

De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins

Jean-Frédéric Lévesque

Université de Montréal

Pierre Bergeron

Université Laval

**Article
original**

Résumé :

La santé publique et les systèmes de soins se sont développés en parallèle dans de nombreux pays industrialisés, et ce, même dans les pays où l'État joue un rôle central tant dans la prestation des services collectifs que des services personnels. Les contributions de la santé publique dans le système de santé font souvent l'objet de débats et ces derniers révèlent, entre autres, différentes façons de conceptualiser les rôles de la santé publique. Le rapport sur la santé dans le monde de l'année 2000 de l'Organisation mondiale de la santé et les travaux de l'Organisation panaméricaine de la santé sur les « fonctions essentielles » de santé publique abordent ces rôles sous des angles nouveaux. Nous inspirant de ces travaux et de descriptions des rôles de la santé publique au Québec, nous proposons une vision selon laquelle les rôles de la santé publique sont à la fois complémentaires et spécifiques dans l'atteinte des objectifs des systèmes de santé.

Mots clés : Santé publique, systèmes de santé, fonctions de santé publique, cadre conceptuel, politiques de santé.

Introduction

Les interventions étatiques à l'égard de la santé publique ainsi que des systèmes de soins ont des origines différentes et se sont souvent développées parallèlement (Brandt et Gardner, 2000). Dans certains pays, cette démarcation s'accorde avec un rôle limité de l'État dans la provision de services individualisés. Mais dans de nombreux pays industrialisés, l'État joue un rôle majeur dans ces deux champs. Or, même dans ces derniers, la santé publique¹ demeure parallèle aux soins et ses contributions

y sont souvent remises en question (Beaglehole et Bonita, 1997; Gagnon et Bergeron, 1999). Pourtant, les objectifs poursuivis et les enjeux se recourent; leurs stratégies sont interdépendantes (Lasker, 1997).

Les discussions entourant les contributions de la santé publique peuvent dépendre des façons de concevoir ce champ (disciplines, connaissances et modes organisationnels), ses objets (santé, maladie, individus, communautés, etc.) ou ses rôles. De plus, les rôles adoptés par les institutions de santé publique et de soins reflètent les caractéristiques politiques et économiques,

ainsi que les valeurs dominantes des systèmes sociaux dont elles font partie. Les discussions peuvent également porter sur le positionnement de la santé publique par rapport à d'autres acteurs du système de santé.² Les tensions et ambiguïtés quant aux liens entre les interventions gouvernementales touchant la santé publique et celles touchant les soins en sont un exemple (Brandt et Gardner, 2000).

Ces difficultés relatives à la spécification des rôles de la santé publique résultent en partie d'une évolution inévitable des frontières de son domaine d'intervention, suivant les modifications épidémiologiques, démographiques, sociales, technologiques, politiques et économiques auxquelles nos sociétés font face et de la nature mouvante des disciplines et acteurs qui la composent (Lee et Paxman, 1997; Fournier, 1998). Ces débats semblent aussi résulter d'une conceptualisation insuffisante des rôles de la santé publique.

Un mouvement international propose une révision des «fonctions essentielles de santé publique» (Frenk, 1993; Lee & Paxman, 1997; Organisation panaméricaine de la santé [OPS] 2000) ainsi qu'un rapprochement de la santé publique avec le secteur curatif (Saltman et Figueras, 1997; Starfield, 1996). Mais ces propositions n'articulent pas explicitement les rôles de la santé publique à l'intérieur d'un système de santé plus vaste et ne décrivent pas comment ceux-ci peuvent contribuer à la réalisation des objectifs des systèmes de santé. Définir les rôles de la santé publique indépendamment des autres interventions de santé risque d'entretenir ambiguïtés, chevauchements et débats.

Les travaux sur les «fonctions essentielles de santé publique» et la récente proposition d'un cadre d'analyse des systèmes de santé (World Health Organization [WHO], 2000; Murray et Frenk, 2000) fournissent les éléments à partir desquels il nous apparaît possible de développer une vision de la santé publique qui tienne compte de ses interactions dans un système de santé. Cet article propose ainsi de revoir les rôles de la santé publique en relation avec la réalisation des grandes fonctions des systèmes de santé. Nous présentons, dans un premier temps, un survol des conceptualisations quant aux fonctions particulières ou rôles de la santé publique et en proposons une synthèse³.

Nous décrivons ensuite certains éléments du cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et proposons une articulation entre rôles de la santé publique et fonctions des systèmes de santé identifiés dans le cadre de l'OMS. Nous discutons finalement des forces et limites de cette vision des rôles de la santé publique en relation avec l'atteinte des objectifs fondamentaux des systèmes de santé.

La conceptualisation des rôles de la santé publique

Les définitions de la santé publique abondent et la présentent comme plus ou moins hétérogène selon qu'on tente d'en cerner la nature en décrivant ses objets, ses méthodes, ses acteurs ou ses valeurs. Elle a été définie comme «un ensemble d'efforts organisés pour protéger, promouvoir et restaurer la santé de la population par la combinaison de la science, des habilités et des croyances ayant pour objectifs le maintien et l'amélioration de la santé de la population par des actions collectives et sociales» (traduction libre de Last, 1995). D'autres la décrivent comme une discipline s'occupant de la santé globale de la population sous ses aspects préventif, curatif et éducatif (Denoyer, 1999), s'appuyant sur un processus de mobilisation des ressources pour assurer des conditions dans lesquelles les gens peuvent être en santé (Detels et Breslow, 1997; Institute of Medicine, 1988). La santé publique viserait la recherche des informations nécessaires à la caractérisation de l'état de santé des populations et la mobilisation des ressources nécessaires à sa modification. Elle réaliserait ces objectifs par «l'organisation du personnel et des institutions requises à la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le diagnostic et le traitement des maladies et la réadaptation physique, sociale et fonctionnelle» (traduction libre de Frenk, 1993). Finalement, les analyses s'attardant aux acteurs de la santé publique et à ses institutions la présentent comme un champ d'intervention regroupant des professionnels de disciplines diverses (Fournier, 1998), avec une hétérogénéité professionnelle et organisationnelle liée à la transformation continue du contour de son champ (Fassin, 1998; Gagnon et Bergeron, 1999).

La multiplicité des définitions de la santé publique peut résulter des difficultés à mesurer la santé dans sa dimension collective, des multiples disciplines contribuant aux connaissances sur la santé et ses déterminants ainsi que de la variété des pratiques s'y référant (Afifi et Breslow, 1994). Une définition univoque du champ serait ainsi impossible et un recours aux missions et rôles du champ permettrait d'illustrer le caractère tourné vers l'action, les connaissances et les domaines d'intervention en évolution dynamique de la santé publique (Fournier, 1998).

