

Le renforcement de l'interface entre les services de santé publique et de première ligne : enjeux et pistes de solution

Reinforcement of the Interface between Public Health Services and Primary Care: Issues and Solution Ideas



DANIEL PAQUETTE, MD, MBA, MSC, FRCPC

*Centre de santé et de services sociaux de Laval - Hôpital Cité de la Santé et Direction de santé publique de Laval
Laval, QC*

*Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, École de santé publique
Université de Montréal*

*Montréal, QC
Département de médecine sociale et préventive,
Université Laval et Centre hospitalier
universitaire de Québec
Québec, QC**

DANIEL REINHARZ, MD, PHD

*Département de médecine sociale et préventive
Université Laval
Québec, QC*

* Affiliations at the time this research was conducted.

Résumé

Le développement de liens étroits entre la santé publique et les services cliniques, notamment ceux offerts par les médecins de famille œuvrant en première ligne, est prôné dans tous systèmes de santé occidentaux. On suppose que les collaborations formant une telle interface ont des impacts positifs à la fois sur la qualité des soins, sur le fardeau des maladies et sur l'équité dans le système de santé. Si les acteurs des deux domaines admettent le bien-fondé de l'interface et favorisent en principe son développement, plusieurs barrières nuisent aux collaborations dans la réalité. Or, peu est connu sur ces barrières dans le système de santé québécois. Cette étude vise à répondre à ce manque d'information en étudiant l'interface à partir d'une perspective organisationnelle. Deux cadres conceptuels ont été utilisés, soit la typologie de Lasker (1997) et les archétypes de Hinings et Greenwood (1988).

L'analyse met en évidence deux des six formes de collaboration proposées par la typologie utilisée, soit la coordination des services aux individus et la mise à profit des rencontres cliniques pour les fins de la santé publique. Les activités associées à ces formes de collaboration, qui sont importantes eu égard au mandat de la santé publique, comportent un intérêt essentiellement pour la santé publique et sont déterminées en pratique unilatéralement par cette dernière. En outre, le manque de coordination des activités qui impliquent une collaboration avec les médecins constitue un obstacle au développement de telles activités en créant des irritants pour les médecins. Il y a donc, dans le système de santé québécois, des possibilités de développement de l'interface là où la collaboration se fait également au profit du travail clinique et là où elle tient compte des contraintes du milieu clinique.

Abstract

The development of close relationships between public health and clinic services, particularly those provided by primary care family physicians, is supported in all western healthcare systems. Collaborations leading to such interface are supposed to have positive impacts on the quality of care, the burden of diseases and the equity in the healthcare system. If players in both fields accept the relevance of the interface and support in principle its development, there are still many barriers that impede the collaborations in reality. That said, little is known about the barriers in the Quebec healthcare system. The purpose of this study is to answer to this lack of information by studying the interface from an organizational perspective. Two conceptual frameworks have been used: the Lasker's typology (1997) and the Hinings and Greenwood archetypes (1988).

The analysis highlights two of the six forms of collaboration proposed by the typology used: the coordination of services provided to individuals and the use of

clinic visits for the purpose of public health. Activities associated to these forms of collaboration, which are important with regard to the public health mandate, are of interest essentially for public health and are practically unilaterally determined by public health. Moreover, the lack of coordination in activities involving a collaboration with physicians is an obstacle for the development of such activities and generates irritants for the physicians. Thus, in the Quebec healthcare system there are opportunities for the development of the interface where the collaboration occurs also at the benefit of the clinic practice and where it takes into account the constraints of the clinic sector.

