intrication entre les approches individuelles et populationnelles. Des interventions à différents niveaux du *continuum* de la santé peuvent être mises en place, notamment, éviter les complications chez les diabétiques par un modèle de gestion de la maladie, prévenir l'apparition du diabète chez les personnes à risques par des interventions de dépistage et de *counselling* et promouvoir de saines habitudes de vie dans la population par des stratégies éducatives et environnementales. Les CSSS sont de plus en plus confrontés à la nécessité de mettre en place des stratégies pour soigner leurs patients tout en développant des stratégies pour prévenir des complications et d'agir en amont de l'apparition de symptômes. L'intervention à différents points du *continuum* de la santé permet un

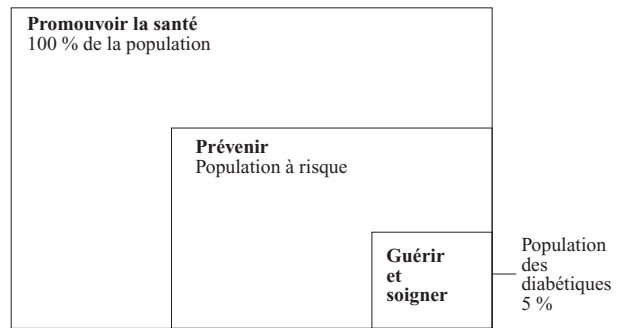


Figure 3. Les différents niveaux du *continuum* de la santé permettant d'agir sur le diabète.

plus grand rapprochement des domaines de la santé publique et du système de soins.

## CONCLUSION

La recherche d'une plus grande efficacité du système de santé incite les gouvernements à rapprocher et à intégrer les diverses actions susceptibles d'améliorer la santé des populations. Ainsi, la réforme en cours au Québec est une occasion unique pour que la santé publique et le système de soins développent davantage d'activités concertées et convergentes. Elle a le potentiel de modifier les services, en développant une offre de services mieux adaptée aux besoins de la population. Cette stratégie interpelle une gestion plus axée sur une vision à moyen et à long terme, en mettant à profit des interventions ayant un effet potentiel beaucoup plus grand sur la collectivité. De plus, pour être vraiment efficace, cette convergence doit viser non seulement les organisations publiques mais aussi atteindre le réseau privé de services, notamment les services de santé de première ligne, pour créer des réseaux locaux de services. Aussi, il faut non seulement viser les actions au niveau organisationnel mais également agir au niveau de la formation des professionnels. Il serait pertinent de les exposer rapidement pendant leur formation à l'éventail des stratégies possibles pour améliorer la santé de la population. Le succès de cette réforme passe, selon nous, par une reconnaissance des enjeux et défis inhérents à cette juxtaposition organisationnelle de champs qui, par le passé, n'ont pas connu une cohabitation si facile. Une bonne compréhension de ces enjeux est nécessaire.

*Dans le cadre de l'accord avec la revue Healthcare Policy, cet article y sera prochainement publié en anglais.*