L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) présente la réalisation des «fonctions essentielles» de santé publique comme des «conditions qui permettent une meilleure pratique de la santé publique» pour l'amélioration de la santé de la population (OPS, 2000). L'OPS et l'*Institute of Medicine* ont suggéré qu'aux «fonctions» de surveillance, de protection, de promotion et de prévention, s'ajoutent celles de développement de politiques publiques, de participation des communautés, de régulation, d'équité dans l'accès aux soins, de développement de ressources humaines et de recherche. Au Québec, le Programme national de santé publique, inspiré des travaux précédents, introduit une distinction entre fonctions essentielles et de soutien (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2002). Le tableau 1 résume de façon comparative les différentes propositions de ces organismes.

Ces divers travaux constituent pour nous une base intéressante pour revoir les rôles de la santé publique. Ils semblent par contre mettre sur un même pied certains éléments ayant trait aux rôles (promotion de la santé, prévention, etc.) et d'autres reliés au type d'intervention employée (information, éducation, *empowerment*) ou aux stratégies utilisées

(participation sociale, mobilisation de partenariats, législation). De plus, en ce qui concerne les soins de santé, ils se limitent à l'évaluation de leur qualité et à la défense de l'équité dans l'accès.

Proposer une synthèse des rôles de santé publique

S'inspirant de ces travaux, nous proposons neuf rôles pour la santé publique (tableau 2). Nous avons privilégié les rôles retenus par le Programme national de santé publique du Québec comme base à notre proposition étant donné qu'ils intègrent en grande partie les éléments propres aux réflexions de l'OPS et de l'*Institute of Medicine* dans le contexte d'un système public de soins et de santé. De plus, l'utilisation d'une conceptualisation des rôles de santé publique correspondant en grande partie à celle adoptée dans la planification des interventions de santé publique dans un contexte particulier semble pertinente à l'explicitation

Tableau 1 : Récentes délimitations des fonctions essentielles de santé publique.

Organisation panaméricaine de la santé *	Institute of Medicine (États-Unis)**	Programme national de santé publique (Québec)***
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoring, évaluation et analyse de l'état de santé ▪ Surveillance épidémiologique, étude et contrôle des risques et menaces pour la santé publique ▪ Réduction de l'impact des urgences et des désastres en santé ▪ Renforcement de la capacité institutionnelle de régulation et de contrôle en santé publique ▪ Promotion de la santé ▪ Participation des citoyens dans la santé ▪ Développement de politiques et de capacités institutionnelles de planification et de gestion en santé publique ▪ Capacité de gestion pour l'organisation des systèmes et services ▪ Évaluation et promotion de l'accès équitable aux services nécessaires ▪ Garantie et amélioration de la qualité des services de santé individuels et collectifs ▪ Développement des ressources humaines et formation en santé publique ▪ Recherche en santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance de l'état de santé de la population et identification des besoins de santé ▪ Diagnostic et enquête sur les problèmes de santé dans la communauté ▪ Mise en application des lois et réglementations protégeant la santé ▪ Information, éducation et <i>empowerment</i> pour la santé ▪ Mobilisation de partenariats pour l'identification et la résolution de problèmes de santé ▪ Développement de politiques supportant les efforts collectifs et individuels pour la santé ▪ Direction des personnes vers les services de santé nécessaires et la provision de soins de santé lorsque non disponibles autrement ▪ Évaluation de l'efficacité, de l'accessibilité et de la qualité des services personnels et collectifs de santé ▪ Assurance de la compétence des professionnels de santé publique et du personnel de soins ▪ Recherche sur des solutions innovatrices à des problèmes de santé 	<p>Fonctions spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance continue de l'état de santé de la population ▪ Protection de la santé ▪ Promotion de la santé et du bien-être ▪ Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes <p>Fonctions de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementations, législations et politiques publiques ayant des effets sur la santé ▪ Développement et maintien des compétences ▪ Recherche et innovation

* OPS 2000; ** Lee & Paxman 1997; *** MSSS 2002.

Tableau 2 : Proposition de rôles de santé publique.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance et mesure de l'état de santé de la population et de ses déterminants ▪ Protection de la santé de la population et gestion des risques à la santé ▪ Prévention de la maladie et réduction des facteurs de risque ▪ Promotion de la santé de la population ▪ Soutien à la planification, l'organisation et la prestation des soins personnels ▪ Développement et maintien des compétences professionnelles de santé publique ▪ Développement et diffusion des connaissances et information de la population ▪ Évaluation des effets des interventions collectives et des services personnels sur la santé de la population ▪ Appréciation de l'impact des politiques publiques sur la santé de la population

de l'utilité d'une nouvelle conceptualisation des contributions de santé publique aux systèmes de santé. Les rôles proposés sont les suivants :

1) Le premier concerne la surveillance et la mesure de l'état de santé⁴ de la population et de ses déterminants. Ce rôle inclut la mise en place et l'assurance de la qualité des systèmes d'information, la production et la diffusion de l'information à l'intention de la population, des intervenants et décideurs (MSSS, 2003). L'analyse des données de surveillance vise à orienter l'intervention et à établir des tendances dans la distribution des états de santé.

2) La protection de la santé de la population et la gestion des risques à la santé correspondent à la mise en place des interventions auprès d'individus ou de groupes face à une menace réelle ou appréhendée. Elle se traduit en investigation et analyse de cas, d'éclosions ou d'épidémies et en production d'avis de santé publique (MSSS, 2001). Ce rôle inclut la gestion des risques et l'émission d'avis concernant la sécurité de divers produits de consommation, la planification et l'évaluation des interventions face à des situations d'urgence et de leurs impacts sur la santé de la population (Detels & Breslow, 1997).

3) La prévention de la maladie et la réduction des facteurs de risque renvoient aux interventions ayant pour but d'éviter un événement ou un état de santé particulier. Elles portent sur la caractérisation des facteurs de risque, l'identification des méthodes préventives efficaces ainsi que sur l'élaboration et la mise en place de programmes collectifs de prévention (MSSS, 2002; Detels & Breslow, 1997; Last, 1995).

4) La promotion de la santé de la population correspond à un ensemble d'actions permettant aux individus et collectivités d'exercer une plus grande emprise sur leur santé. Elle met l'accent sur le développement des habilités personnelles et de l'action communautaire ainsi que sur la création d'environnements et de politiques sociales favorables à la santé (Last, 1995; Detels & Breslow, 1997; MSSS 2002; MSSS 2001).

5) Le soutien à la planification, l'organisation et la prestation des soins personnels⁵ concernent l'adaptation des services individuels aux buts

du système de santé en matière d'impact sur la santé de la population, de qualité et d'équité dans l'accès aux soins. Ce rôle peut se traduire dans des activités favorisant les pratiques reconnues efficaces, la mise en œuvre de dépistages systématiques, l'émission d'avis de santé publique auprès des cliniciens et administrateurs dans le but d'en influencer la pratique, ainsi que la diffusion et la promotion des modèles d'organisation des soins les plus favorables à la santé et à un accès équitable (Afifi & Breslow, 1994; Beaglehole & Bonita, 1997; Lasker, 1997).

6) Le développement et le maintien des compétences professionnelles de santé publique correspondent aux activités de formation continue, de liens avec les institutions d'enseignement et les associations professionnelles, d'identification et de mobilisation des ressources pour l'intervention. (MSSS, 2003).