LA SANTÉ PUBLIQUE (SP), TELLE QUE DÉPLOYÉE AU QUÉBEC, EST UN CHAMP d'activités qui s'intéresse essentiellement à promouvoir la santé et le bien-être des sous-groupes de la population par des actions de surveillance, protection, prévention et promotion de la santé (MSSS 2003; Lévesque et Bergeron 2003). Afin de remplir son rôle, la SP s'est efforcée, au cours de son histoire, de formaliser ses relations avec le système de soins à différents niveaux, du ministère de la santé jusqu'aux services cliniques, et particulièrement avec les médecins de famille œuvrant dans les services cliniques de première ligne (SCPL), dont la vaste majorité travaille en cabinet privé et reçoit une rémunération à l'acte. Si la SP a déjà été juxtaposée aux services cliniques sous la forme de départements de santé communautaires intégrés aux hôpitaux, elle s'en est éloignée lors de son transfert du début des années 1990 aux régies régionales de la santé et des services sociaux (ou agences de la santé et des services sociaux, depuis 2005) sous le nom de directions de santé publique (DSP) (Gagnon et Bergeron 1999).

Plusieurs arguments ont été avancés pour justifier un rapprochement entre la SP et les SCPL. Pour la SP, les médecins cliniciens et autres professionnels de santé occupent une position stratégique de première importance pour des interventions visant la population (McAvoy et al., 1999). De même, la médecine moderne encourage une plus grande intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans les SCPL. Les SCPL devraient ainsi bénéficier d'une telle alliance avec la SP, cette dernière pouvant leur apporter une expertise en ce domaine (CMQ 1998; CMFC, 2004).

Les travaux de recherche qui se sont penchés sur la collaboration entre la SP et les SCPL ont effectivement démontré des impacts positifs sur le fardeau des maladies chroniques, l'équité, et la qualité des soins de santé primaires (Wright 1995; Saltman et Figueras 1997; Lee 1997; Brandt et Gardner 2000; Frumkin 2000; Shi et al. 2002; Elster et Callan 2002). Les interventions cliniques de prévention et de promotion de la santé réalisées par les médecins, notamment sur les habitudes de vie, sont reconnues efficaces pour la réduction de la mortalité et de la morbidité associées aux maladies chroniques (Helman 1997; Hawk et Lippman 2000; Adami et al. 2001; Visscher et

Seidell 2001; Rebanal et Leman 2005). De plus, l'apport de la SP dans l'organisation des services permet de réduire les inégalités sociales de santé (Frenk 1993; Lee et Paxman 1997; Roussos et Fawcett 2000; Shi et al. 2002; Sutton 2002). Les collaborations prometteuses, surtout entre des partenaires de natures différentes, requièrent généralement une confiance mutuelle et des situations gagnant-gagnant (Lewis 1997).

Or, malgré la littérature existante sur le bien-fondé de l'interface, on constate qu'elle est dans les faits souvent peu fonctionnelle (Lee 1997; McAvoy et al. 1999) et qu'elle suscite peu d'intérêt surtout envers les enjeux de la SP (Drenthen 1997; Hensrud 2000; Goldie et Sheffield 2001). Il n'est dès lors pas surprenant que, dans tous les systèmes, on prône la réflexion sur comment renforcer les collaborations entre la SP et les SCPL (Starfield 1996; Lévesque et Bergeron 2003).

Ce travail s'inscrit dans un tel mouvement. À travers l'étude d'une des 18 régions sociosanitaires du Québec, ses objectifs ont été de décrire une interface régionale existante, soit les collaborations entre la SP et les SCPL, de comprendre le potentiel de renforcement de cette interface, et d'identifier les facteurs qui favorisent ou inhibent son renforcement. La région choisie est une région universitaire de plus de 650 000 habitants composée en grande majorité de milieux de vie urbains ou semi-urbains et dont le niveau socioéconomique, le ratio de médecins par habitants et le niveau global de santé sont sensiblement plus élevés que dans le reste du Québec (Institut national de santé publique du Québec 2006).