## RÉFÉRENCES

1. Clair M. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations. Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être.* Ottawa : Gouvernement du Canada ; 2000.
2. Kirby MJL. *The Health of Canadians- The federal role. Final Report.* Ottawa: The Standing Senate Committee on social Affairs SaT, Chair: The honorable Michael J.L Kirby, Deputy Chair: The Honourable Marjory LeBreton- Senate of Canada, editors; 2002. Volume 6.
3. Romanow RJ. *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada, rapport final.* Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS\\_Rapport\\_final.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS_Rapport_final.pdf)
4. Lévesque JF, Roberge D, Pineault R. *La première ligne de soins: un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec?* In: Fleury M-J, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L, eds. *Le système socio-sanitaire au Québec.* Montréal: Gaëtan Morin ; 2007. p. 63-78.
5. Beaglehole R, Bonita R. *Public health at the crossroads: which way forward?* *The Lancet* 1998; 351:590-2.
6. Pineault R, Baskerville B, Letouze D. *Health promotion activities in Quebec hospitals: A comparaison of DSC and non-DSC hospitals.* *Can J Public Health* 1990; 81(3):199-203.
7. Murray, Christopher JL, Frenk J. *A framework for assessing the performance of health systems.* *Bull World Health Organ* 2000; 78:717-31.
8. Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health.* Londres: HM Stationery Office; 1998.
9. Faculty of Public Health Medicine. *Handbook on training and the examination for membership.* Londres: Faculty of Public Health Medicine; 1992.
10. Colin C. *La santé publique au Québec à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle.* *Santé Publique* 2004;16:185-95.
11. Ministère de la santé et des services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012, Québec : MSSS ; 2003.* [http://www.rsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme\\_nationale\\_sante\\_pub.pdf](http://www.rsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf)
12. Contandriopoulos AP. *La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales.* *Rupture* 1999; 6:174-91.
13. Contandriopoulos AP, de Pouvoirville G, Poullier JP, Contandriopoulos D. *À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI<sup>e</sup> siècle.* In: Pomey MP, Lejeune B, Poullier JM, eds. *Santé publique.* Paris: Éditions Ellipses ; 2000. p. 637-67.
14. Evans R. *Regard sur l'avenir : Les inégalités sociales en matière de santé.* *Horizons, projet de recherche sur les politiques* 1999; 2(3):6-7.
15. Hertzman C, Frank J, Evans R. *L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations.* In: Evans R, Barer ML, Marmor TR, eds. *Être ou ne pas être en bonne santé.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 1996. p. 77-101.
16. Marmot M, Ryff C, Bumpass L, Shipley M, Marks N. *Social inequalities in health: next questions and converging evidence.* *Soc Sci Med* 1997;44:901-10.
17. Klein-Geltink J, Choi B, Fry R. *Tabagisme, consommation alcool, inactivité et surpoids : Prévalence de l'exposition multiple à ces quatre facteurs de risque selon l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1. Maladies chroniques au Canada* 2006;27(1):27-36.
18. Ohinmaa A, Schopflocher D, Jacobs P, Demeter S, Chuck A, Golmohammadi K et al. *Analyse en population des comportements liés à la santé, des maladies chroniques et des coûts connexes.* *Maladies chroniques au Canada* 2006;27(1):18-26.
19. Agence de santé publique du Canada. *La santé, c'est l'affaire de tous.* Ottawa : l'Agence ; 2005. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/collab/index.html>
20. Evans R, Stoddart G. *Producing health, consuming health care.* *Soc Sci Med* 1990; 31:1347-63.
21. Evans R, Barer ML, Marmot TR. *Être ou ne pas être en bonne santé.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 1996.
22. Glouberman S, Minzberg H. *Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie.* *Gestion* 2002; 27(3).
23. Rose G. *Sick individuals and sick populations.* *Int J Epidemiol* 1985;30:32-9.
24. Evans R, Stoddart G. *Produire la santé, consommer des soins.* In: Evans R, Barer ML, Marmor TR, eds. *Être ou ne pas être en bonne santé.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 1996. p. 37-73.
25. Glouberman S, Millar J. *Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada.* *Am J Public Health* 2003;93:388-92.
26. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford (England): Basil Blackwell, editor; 1979.
27. World health organization (WHO), Regional office for Europe. *The Ottawa charter for health promotion.* Ottawa: WHO; 1986.
28. Lévesque JF, Bergeron P. *De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins.* *Rupture* 2003;9(2):73-89.
29. Chronic disease prevention alliance of Canada. *Les arguments en faveur du changement.* Ottawa : L'Alliance ; 2005. <http://www.cdpc.ca>
30. Lévesque JF, Déry V. *Vers la santé durable : l'organisation des interventions en santé physique - le modèle de promotion des habitudes de vies saines et de prévention des maladies chroniques non transmissibles.* Montréal : Direction de la santé

publique de Montréal Centre ; 2001.

31. Richard L, Breton É, Lehoux P, Martin C, Roy D. La perception des professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation. *Can J Public Health* 1999;90(2):99-103.

32. Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying Requirements for health care*. Cambridge (England): Harvard University Press, 1976.

33. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF ; 1966.

34. Pineault R, Lessard R. Le système de santé du Québec : objectifs de soins ou objectifs de santé ? *L'Union médicale du Canada* 1984;113:750-5.

35. Pineault R, Davehuy C. *La planification de la santé*. Montréal : Éditions Nouvelles ; 1995.

36. Bergeron P, Gagnon F. La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. In: Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, eds. *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*. Saint-Nicolas : Les presses de l'Université Laval ; 2003 : p. 7-34.