7) Le développement et la diffusion des connaissances ainsi que l'information de la population, des gestionnaires et des intervenants assurant la prestation de services dans le système de santé regroupent les activités de recherche et de mise à profit des connaissances scientifiques (MSSS, 2001; MSSS 2002).

8) L'évaluation des effets des interventions collectives et des services personnels sur la santé de la population⁶ reconnaît le système de santé comme un déterminant de la santé de la population (Murray & Frenk, 2000). Ce rôle d'évaluation porte, par exemple, sur l'impact des transformations dans l'organisation des soins, l'analyse des inégalités sociales en regard de l'accès aux services curatifs et de soins (MSSS, 2001), l'évaluation de différents modèles d'organisation des soins curatifs et préventifs (Lasker, 1997) ainsi que sur l'impact des interventions de santé publique.

9) Finalement, la santé publique a pour rôle d'apprécier l'impact des politiques publiques sur la santé et de faire valoir la santé auprès d'autres secteurs d'activité collective (MSSS, 2003). Ainsi, la santé publique met en lumière les multiples déterminants extérieurs aux systèmes de santé et leurs répercussions sur la santé (Beaglehole & Bonita, 1997).

Cette proposition des rôles reprend largement les « fonctions » de santé publique du Programme national de santé publique du Québec. Elle ajoute, par contre, un rôle portant sur le soutien aux soins personnels reflétant l'implication actuelle de plusieurs praticiens de la santé publique. En plus, elle spécifie l'évaluation des effets des interventions collectives et des services personnels pour rendre compte des contributions de la santé publique à la conception d'ensemble des systèmes de santé.

Les contributions de santé publique aux fonctions des systèmes de santé

Dans son rapport sur la santé dans le monde de l'an 2000, l'OMS a proposé un cadre d'analyse de la performance des systèmes de santé. Malgré plusieurs critiques formulées suite à sa publication, ce cadre a attiré l'attention des gouvernements et de la communauté scientifique sur l'importance des systèmes de santé (Wibulpolprasert & Tangcharoensathien, 2000). Au Québec, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (MSSS, 2000) a repris plusieurs éléments du cadre de l'OMS dans son rapport. Ce dernier document pourrait influencer autant la restructuration des soins de santé que les activités de santé publique au Québec. Confronter les rôles de la santé publique aux fonctions proposées dans le cadre de l'OMS permet de discuter de ces rôles en relation avec l'ensemble du système de santé.

Le système de santé peut se définir comme regroupant l'ensemble des activités dont le but premier vise le maintien et l'amélioration de la santé de la population (WHO, 2000). Il dépasse ainsi le système de soins et englobe les acteurs partageant cette finalité. Ce cadre d'analyse identifie les grandes fonctions des systèmes de santé comme étant le financement, la génération des ressources, la prestation de services personnels et collectifs ainsi que la gouverne.⁷

Ce cadre nous semble porteur par sa classification dans une perspective fonctionnelle où la prestation de services collectifs et individuels

est soutenue par la mise en place de ressources financières, la production de compétences, et la conception et la régulation du système.⁸ Par ailleurs, il ne propose pas de découpage en composantes ni ne précise les organisations et les acteurs devant réaliser ces fonctions. Les variations des contextes, des modes organisationnels, de la nature privée ou publique du financement ainsi que de la prestation des services se traduisent dans des attributions variées des fonctions selon les organisations et les paliers des systèmes de santé (Murray & Frenk, 2000; Saltman & Ferroussier-Davis, 2000).

Nous inspirant du cadre proposé par l'OMS, nous suggérons que le champ de la santé publique renvoie aux acteurs dont le but premier vise l'amélioration de la santé dans sa dimension collective plutôt qu'individuelle. Cette définition suggère d'inclure les acteurs provenant des secteurs communautaires, gouvernementaux, médicaux et sociaux dépassant ainsi les seules institutions publiques des systèmes de santé. Nous proposons que la santé publique ne contribue pas uniquement par la prestation de services collectifs en parallèle au système de soins mais aussi en interaction avec celui-ci. Elle concourt à la réalisation d'autres fonctions comme la prestation de services personnels, la génération de ressources et la gouverne. Un croisement des rôles de la santé publique et des fonctions des systèmes de santé illustre les apports spécifiques de la santé publique.

- La fonction relative à la prestation des services concerne les interventions auprès d'individus et de collectivités. Par ses activités de surveillance, de protection, de prévention et de promotion, la santé publique est le principal prestataire de services collectifs. Mais elle fournit aussi un soutien dans la prestation de services personnels par diverses interactions avec les milieux cliniques (dépistages individuels, outils de promotion de la santé en milieu clinique et diffusion des pratiques efficaces, entre autres) ou la provision directe de services personnels (santé au travail, notification de partenaires, thérapies sous observation directe, services préventifs ou curatifs aux populations vulnérables, etc.).

- La santé publique contribue à la génération de ressources par la formation de ses professionnels et le renforcement de ses institutions

ainsi que par le développement et la diffusion des connaissances de santé publique. Cette contribution s'ajoute aux activités des institutions d'enseignement et des associations professionnelles assurant la formation continue de leurs membres, ainsi qu'à celles des différentes institutions de recherche générant des connaissances relatives à la santé de la population. Aucun système ne peut réaliser ses objectifs sans personnel qualifié et sans institutions performantes. La génération des ressources de santé publique vise le développement et le transfert des connaissances sur la santé de la population vers d'autres acteurs du système de santé également. Elle vise à soutenir les citoyens, les cliniciens, les administrateurs et les élus dans leurs décisions de même que dans leurs interventions liées à la santé.

- De plus en plus, la santé publique contribue au financement des systèmes de santé par sa contribution à l'établissement des besoins, des priorités de santé et des critères d'allocation des ressources. Cette contribution passe par exemple par la réalisation de la fonction de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants qui identifie les besoins actuels et anticipe les besoins à venir.

- Finalement, la santé publique soutient la gouvernance du système de santé à travers plusieurs de ses rôles (surveillance et mesure de l'état de santé, développement des connaissances, évaluation de programmes préventifs, etc.) mais plus spécialement l'évaluation des effets des interventions collectives et des services personnels sur la santé de la population ainsi que l'appréciation de l'impact des politiques publiques sur la santé.

Les contributions à l'atteinte des buts fondamentaux des systèmes de santé

L'OMS identifie les buts fondamentaux des systèmes de santé comme étant l'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de la réactivité (définie comme la réponse aux besoins et attentes légitimes des populations)⁹ du système de santé ainsi que l'équité dans la distribution des états de santé, de la réactivité et de son financement (Murray & Frenk, 2000).

Ce positionnement explicite de l'équité¹⁰ comme objectif fondamental des systèmes de santé s'accorde bien avec la perspective de population supportée par la santé publique. Si ces objectifs fondamentaux sont en général reconnus lorsque la prestation des soins et la santé publique constituent une responsabilité de l'État, ces objectifs ne jouissent pas de la même reconnaissance dans des systèmes où le rôle de l'État est plus limité.