Méthodologie

Un devis d'étude de cas à visée exploratoire adoptant une approche qualitative a été utilisé pour analyser l'interface SP-SCPL à l'aide de deux cadres conceptuels. Le premier cadre, la typologie de Lasker (1997), permet de déterminer la nature des collaborations qui composent l'interface à travers six synergies possibles (présentées au Tableau 1). Le second cadre, les archétypes de Hinings et Greenwood (1988), permet d'identifier les grandes dimensions qui sous-tendent une composante organisationnelle comme l'interface étudiée, ainsi que les facteurs facilitant et les barrières au renforcement de l'interface. Ces dimensions sont étudiées à travers une dialectique qui confronte d'une part la configuration organisationnelle, soit les structures et mécanismes organisationnels, et d'autre part les schèmes interprétatifs, soit les valeurs, idées et croyances de chacun des acteurs-clés de l'organisation et qui sont à la base de leur capacité d'interaction (Tableau 2).

Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de personnes représentant huit entités organisationnelles clés impliquées dans l'interface. Pour la SP, ces entités sont l'Équipe de direction et planification de la DSP d'une part et cinq unités de la DSP (ci-après appelées « unités ») d'autre part. Du côté des SCPL, ces entités sont le Département régional de médecine générale (DRMG) et l'Association des médecins

Le renforcement de l'interface entre les services de santé publique et de première ligne

omnipraticiens (AMO) régionale, qui ont été sollicités à titre de représentants des médecins de famille. Les personnes interviewées ont été sélectionnées sur la base de leur connaissance du sujet traité et de leur rôle de leader (formel et informel) dans leur entité respective. Aucune personne sollicitée n'a refusé de participer à une entrevue. Du côté de la SP, les données collectées ont permis d'atteindre une saturation de l'information. Pour ce qui est des SCPL, en raison de la multiplicité des situations de pratique en première ligne, l'étude s'est limitée aux responsables des deux seules organisations qui représentent de manière officielle les médecins de famille et qui peuvent adopter des positions en leurs noms. Les entrevues, d'une durée moyenne approximative d'une heure, comportaient des questions qui ciblaient toutes les facettes des cadres conceptuels. Elles ont fait l'objet d'enregistrements audio qui ont ensuite été transcrits intégralement en fichier électronique. Le texte a alors été découpé et codé en fonction des dimensions des deux cadres conceptuels. Les deux auteurs ont procédé au codage. Le processus a été itératif jusqu'à ce qu'une concordance dans la classification ait été obtenue.

TABLEAU 1. Importance relative des activités régionales de la SP impliquant des collaborations avec les SCPL en fonction de la typologie de Lasker

Synergies	Unités de la DSP			
	Maladies infectieuses	Adaptation familiale et sociale des jeunes enfants	Habitudes de vie et maladies chroniques	Sécurité environnementale
I. Amélioration des soins de santé par la coordination des services aux individus (services cliniques médicaux, sociaux, infirmiers ou autres)	Moyenne -Programme québécois d'immunisation (PQI) -Notification des maladies à déclaration obligatoire (MADO)	Forte -Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) -Programme Naître égaux et grandir en santé (NÉGS)	Forte -Programme intégré de prévention des maladies chroniques (PIPNC)	Faible -Programme de prévention des chutes chez les aînés (PPCA)
III. Amélioration de la qualité et de l'efficience (effets/ressources) des services cliniques grâce à l'apport d'une perspective populationnelle à la clinique (informations, outils, méthodes)	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune

TABLEAU 1. suite

IV. Mise à profit des opportunités cliniques pour atteindre des objectifs de la SP	Moyenne -PQI -Notification des MADO	Forte -PSJP -NÉGS	Forte -PIPMC	Moyenne -PPCA -Programme de prévention de l'abus chez les aînés (PPAA) -Programme sur la violence conjugale (PVC)
V. Renforcement de la promotion et de la protection de la santé via des campagnes communautaires de mobilisation	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
VI. Façonnement de la direction future du système de santé via la collaboration en matière de politiques, formation et recherche	Aucune	Faible -Formation des étudiants, résidents et médecins sur l'abus et la négligence	Faible -Recherche évaluative sur PIPMC	Moyenne -Recherche évaluative sur PPCA, PPAA et PVC