37. Bergeron P, Gaumer B. Une participation croissante de la santé publique à la gouverne du système de santé québécois ? In: Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L. *Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin ; 2007. p. 51-62.

38. Pineault R. The place of prevention in the Quebec health care system. *Can J Public Health* 1984;75(1):92-97.

39. Pineault R, Champagne F, Trottier LH. The integration of public health in hospitals: the case of community health departments in Quebec. *J Public Health Policy* 1986;7:458-62.

40. Turgeon J, Hervé A, Gauthier J. L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ? In: Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, eds. *Le système de santé au Québec. Organisations, Acteurs et enjeux*. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2003 : 93-118.

41. Bernier N. Quebec's Approach to population health: an overview of policy content and organization. *J Public Health Policy* 2006;27:22-37.

42. Lévesque JF, Bergeron P. Quebec's healthcare system: origins, organization, and future. In: Shah C, ed. *Public health and preventive medicine in Canada*. 2003: 517-29.

43. Gouvernement du Québec. *Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Assemblée nationale ; 2003.

44. Borgès Da Silva G, Borgès Da Silva R. La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA. *Rev Med Ass Maladie* 2005;36:323-35.

45. Feachem R, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar:

a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324:135-41.

46. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003;327:1257-62.

47. Kizer K, Demakis J, Feussner J. Reinventing VA health care: Systematizing Quality improvement and quality innovation. *Med Care* 2000; 38(6 Suppl 1):17-16

48. Perlin J, Kolodner R, Roswell R. The Veterans health administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *Healthc Pap* 2005;5(4):10-24.

49. Lamarche P, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ; 2003.

50. Ministry of Social Affairs and Health Finland. *Health care in Finland. Helsinki: Brochure of the Ministry of Social Affairs and Health; 2004. n°11.*

51. McMichael A, Beaglehole R. The changing global context of public health. *Lancet* 2000; 356:495-9.

52. World health Organization (WHO). *Integrated chronic disease prevention and control*. Genève: WHO; 2005. [http://www.who.int/chp/about/integrated\\_cd/en/](http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/)

53. Birmingham C, Muller J, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH. The cost of obesity in Canada. *CMAJ* 1999; 160:483-8.

54. Katzmarzyk P, Gledhill N, Shephard R. The economic burden of physical inactivity in Canada. *CMAJ* 2000;163:1435-40.

55. Broemeling AM, Watson D, Black C. Chronic conditions and co-morbidity among residents of British Columbia. Vancouver (Canada): Centre for Health services and research, University of British Columbia; 2005.

56. Starfield B, Lemke K, Bernhardt T, Foldes S, Forrest C, Weiner J. Comorbidity: Implications for the importance of primary care in "case" management. *Ann Fam Med* 2003;1(1):8-14.

57. Contandriopoulos AP. Inertie et Changement. *Rupture* 2003;9(2):4-31.

58. Champagne F, Contandriopoulos AP, Denis JL, Gerbier M, Poirier C, Trottier LH. les enjeux du développement de la médecine académique. Rapport R04-03. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé ; 2004. <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R04-03.pdf>

59. Sicard D. Réflexion sur le progrès de la médecine. *Med Hyg* 2004;2401:1535-8.

60. Collins FS. Medical and societal consequences of the human genome project. *N Engl J Med* 1999;28-37.

61. Breton M, Lamarche P, Pineault R. Un défi de taille pour les gestionnaires. *Le Point en administration de la santé et des ser-*

*vices sociaux* 2005;1(2):16-9.

62. Lévesque JF, Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, et al. *L'expérience de soins de la population. Portrait des variations intra-régionales à Montréal et Montérégie.* Montréal : Institut national de santé publique du Québec ; 2007.

63. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de ser-*

*vices intégrés en santé mentale.* Québec : Le Ministère ; 2002.

64. Derose S, Petitti D. *Measuring quality of care and performance from a population health care perspective.* *Annu Rev Public Health* 2003; 24:363-84.

65. Garr D, Rhyne R, Kukulka G. *Incorporating a community-oriented approach in primary care.* *Am Fam Physician* 1993; 47:1699-702.