Améliorer la santé de la population

L'objectif d'améliorer le niveau de santé de la population est celui qui sous-tend la majorité des interventions de santé publique dans les pays industrialisés. Les rôles de surveillance, de promotion, de protection, de prévention et de soutien des soins concourent tous à améliorer la santé ou à alléger le fardeau de maladie de la population. Ils contribuent ainsi directement à l'objectif d'amélioration du niveau de santé de la population par la prestation de services. L'évaluation des effets des interventions collectives et des services personnels sur la santé de la population et d'appréciation de l'impact des politiques sur la santé nous semble également y concourir indirectement par l'influence exercée sur la conception d'ensemble du système de soins et la considération de l'impact des politiques sur les grands déterminants de la santé.

Contribuer à l'équité dans la santé

Au-delà de cette contribution à l'amélioration du niveau moyen de santé de la population, la santé publique semble aussi contribuer à l'atteinte de l'équité dans la distribution des états de santé par diverses interventions ciblées auprès de groupes défavorisés ou vulnérables. De plus, par son attention portée sur les déterminants sociaux et économiques sous-jacents à la santé et la maladie, la santé publique s'attaque ainsi souvent aux causes fondamentales des inégalités de santé (Beaglehole & Bonita, 1997). Cette préoccupation au sujet des inégalités sociales de la santé confronte le champ de la santé publique à une réévaluation constante de ce que pourrait être «un espace sociopolitique et économique dans lequel plus de santé pour plus de monde serait enfin rendu possible» (Bibeau, 1999)

Mais si la réalisation efficace des interventions de santé publique devrait intuitivement produire une amélioration du niveau de santé de la population, elle pourrait aussi entraîner un impact négatif sur l'équité. Les interventions préventives les plus efficaces sont souvent celles réalisées auprès de populations favorisées économiquement plus réceptives aux messages éducationnels et présentant de plus grandes opportunités de modifications de leur mode et environnement de vie. De plus, cibler les moins bien nantis entraîne souvent des coûts plus importants et des effets sur la santé moindres, malgré les plus grands besoins en santé. La perspective de population de la santé publique n'est ainsi pas suffisante à l'atteinte de l'équité. Une contribution explicite à la fonction de gouverner des systèmes de santé par la défense des valeurs relatives à la solidarité semble aussi nécessaire. Cette contribution à ce que l'OMS appelle « *stewardship* » implique les notions de confiance, de comportement éthique et de prise de décision appropriée, la gouvernance impliquant la notion d'un agent qui réalise le bien pour quelqu'un (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000). La santé publique porte ces valeurs et se doit de prendre la parole sur les débats relatifs à la justice sociale pour défendre les défavorisés; en tant que chien de garde contre les inégalités, elle contribue à l'équité par sa position critique indépendante (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000; Bibeau, 1999).

Finalement, la réalisation du rôle de la santé publique en regard de l'évaluation de l'impact des soins sur la santé peut montrer l'importance de l'équité du financement du système de santé et fournir des arguments en faveur de la pérennité d'un système public de soins.

Contribuer à la réactivité des systèmes de santé

Si la santé publique présente une grande légitimité comme champ d'intervention sur les deux premiers objectifs fondamentaux proposés par l'OMS, la santé et l'équité, elle pourrait aussi contribuer à l'amélioration de la réactivité par sa perspective de population qui dépasse les perspectives clientèles souvent adoptées par les instances administratives des systèmes de soins et de services sociaux. Considérer la santé dans sa définition la plus globale reconnaît la confiance

et la satisfaction portées envers le système de santé comme un important déterminant de la santé.

Un engagement explicite de la santé publique envers l'amélioration de la réactivité du système de santé permettrait de mieux questionner les interventions relatives au système de soins ainsi que celles propres à la santé publique. Un tel engagement pourrait générer une prise de conscience quant à l'impact des messages et interventions de santé publique sur le respect des personnes et la réponse à leurs attentes. Un système réactif aux attentes devrait assurer la distinction nécessaire entre la sphère privée et publique (Morone, 1997) afin d'éviter les approches coercitives qui blâment indûment les personnes pour des problèmes de santé fortement conditionnés par les environnements et opportunités s'offrant aux personnes (Beaglehole & Bonita, 1997). La participation publique aux orientations du système de santé pourrait contribuer au maintien du délicat équilibre entre responsabilité individuelle et contrôle social sans tomber dans les pièges du blâme, de la moralisation (Bibeau, 1999) et de l'ingénierie sociale. La santé de la population pourrait ainsi résulter de la recherche de solutions partagées pour des problèmes communs (Morone, 1997).

Une conceptualisation renouvelée des rôles de santé publique

La santé publique contribue aux fonctions des systèmes de santé par la réalisation de ses rôles propres. Ceci favorise une ouverture des rôles de la santé publique par une mise à profit de son expertise auprès d'autres acteurs du système de santé mais non par l'appropriation de nouveaux domaines d'application. Si la santé publique devait contribuer à la prestation de services personnels de soins par exemple, ce ne serait pas en se substituant à d'autres acteurs, responsables de leur planification et de leur gestion, mais plutôt en réalisant la contribution spécifique portée par ses rôles. Dans cette vision, les fonctions de prestation de services personnels ou collectifs, de financement, de génération de ressources et d'administration générale ne sont pas réalisées

chacune par des secteurs distincts, plusieurs secteurs contribuant conjointement à leur réalisation (Murray & Frenk, 2000).

La figure 1 illustre la mise en relation des rôles de la santé publique que nous proposons et des fonctions des systèmes de santé de l'OMS. Les rôles de santé publique sont insérés à l'intérieur des fonctions des systèmes de santé selon leur contribution principale. Les flèches grises illustrent la contribution des fonctions de santé publique à d'autres domaines, dépassant la contribution aux systèmes de santé. Les flèches fines noires se rapportent à l'interaction entre les rôles de la santé publique.

Des fonctions en interaction

À l'intérieur même du champ de la santé publique, la conceptualisation illustrée par la figure 1 suggère la nécessité de voir les rôles de la santé publique en interaction dans la réalisation de fonctions plus globales plutôt que des rôles exclusifs ou des domaines séparés d'in-

tervention. Ceci renforce la vision selon laquelle les rôles de la santé publique se distinguent de la notion de domaines d'intervention (environnement, maladies chroniques, violence, toxicomanie, etc.) et peuvent plutôt être mis à profit conjointement dans la résolution de problèmes de santé relatifs à divers domaines.