Résultats

Le Tableau 1 présente une catégorisation des activités des unités de la DSP qui impliquent des collaborations avec les médecins de famille de première ligne, en fonction des types de synergie possible entre la SP et les SCPL. Ces activités en collaboration sont par ailleurs caractérisées selon leur importance relative, au niveau du volume ou du caractère fondamental, par rapport au mandat et à la totalité des activités de l'unité concernée. Cette importance relative se décline en trois modalités : 1) forte (activités essentielles/principales), 2) moyenne, 3) faible (activités secondaires). Il est à noter que la synergie II, soit « Amélioration de l'accès aux services aux non-assurés et aux plus vulnérables par des cadres spécifiques de dispensation de soins », s'avère peu pertinente au Canada à cause de l'accès universel aux services. Elle a donc été exclue du tableau.

Le Tableau 1 met en évidence le fait que seulement 11 des 20 cases du tableau comportent des activités. Deux synergies font l'objet de collaborations de la part de toutes les unités étudiées, soit les formes I et IV. Au niveau de la synergie I, les unités jouent un rôle de coordination, d'expertise et de développement de stratégies en lien avec la tenue d'activités de prévention et de promotion de la santé (soit parce qu'elles sont imposées par des programmes ministériels ou des responsabilités légales ou soit parce qu'elles sont issues de leur propre initiative); l'importance relative de ces activités varie d'une unité à l'autre. Toutes les unités participent à des collaborations de la synergie IV. Ces activités

sont d'une importance moyenne voire forte pour chaque unité. Ceci démontre la volonté de la DSP de mettre à profit les opportunités cliniques, c'est-à-dire les occasions que fournissent les rencontres cliniques patients-médecins de contribuer aux mandats de la SP (surveillance, promotion de la santé, prévention, protection) par des activités telles que la vaccination, le counselling sur les habitudes de vie, la déclaration de maladies infectieuses, etc. Cependant, la disparité et la fragmentation des activités de collaboration SP-SCPL associées aux unités suggèrent l'absence d'une coordination au sein de la DSP. Par ailleurs, la synergie III, qui est en principe le miroir de la synergie IV (dans les deux cas, un secteur se sert de l'apport de l'autre pour atteindre ses objectifs propres) n'est pas utilisée. Les synergies V et VI sont pour leur part peu exploitées, essentiellement parce qu'elles sont du ressort d'autorités suprarégionales.

TABLEAU 2. Analyse de l'interface organisationnelle impliquant la SP et les SCPL réalisée en s'inspirant du modèle des archétypes de Hinings et Greenwood