Les rôles de la santé publique concourent ainsi conjointement à la réalisation de fonctions du système de santé. La prestation de services collectifs dans le champ des maladies chroniques fournit une illustration de cette complémentarité entre les rôles de la santé publique. La surveillance permet l'évaluation de la prévalence des états pathologiques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, etc.), de leurs facteurs de risque (inactivité, tabagisme, etc.) et de leurs complications dans la population ainsi que l'identification des problèmes prioritaires. La protection réalise des interventions visant à réduire les risques environnementaux relatifs aux maladies chroniques (fumée de tabac, expositions chimiques, pollution, etc.). La prévention prend la forme de programmes

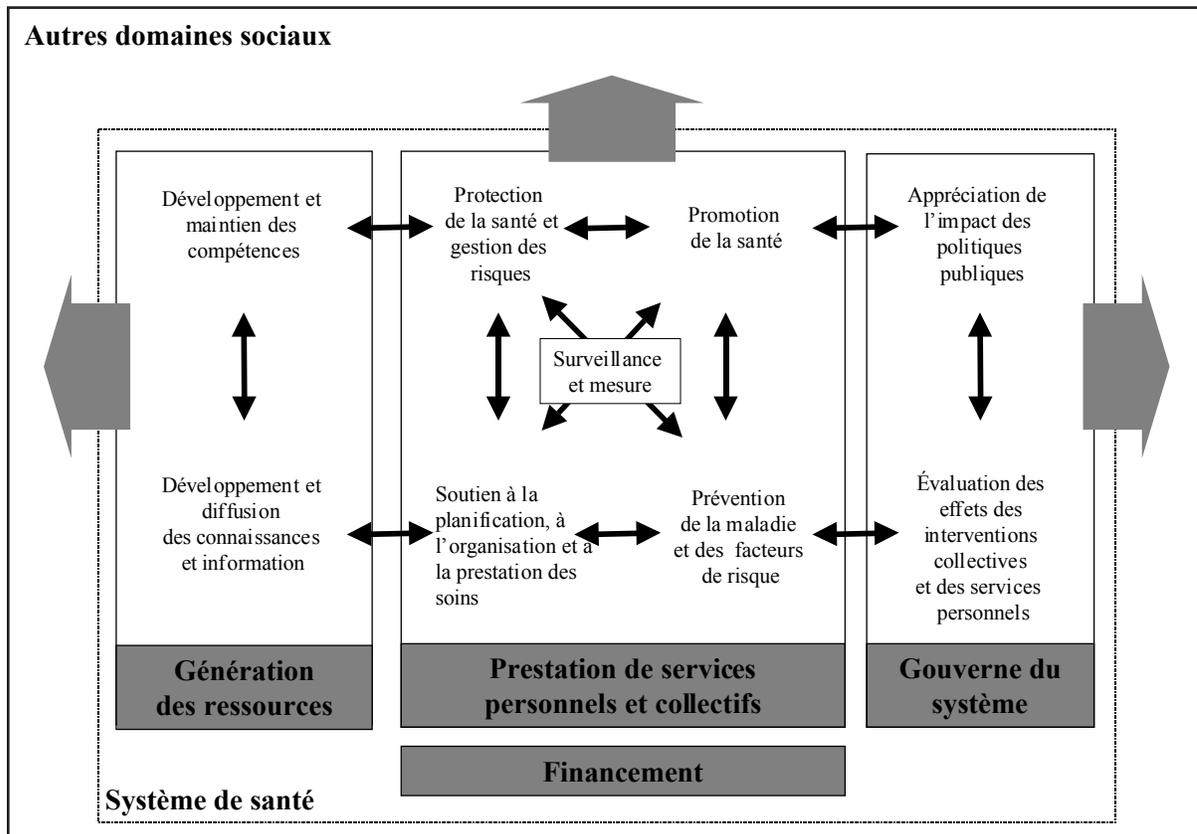


Figure 1: Rôles de la santé publique et fonctions des systèmes de santé.

de réduction des facteurs de risque (cessation du tabagisme, perte de poids, etc.), de dépistage (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, etc.) et de traitement préventif (produits de remplacement nicotinique, etc.). La promotion de la santé contribue à la réalisation des fonctions du système de santé par la mise en place de campagne de modification des habitudes de vie (activité physique, habitudes nutritionnelles, etc.) et de modification des milieux de vie (infrastructures récréatives et sportives, disponibilité des aliments sains, etc.). Enfin, le soutien dans la planification, l'organisation et la prestation des soins contribue entre autres, par l'élaboration de modèles d'organisation de services intégrés en dépistage et traitement des maladies chroniques. Dans la prestation d'interventions collectives, les rôles de la santé publique semblent ainsi imbriqués et en interaction.

Au-delà des interventions collectives

Concevoir les rôles de la santé publique dans l'ensemble du système de santé favorise aussi l'élargissement de la contribution de la santé publique en étendant sa contribution au-delà de la prestation de services collectifs. Dans le domaine des maladies chroniques, la santé publique soutient la prestation de services individuels par : 1) l'identification de facteurs de risque et de populations à risque pour le dépistage ou le traitement, exigée par son rôle de surveillance ; 2) l'identification d'agents posant des risques dans une visée de protection ; 3) la mise en place de protocole de dépistage destiné à la prévention clinique ; 4) des recommandations de modifications comportementales aux patients ; 5) l'aide à l'établissement de services intégrés en maladies chroniques par une intégration des dimensions collectives de la santé dans les soins.

Dans un contexte où les sociétés font face à un vieillissement de la population dû à un accroissement de l'espérance de vie, les maladies chroniques risquent de poser des défis importants pour la santé de la population. Cette progression de maladies chroniques affectant les personnes pour de nombreuses années pourrait résulter en un retour à l'avant-plan de l'organisation du système de soins comme déterminant de la santé. Le système de soins représente une intervention permettant d'alléger le fardeau dû aux

maladies chroniques et d'éviter que celles-ci conduisent à l'apparition d'autres maladies chroniques y étant reliées. Au-delà de son approche préventive, la santé publique devrait développer des façons efficaces d'aider la population croissante de personnes âgées avec des problèmes de santé persistants à maintenir sa santé malgré la présence de maladies chroniques (Afifi & Breslow, 1994).

L'investissement de la santé publique dans les réseaux de soins et la sollicitation de la santé publique par ceux-ci ont traditionnellement été limités (Saltman & Figueras, 1997). Ce constat révèle partiellement, selon nous, une conception des champs de la santé publique et des soins comme distincts et séparés. Pourtant la santé publique, par son approche de population et son expertise en analyse des problèmes de santé, en évaluation des pratiques et technologies médicales et en organisation des services, devrait se rapprocher des réseaux cliniques (Rapport Acheson cité dans Dawson, Sherval & Mole, 1996). Cette vision semble également partagée par des analystes des réformes des systèmes de santé qui voient l'implication de la santé publique comme une réponse aux défis posés par : 1) le déséquilibre entre les demandes de services et les ressources disponibles ; 2) l'effacement partiel de la distinction entre services curatifs et préventifs ; 3) la sensibilisation des décideurs et de la population aux effets d'une sous-utilisation d'interventions efficaces et du recours fréquent à des interventions inefficaces ; 4) la variabilité des résultats de santé et des inégalités dans l'accès aux services de santé (McKee & Bojan, 1998) ; 5) l'émergence de modes d'organisation des services curatifs associés à une rémunération fondée sur la responsabilité envers des populations et l'atteinte de résultats de prévention et de santé (Gordon & al, 1996). Les deux secteurs bénéficieraient d'une collaboration plus étroite (Saltman & Figueras, 1997 ; Brandt & Gardner, 2000). Au Québec, la Commission Clair interpellait également la santé publique à mettre à profit son expertise dans les restructurations des soins de première ligne (MSSS, 2001).

La santé publique peut aussi soutenir la gouverne du système de santé. Les rôles d'évaluation des effets des interventions collectives et des services personnels sur la santé de la population et d'appréciation de l'impact de politiques publiques

sur la santé constituent des contributions à la gouverne qui s'ajoutent à la surveillance, au développement et à la diffusion des connaissances. Ainsi, la santé publique peut contribuer à la gouverne du système de santé dans la lutte aux maladies chroniques, en générant des connaissances sur les changements de l'état de santé (prévalence et incidence) et sur les risques à la santé (prévalence de facteurs de risque, mortalité attribuable), de même qu'en évaluant l'impact de divers modes organisationnels de soins et des politiques de prévention, de soins ou d'autres secteurs sur la santé de la population.

Discussion

La vision proposée permet de clarifier la contribution de la santé publique sous deux plans. Elle met en lumière le fait que la santé publique contribue aux objectifs du système de santé en complémentarité avec d'autres acteurs. Sur ce plan, elle souligne la spécificité des rôles de la santé publique. Cette vision montre ensuite que les rôles de la santé publique contribuent aux différentes fonctions du système de santé. Mais cette vision d'une santé publique insérée dans les systèmes de santé comporte des limites que nous discuterons avant de présenter certaines de ses forces.

Des limites: une vision rationnelle et enjeux

Le croisement des rôles de la santé publique et des fonctions des systèmes de santé met en relation des rôles adoptés par un champ dans la réalisation de rôles généraux du système de santé. Si les fonctions de l'OMS renvoient à une perspective systémique où chacune est essentielle à l'ensemble, les rôles de santé publique sont plutôt issus des représentations de ce qui est acceptable et du ressort de la santé publique dans un contexte particulier. Les fonctions des systèmes de santé représenteraient une conceptualisation relativement neutre de la nature de l'organisation d'un système de santé. Découlant de connaissances et valeurs inscrites dans des circonstances particulières (Lehoux, 2000), les rôles de la santé publique ne correspondraient pas à des descriptions neutres mais plutôt au résultat de visions du monde particulières, de luttes et de conflits.

La vision proposée réalise la mise en relation d'une conceptualisation théorique des fonctions des systèmes de santé et une définition des rôles de santé publique dans un contexte réel. Si cette vision représente un effort rationnel de clarification, il n'en demeure pas moins que les rôles attribués aux institutions de santé publique restent contingents à de multiples aspects historiques, politiques, économiques et épidémiologiques. Notre conceptualisation des rôles de la santé publique équivaut certes partiellement au résultat de facteurs hors du contrôle de ses institutions. Mais l'adoption des rôles peut aussi être stimulée par les connaissances et capacités d'interventions efficaces, l'innovation ou des développements modifiant les représentations que s'en font les acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de la santé publique. Notre positionnement ne vise pas ainsi à prescrire et fixer le rôle de la santé publique mais plutôt à synthétiser un courant récent de description de ces rôles, au Québec, et de proposer une nouvelle façon de les concevoir en relation avec les fonctions des systèmes de santé. Cette vision n'autorise pas une traduction opérationnelle unique et générale des rôles de la santé publique et de la contribution de ceux-ci à la réalisation des fonctions des systèmes de santé. Une telle traduction en interventions demeure assujettie à l'appropriation mutuelle de cette vision par les acteurs du système de santé et découle des ressources et structures disponibles. Elle servirait à baliser l'univers du possible, l'ampleur du rôle de la santé publique dans la réalisation des fonctions du système de santé.

Finalement, l'intégration des fonctions des systèmes de soins et de la santé publique dans un ensemble commun n'est pas sans enjeux. Un assujettissement trop grand des rôles de la santé publique à la réalisation des fonctions du système de santé peut entraîner une récupération des fonds et ressources de santé publique par les soins dans les contextes où système de santé et système de soins en viennent à se confondre (Beaglohole & Bonita, 1997). Certaines expériences internationales suggèrent aussi divers obstacles à une pleine mise à profit de l'expertise de santé publique envers les soins tels que l'absence de formation relative à l'administration des services dans le curriculum des spécialistes de santé publique, le faible statut des professionnels de santé publique comparativement à ceux des systèmes de soins, ainsi que la perte d'indépendance critique de la santé

publique, envers les décideurs politiques, associée à des fonctions administratives du système de soins qui l'empêche de poursuivre ses autres rôles extérieurs au système de soins et de santé (Dawson, Sherval & Mole, 1996).

Conceptualiser les soins et la santé publique dans un ensemble commun pourrait aussi menacer l'équilibre fragile ayant permis à la santé publique de se développer, en partie à cause de la protection que conférait la nette distinction entre la santé publique et un système de soins toujours en manque de ressources (Desrosiers, 1996). Une telle tentative d'intégration animait d'ailleurs la création des départements de santé communautaires (DSC) suite à la commission Castonguay-Nepveu et au rapport du comité MacDonald au Québec. Les DSC, intégrés aux hôpitaux, possédaient explicitement des rôles intra-hospitaliers en plus de leurs rôles extra-hospitaliers. Le chevauchement créé entre santé publique et régulation administrative du système de soins avait causé une ambiguïté du rôle de la santé publique et une relégation de certains rôles «populationnels» de santé publique (Bergeron & Gagnon, 1994). Il nous semble qu'un recours aux rôles spécifiques de la santé publique dans l'analyse de leurs diverses contributions aux systèmes de santé permet de distinguer les contributions de la santé publique par la prestation de services individuels de l'organisation proprement dite des services qui, elle, est un mandat des instances administratives des systèmes de soins.

Cette distinction semble mieux traduite dans la réforme de 1992 suite à la Commission Rochon. Cette réforme crée des régies régionales de la santé et des services sociaux et intègre la santé publique dans l'entité administrative que constitue la régie et en fait une direction, tout en lui conservant une grande autonomie avec un directeur nommé par le ministre. Si les directions de santé publique sont intégrées aux régies, elles ne se voient pas attribuer des responsabilités dans la gestion et l'organisation des services curatifs par exemple, mais plutôt une responsabilité d'en mesurer l'effet sur la santé de la population.