Configuration organisationnelle	Schèmes interprétatifs
<p>Structure des rôles et des responsabilités dans l'interface :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La DSP obtient ses mandats des lois et programmes ministériels; son comité de direction définit les priorités et l'allocation des ressources et impartit les responsabilités à l'Équipe de direction et planification et aux unités. - Le DRMG est consulté formellement lorsque l'on planifie des interventions de la SP impliquant des médecins de famille. - La DSP et le DRMG sont liés administrativement à titre d'entités de même niveau au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux. - L'AMO est interpellée lorsque sont planifiées des interventions impliquant des médecins de famille en clinique privée bien qu'elle soit sans mandat formel dans l'interface et qu'elle n'ait pas de lien administratif avec les autres acteurs. 	<p>Domaine, soit la juridiction ou légitimité de l'interface :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les acteurs soutiennent l'interface en place et favorisent le principe d'une interface renforcée, qui est un déterminant de l'atteinte d'objectifs des deux secteurs, bien que la portée de l'interface en place semble les satisfaire. - Selon les unités, le DRMG et l'AMO, les collaborations SP-SCPL visant spécifiquement la tenue d'activités ciblant les besoins et intérêts des médecins (par exemple, améliorer la pratique par une meilleure connaissance de la population de patients, ou encore diminuer le stress d'une surcharge de travail lié à une pénurie de médecins) sont insuffisantes.
<p>Systèmes de décisions, soit les procédures par lesquelles les décisions relatives à l'interface sont prises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les principes de décision sont essentiellement reliés aux mandats officiels de la DSP et à l'accomplissement du plan régional de la SP formellement adopté par la DSP après consultation des partenaires; il s'agit d'éléments contraignants. - L'identification des besoins exprimés par les clients, la détection d'opportunités et les initiatives des unités sont également à la base de collaborations avec les SCPL. - L'AMO (à titre de syndicat) et le DRMG (à titre de représentant formel des médecins de famille au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux) ont comme rôle de valider les décisions régionales affectant la pratique clinique. 	<p>Principes d'organisation, soit les valeurs et idées sous-jacentes relatives à l'organisation de l'interface :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a consensus à l'effet que le leadership pour construire l'interface doit être assumé par la DSP. - Selon le DRMG et l'AMO, la planification et l'exécution de chaque activité conjointe doivent être adaptées aux réalités opérationnelles et aux contraintes des médecins de famille en cabinet privé (horaire de travail excédant 8h-17h, surcharge de travail qui laisse peu de disponibilité pour interagir avec la SP, absence d'incitation financière envers la participation à la planification de collaborations) ce qui requiert notamment une meilleure implication de leurs représentants et une meilleure coordination des différentes interventions. - Selon le DRMG et l'AMO, le nombre élevé d'attentes de la DSP envers l'interface et les représentants des médecins de famille est incompatible avec les missions du DRMG et de l'AMO.
<p>Acquisition des ressources, soit le contrôle des ressources pouvant être utilisées pour établir ou renforcer l'interface :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ce qui concerne l'interface, les ressources proviennent principalement de la DSP et demeurent sous son contrôle. 	

Le Tableau 2 présente les résultats agglomérés de l'interface SP-SCPL vu à travers le prisme des archétypes de Hinings et Greenwood (1988). L'analyse repose sur la perspective de quatre acteurs collectifs (entités ou regroupements), soit l'Équipe de direction et de planification, les unités (regroupées), le DRMG et l'AMO. La dimension systèmes de ressources humaines (mécanismes concernant le recrutement, l'évaluation et la rémunération) de la composante configuration de même que la dimension critères d'évaluation (mécanismes pour apprécier la valeur des activités) de la composante schèmes n'ont pas été incluses, faute de données.

L'analyse de la structure montre l'importance relative des acteurs-clés dans l'interface. Les entités représentant les médecins de famille, soit le DRMG (l'entité administrative) et l'AMO (l'entité syndicale), ont des rôles consultatifs mais font de plein gré la promotion des collaborations auprès de leurs membres. Néanmoins, ce sont les unités et l'Équipe de direction et planification de la DSP qui soutiennent principalement l'interface tout en contrôlant pratiquement toutes les ressources qui sont dévolues au fonctionnement de celle-ci. Ce rôle de premier plan provient surtout du mandat et des obligations de résultats qui sont impartis à la DSP. Or de tels éléments s'avèrent plus contraignants que la seule propension du DRMG et de l'AMO à favoriser la collaboration.

On note que les schèmes interprétatifs actuels des différents acteurs collectifs ne convergent que partiellement, ce qui peut nuire au développement de nouvelles collaborations. Il y a consensus entre la DSP et les représentants des SCPL quant au bien-fondé des collaborations déjà actives et à la raison d'être de l'interface, qui ciblent d'abord et avant tout les problématiques et les besoins de la SP. Cependant, si tous les acteurs s'accordent sur l'idée de laisser à la DSP le leadership, ils ne s'entendent pas sur la forme et l'objet des collaborations qui devraient être issus d'un développement ultérieur. En effet, le DRMG, l'AMO et les unités veulent que les collaborations à venir ciblent davantage les besoins et les intérêts des médecins de famille œuvrant dans les SCPL, c'est-à-dire qu'elles procurent des avantages directs pour le travail clinique en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité de celui-ci, notamment grâce aux outils et méthodes d'une approche populationnelle; l'Équipe de direction et planification n'exprime pas d'idée en ce sens.