Bien qu'un rapprochement des milieux cliniques et de santé publique soit préconisé par certains acteurs (Lasker, 1997), plusieurs s'opposent à une mise en commun des budgets, reflétant l'asymétrie des pouvoirs et des ressources

économiques ainsi que des besoins soumis aux deux systèmes qui pourraient résulter en une limitation de la portée des interventions de nature préventive et de promotion de la santé (Lewis, 1997). Plusieurs vont même jusqu'à suggérer un plus grand cloisonnement de la santé publique et des soins, percevant leurs objectifs respectifs comme non reliés, le système de soins n'ayant rien à offrir à une conception positive de la santé contrairement aux autres secteurs d'activité sociale qui représentent les vrais déterminants de la santé (Lewis, 1997; Evans, Barer & Marmor, 1996). Dans un contexte où les soins sont limités par les ressources disponibles face à des besoins grandissants, une protection des budgets de santé publique est probablement nécessaire. La proposition ne consiste pas ici à effacer les distinctions entre systèmes de soins et santé publique mais plutôt de réaliser que tous deux peuvent se soutenir dans la réalisation de fonctions communes. De plus, dans un contexte de croissance des coûts et de restriction des budgets alloués aux systèmes de soins, les gouvernements semblent de plus en plus enclins à intervenir dans l'organisation et la provision de soins pour en maximiser l'impact sur la santé de la population. La santé publique peut y contribuer par son approche et ses compétences spécifiques.

La vision que nous proposons justifie un tel recours aux institutions de santé publique pour favoriser l'efficacité et la performance du système de soins en regard des résultats de santé et de réactivité face aux attentes de la population. Mais un tel recours pourrait favoriser un détournement des interventions de santé publique auprès de la population vers des interventions visant à soutenir les soins en l'absence d'un financement adéquat ou d'une restructuration propice à accroître l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Des forces : complémentarité et spécificité

Mais la vision proposée comporte aussi des forces, ce qui nous encourage à poursuivre cette réflexion. Cette vision pourrait remplacer les conceptualisations selon lesquelles la santé publique n'était pas explicitement en relation avec un ensemble d'acteurs et d'institutions.

Cette vision favorise la collaboration à l'intérieur du champ de la santé publique (entre

différents domaines d'application et d'intervention par la réalisation de fonctions communes), mais aussi avec le système de soins (principalement par la contribution des rôles de surveillance, de prévention et de soutien à la prestation de services personnels) et avec les instances de gouverne (par la génération de ressources et compétences ainsi que par l'évaluation des effets des interventions collectives et des services individuels). Elle s'accorde bien avec le modèle des déterminants de la santé incluant les facteurs liés aux comportements et habitudes de vie, ceux relatifs aux soins et aussi ceux dont le contrôle se retrouve à l'extérieur du système de santé (politiques sociales et économiques). En outre, dans un contexte où le financement des systèmes publics de soins pose problème, la santé publique pourrait, en soutenant l'évaluation de l'utilisation des services de santé et des organisations du système de soins, contribuer à la mise en œuvre de réformes nécessaires à ce système.

Finalement, cette vision propose une implication spécifique de la santé publique. Le recours aux rôles de la santé publique faciliterait l'identification des contributions attendues des ressources et des organismes de santé publique. Les rôles de la santé publique traduisant les connaissances, stratégies et valeurs propres au champ de la santé publique peuvent servir de balise dans la délimitation de ses contributions dans la prestation de services individuels, la génération de ressources et la gouverne, ainsi qu'à l'extérieur des systèmes de santé, auprès d'autres domaines sociaux.

Conclusion

Cet article vise à proposer une vision décloisonnée de la santé publique dans les systèmes de santé, plutôt que parallèlement au système de soins et de gouverne. La synthèse de certains travaux sur les rôles de santé publique et les récents travaux de l'OMS sur les fonctions des systèmes de santé nous ont permis de proposer une vision où les rôles de la santé publique interagissent avec ceux du système de soins dans la réalisation des objectifs des systèmes de santé. Nous proposons un nouveau rôle de soutien dans la planification, l'organisation et la prestation des soins, permettant d'associer les dimensions du guérir et du soigner

aux rôles de promouvoir, prévenir, protéger et surveiller. Selon la vision proposée, la santé publique contribue aux systèmes de santé au-delà des interventions collectives, à travers la prestation de services personnels, la génération de ressources et la gouverne.

Une réelle mise à profit de la santé publique dans la prestation de soins, utilisant plusieurs des rôles de la santé publique et une utilisation maximale du système de soins pour favoriser les interventions de santé publique, reste à faire (MSSS, 2000). Il semble qu'au Québec, une intégration administrative des unités de santé publique aux régies régionales et au ministère de la Santé et des Services sociaux ne soit pas suffisante pour une réelle intégration de ses interventions à l'intérieur du système de santé et en même temps constitue une contrainte pour des interventions à l'extérieur du système de santé (Dawson et al, 1996). Conceptualiser les contributions de la santé publique en matière de rôles plutôt qu'en domaines d'intervention ou de niveaux d'intervention nous semble clarifier la spécificité de la santé publique et favoriser son interaction avec d'autres acteurs du système de santé.

Si cet article constitue un premier effort de conceptualisation, il reste beaucoup de chemin à parcourir avant de parvenir à une possible appropriation par différents acteurs. Les différences de pouvoirs et de ressources entre système médical et santé publique sont souvent associées aux difficultés de poursuivre des objectifs communs et demeurent présentes (Brandt & Gardner, 2000; Fournier, 1998). Dans le système québécois, l'asymétrie des ressources et du pouvoir peut entraîner des divergences importantes dans la perception des rôles.

À moyen terme, il serait vraisemblablement préférable pour la santé publique de maintenir une démarcation organisationnelle à l'intérieur des organismes administratifs et cliniques et d'éviter la cooption dans son implication au sein de l'organisation des services de soins. Une plus grande collaboration entre services cliniques et santé publique pourrait favoriser la mise à profit des énormes ressources de la médecine clinique pour la prévention de la maladie et la promotion de la santé dans un contexte de vie avec des maladies chroniques, et permettre aux spécialistes

de la santé publique de contribuer à la mise en place de services de santé universellement accessibles et basés sur des preuves d'efficacité et d'éthique de population. Mais ceci nécessite un leadership fort pour soutenir la santé publique dans un arrimage où les partenaires sont en position de force (Beaglehole & Bonita, 1997).

Nous avons adapté des rôles de la santé publique reconnus et les avons mis en relation dans un cadre fondé sur des fonctions du système

de santé. D'autres cadres d'analyse auraient pu être retenus et il serait intéressant et pertinent d'en tester l'utilité pour spécifier le rôle du champ de la santé publique en regard des systèmes de santé. La vision proposée pourrait être un premier pas vers une nouvelle conceptualisation des rôles de la santé publique et entraîner éventuellement un élargissement des contributions de cette dernière. Il pourrait également en ressortir une plus grande ouverture de la santé publique à d'autres acteurs et une réorientation de ses contributions. □

Notes

1—Le terme santé publique réfère aux institutions et acteurs mettant en place des interventions pour accroître et maintenir la santé dans une perspective de population plutôt qu'individuelle. Le terme ne sera pas employé pour décrire la santé du public (appelée ici santé de la population) ni pour qualifier la nature du financement reflétée par l'opposition *publique et privée*.

2—La notion de système de santé désigne l'ensemble des acteurs et institutions ayant pour objectif principal l'accroissement et le maintien de la santé des individus et des populations. Ce terme regroupe ainsi les soins, la santé publique et toute autre organisation ayant comme intérêt principal la santé.