On décèle une cohérence non complète entre les structures et les schèmes en ce qui a trait aux collaborations déjà en place. Les médecins de famille, selon leurs représentants, sont réticents à investir encore plus de temps et d'efforts dans de nouvelles collaborations à cause de la faible prise en compte des réalités opérationnelles et contraintes de la pratique clinique en première ligne (surtout en cabinet privé) par la SP dans les collaborations actuelles. En effet, les sollicitations de la SP sont nombreuses et souvent redondantes, et les représentants de la SP ne font pas preuve d'une flexibilité suffisante pour s'adapter à l'horaire étendu et surchargé des médecins. Si la

coordination accrue des propositions de collaboration provenant des unités peut constituer une manière de réduire le nombre de sollicitations et de les intégrer davantage, l'Équipe de direction et planification ne semble pourtant pas planifier de changement majeur du fait que ses propres besoins et fonctions sont bien remplis.

La conjonction des deux cadres conceptuels utilisés permet de faire ressortir deux problèmes importants. Elle soulève d'abord l'existence d'une faible coordination entre les unités pour les activités impliquant des collaborations avec les SCPL (problème de cohérence), ce qui se reflète dans le morcellement de ces activités entre les différentes unités, dans l'importance relative variable que leur accordent les unités et dans l'inexistence d'un mécanisme conjoint de gestion chapeauté par l'Équipe de direction et planification. Il s'agit pour les cliniciens d'un irritant et d'une incitation à ne pas poursuivre le développement de l'interface. À cela s'ajoute le fait que la faible prise en compte des intérêts des médecins de famille (problème de convergence) par la SP freine leur implication et celle de leurs représentants dans le développement ultérieur de l'interface. Ceci se reflète dans l'absence de collaborations associées à la synergie III (améliorer les services cliniques avec une perspective populationnelle, au profit des cliniciens), qui est pourtant le pendant de la synergie IV (atteindre les objectifs de la SP grâce aux opportunités cliniques) pour sa part très exploitée.

Discussion

Une limite explicite de cette étude est l'absence d'entrevues réalisées auprès de médecins de famille autres que les représentants de leurs regroupements professionnels. Il n'est donc pas possible de prétendre que les résultats de l'analyse incorporent tous les aspects fins du vécu professionnel et de la perspective des médecins cliniciens. Cependant, les deux représentants interviewés font partie des acteurs les plus informés sur le sujet et sont autorisés à parler au nom de leurs collègues.

Quoi qu'il en soit, dans la région étudiée, le fonctionnement de l'interface SP-SCPL apparaît comme étant empreint d'une tendance à des échanges unidirectionnels en faveur de la SP. Si les représentants des médecins de famille demeurent en principe en faveur des collaborations avec la SP, le travail clinique ne semble pas vraiment, à leurs yeux, bénéficier de telles collaborations. De plus, les contraintes cliniques ne sont pas clairement prises en considération par la DSP, ce qui se manifeste notamment par des sollicitations fréquentes, morcelées et redondantes auprès des médecins. Tout ceci peut expliquer en pratique l'engagement limité des médecins des SCPL dans une interface qui ne leur procure pas autant de gains qu'à leurs partenaires de la SP et qui alourdit leur travail. La participation des médecins semble donc reposer surtout sur des considérations morales : personne ne peut être contre les questions de SP, et on ne peut qu'être fier d'investir du temps dans ces collaborations. Toutefois, dans un contexte où il y a peu d'incitations pour amener les cliniciens à assumer des fonctions de

la SP auprès de leurs patients, la situation actuelle n'est probablement pas particulièrement propice au renforcement de l'interface et au développement de nouvelles collaborations. La situation dans la région étudiée est donc très similaire à ce que révèle la littérature : l'interface entre la SP et les SCPL n'est généralement pas optimale (idéale) (Drenthen 1997; Lasker 1997; Lee 1997; McAvoy et al. 1999; Hensrud 2000; Goldie et Sheffield 2001).

Conclusion

La conjonction des deux cadres de référence utilisés fournit une analyse qui permet d'identifier non seulement les problèmes de l'interface mais également les principes et voies concrètes d'action à la portée de décideurs dédiés au renforcement de l'interface. En premier lieu, la mise en application systématique de l'idée de « gagnant-gagnant » s'avère essentielle pour l'accroissement des activités impliquant une collaboration et pour leur pérennité, les besoins et intérêts exprimés directement par les partenaires devant être pris en compte. Les résultats de l'étude devraient inciter les décideurs de la SP à se soucier des besoins d'expertise de la SP que manifestent les cliniciens et ainsi à développer, au nom d'un principe de réciprocité, des collaborations dont le bénéfice pour le médecin de famille est prédominant. Des processus formels ou informels de communication continue entre les acteurs des deux secteurs, qui permettraient d'alléger le rôle des représentants des médecins, pourraient être établis; cette tâche interpelle également les décideurs des paliers supérieurs qui chapeautent les acteurs collectifs de l'interface.

En second lieu, les activités nécessitant des collaborations SP-SCPL devraient constituer une priorité plus élevée pour la SP et être intégrées via un processus de coordination. Les organisations de la SP doivent donc établir des mécanismes efficaces de coordination interne agissant en amont des collaborations afin de maximiser l'utilité de l'interface et de minimiser le fardeau qui incombe aux partenaires. Cette intégration des activités, possiblement l'unique levier à la portée de la SP pour faire face aux contingences du travail clinique, permettrait de réduire le fardeau des médecins associé à leur implication dans la planification et la réalisation des activités concernées en utilisant plus efficacement chaque minute consacrée par les médecins à l'interface. Cette coordination des collaborations pourrait également avoir un effet positif supplémentaire sur la qualité des soins médicaux, infirmiers et sociaux qui reposent déjà sur une coordination clinique (synergie I de l'analyse). Enfin, l'étude suggère la réalisation de recherches ultérieures pour obtenir une perspective plus complète et plus fine des médecins cliniciens et également celle d'autres professionnels de la santé à l'égard du développement harmonieux de nouvelles collaborations.

REMERCIEMENTS

Veuillez envoyer toute correspondance à l'adresse suivante : Daniel Paquette, Médecin spécialiste en santé communautaire, Direction de santé publique de Laval, 800 boul. Chomedy, Tour A, Laval, QC H7V 3Y4; tél. : 450-978-2121; 2646; courriel : daniel.paquette.5@umontreal.ca.

RÉFÉRENCES

- Adami, H.O., et al. 2001. « Primary and Secondary Prevention in the Reduction of Cancer Morbidity and Mortality ». *European Journal of Cancer* 37(Suppl. 8): S118-27.
- Brandt, A.M., et M. Gardner. 2000. « Antagonism and Accommodation: Interpreting the Relationship between Public Health and Medicine in the United States during the 20th Century ». *American Journal of Public Health* 90(5): 707-15.
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). 2004. *La médecine familiale au Canada : une vision d'avenir*, 60 pages.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). 1998. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Québec, 300 pages.
- Drenthen, T. 1997. « Challenges to Prevention in Dutch General Practice ». *American Journal of Clinical Nutrition* 65(Suppl. 6): 1943S-45S.
- Elster, A.B., et C.M. Callan. 2002. « Physician Roles in Medicine-Public Health Collaboration: Future Directions of the American Medical Association ». *American Journal of Preventive Medicine* 22(3): 211-13.
- Frenk, J. 1993. « The New Public Health ». *Annual Review of Public Health* 14: 469-90.
- Frumkin, H. 2000. « Occupational and Environmental Medicine and Primary Care ». *Primary Care* 27(4): 813-30.
- Gagnon, F., et P. Bergeron. 1999. « Le champ contemporain de la santé publique ». In Bégin, C., P. Bergeron, P.-G. Forest et V. Lemieux, *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 439 pages.
- Goldie, D., et J.W. Sheffield. 2001. « New Roles and Relationships in the NHS—Barriers to Change ». *Journal of Management in Medicine* 15(1): 6-27.
- Hawk, E.T., et S.M. Lippman. 2000. « Primary Cancer Prevention Trials ». *Haematology/Oncology Clinics of North America* 14(4): 809-30.
- Helman, A. 1997. « Nutrition and General Practice: An Australian Perspective ». *American Journal of Clinical Nutrition* 65(Suppl. 6): 1939S-42S.
- Hensrud, D.D. 2000. « Clinical Preventive Medicine in Primary Care: Background and Practice: 1. Rationale and Current Preventive Practices ». *Mayo Clinical Proc* 75: 165-72.
- Hinings, C.R., et R. Greenwood. 1988. *The Dynamics of Strategic Change*, Oxford, Basil Blackwell Ltd., 223 pages.
- Institut national de santé publique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques—Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, 659 pages.

- Lasker, R.D. 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*, New York, The New York Academy of Medicine, 178 pages.
- Lee, P. 1997. « The Role of Public Health in Population Health ». *Physician Executive* 23(7): 25-29.
- Lee, P., et D. Paxman. 1997. « Reinventing Public Health ». *Annual Review of Public Health* 18: 1-35.
- Lévesque, J.-F., et P. Bergeron. 2003. « De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins ». *Ruptures* 9(2): 73-89.
- Lewis, S. 1997. « Une brèche dans le continuum "soins curatifs – santé – bien-être" et ses conséquences pour l'hôpital de demain ». *Ruptures* 4(2): 191-205.
- McAvoy, B.R., E.F. Kaner, C.A. Lock, N. Heather and E. Gilvarry. 1999. « Our Healthier Nation: Are General Practitioners Willing and Able to Deliver? A Survey of Attitudes To and Involvement In Health Promotion and Lifestyle Counselling ». *British Journal of General Practice* 49(440): 187-90.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2003. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 pages.
- Rebanal, R.D., et R. Leman 2005. « Collaboration Between Oregon's Chronic Disease Programs and Medicaid to Decrease Smoking Among Medicaid-Insured Oregonians ». *Preventing Chronic Diseases: Public Health Research, Practice, and Policy* 2 Numéro spécial: 1-6.
- Roussos, S.T., et S.B. Fawcett. 2000. « A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health ». *Annual Review of Public Health* 21: 369-402.
- Saltman, R.B., et J. Figueras. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe.
- Shi, L., B. Starfield, R. Politzer and J. Regan 2002. « Primary Care, Self-rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health ». *Health Services Resources* 37(3): 529-50.
- Starfield, B. 1996. « Public Health and Primary Care: A Framework for Proposed Linkages ». *American Journal of Public Health* 86(10): 1365-69.
- Sutton, M. 2002. « Vertical and Horizontal Aspects of Socio-economic Inequity in General Practitioner Contacts in Scotland ». *Health Economics* 11(6): 537-49.
- Visscher, T.L., et J.C. Seidell. 2001. « The Public Health Impact of Obesity ». *Annual Review of Public Health* 22: 355-75.
- Wright, P.F. 1995. « Global Immunization : A Medical Perspective ». *Social Sciences and Medicine* 41(5): 609-16.