3—Dans la conceptualisation relative au système de santé qu'utilise l'OMS, le terme fonction désigne des catégories systématisées dans une perspective fonctionnelle. Dans les conceptualisations se rapportant à la santé publique, le terme fonction renvoie à des rôles ou tâches incombant à la santé publique (MSSS, 2003) plus ou moins systématisés les uns par rapport aux autres. Ainsi, bien que la littérature utilise le terme « fonction » de santé publique, nous utiliserons plutôt tout au long du texte le terme « rôle de la santé publique ».

4—Dans tout le texte, le terme santé s'applique pour décrire une variété d'états biologiques, psychologiques et sociaux relatifs au fonctionnement humain, aux sensations de la vie et à la perception de l'état de santé. Le terme santé décrit ainsi des états relatifs aux capacités, à la souffrance, au bien-être et à la satisfaction; il ne se limite pas à l'absence de maladie.

5—Ce rôle peut s'apparenter à celui de planification, d'organisation et d'évaluation des soins proposé par certains (Terris cité dans Fournier 1998), mais s'en distingue par une spécification des dimensions auxquelles le champ de la santé publique contribue.

6—Ce rôle, par son questionnement sur les impacts des orientations, modes organisationnels et pratiques sur la santé, se distingue de la fonction de soutien à la planification, à l'organisation et à la prestation des soins qui vise plutôt à épauler leur prestation.

7—L'OMS traduit le terme *stewardship* par administration générale, il a également été traduit par gouverne ou pilotage du système. Ces termes ne traduisent pas entièrement la connotation éthique de *stewardship* qui décrit une administration ou gouverne en fonction du bien public. (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000)

8—Le financement inclut le prélèvement et la collecte des revenus, la mise en commun des fonds, l'achat de services et le paiement des ressources. La génération de ressources s'applique aux ressources humaines, physiques et aux connaissances. La gouverne correspond aux activités de conception générale du système, d'évaluation, d'établissement de priorités, d'*advocacy* intersectorielle, de régulation et de protection des consommateurs.

9—La réactivité du système de santé inclut, dans la conceptualisation de l'OMS, par exemple le respect des personnes dans la prestation des services de santé, le respect des valeurs de la population, la satisfaction de certaines préférences lorsque les attentes posées envers le système de santé sont raisonnables en rapport avec les ressources disponibles.

10—Alors que les objectifs de santé et de réactivité sont perçus comme possédant une dimension absolue et relative (niveau de santé et de réactivité, et équité dans leur distribution), l'objectif de financement se limite à une dimension relative d'équité.

Références

- Afi, A.A., & Breslow, L. (1994). The Maturing Paradigm of Public Health. *Annual Reviews of Public Health*, 15, 223-235.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (1997). *Public Health at Crossroads: Achievements and prospects* (pp.145-162, 163-192, and 211-236). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bergeron, P., & Gagnon, F. (1994). La prise en charge étatique de la santé. In V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger, G. (directeurs), *Le système de santé au Québec – Organisations, acteurs et enjeux* (pp. 9-32). Ste-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Bibeau, G. (1999). Une troisième voie en santé publique. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6 (2), 209-236.
- Brandt, A.M., & Gardner, M. (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), 707-715.
- Dawson, S., Sherval, J., & Mole, V. (1996). In or Out of Management? Dilemmas and Developments in Public Health Medicine in England. In J. Leopold, I. Glover, M. Hughes (Éds), *Beyond reason? The National Health Service and the Limits of Management* (pp. 157-171). Vermont: Ashgate Publishing Company.
- Denoyer, M.-C. (1999). *Dictionnaire des termes sanitaires et sociaux*. Masson.
- Detels R, & Breslow L. (1997). Current Scope and Concerns in Public Health. In R. Detels, W.W. Holland, J. McEwen, G.S. Omenn (Éds), *Oxford Textbook of Public Health* (pp. 3-17), 3^e édition. New York: Oxford University Press.
- Desrosiers, G. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3 (1), 18-28.
- Evans, R.G., Barer, M.L., & Marmor, T.R. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fassin, D. (1998). Introduction: Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique* (pp. 7-47). Paris: La Découverte.
- Fournier, P. (1998). La santé publique: concepts et pratiques. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5 (2), 132-139.
- Frenk, J. (1993). The New Public Health. *Annual Reviews of Public Health*, 14, 469-490.
- Gagnon, F., & Bergeron, P. (1999). Le champ contemporain de la santé publique. In: C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest, V. Lemieux (directeurs). *Le système de santé québécois: Un modèle en transformation* (pp. 229-258). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Gordon, R.L., Baker, E.L., Ropar, W.L., & Omenn, G.S. (1996). Prevention and the Reforming U.S. Health Care System: Changing Roles and Responsibilities for Public Health. *Annual Reviews of Public Health*, 17, 489-509.
- Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lasker, R.D. (1997). *Medicine & Public Health: the Power of Collaboration*. Committee on Medicine and Public Health. New York: The New York Academy of Medicine.
- Last, J.M. (1995). *A dictionary of epidemiology*. 3^e édition. Oxford: Oxford University Press.
- Lee P., & Paxman D. (1997). Reinventing Public Health. *Annual Review of Public Health*, 18, 1-35.
- Lehoux, P. (2000) Cohabitation des perspectives moderne et postmoderne dans la recherche en santé publique. Controverses et propositions. *Sciences Sociales et Santé*, 18 (3), 37-75.
- Lewis, S. (1997). Une brèche dans le continuum « soins curatifs – santé – bien-être » et ses conséquences pour l'hôpital de demain. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4 (2), 191-205.

- McKee, M., & Bojan, F. (1998) Reforming Public Health Services. In R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides (Éds). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe* (pp. 135-154). Buckingham: Open University Press.
- Morone, J.A. (1997). Enemies of the People: The Moral Dimensions to Public Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (4), 953-1020.
- MSSS (2000). *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Rapport et recommandations. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; Gouvernement du Québec.
- MSSS (2001). *Comité élargi pour l'élaboration du Programme de santé publique: Définition des fonctions essentielles de santé publique (FESP)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document de travail du 27 février 2001. Non publié.
- MSSS (2003). *Le Programme national de santé publique 2003-2012*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications.
- Murray, C.J., & Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 717-731.
- Organisation pan américaine de la santé (OPS) (2000). Initiative La Santé Publique dans les Amériques. *Mesure de la performance des fonctions essentielles de santé publique*. Guide pour l'application de l'instrument de mesure de la performance des fonctions essentielles de santé publique. Document non publié.
- Saltman, R.B., & Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies* (pp. 66-77). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Saltman, R.B., & Ferroussier-Davis, O. (2000). The Concept of Stewardship in Health Policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 717-731.
- Starfield, B. (1996). Public Health and Primary Care: A Framework for Proposed Linkages. *American Journal of Public Health*, 86 (10): 1365-1369.
- Wibulpolprasert, S., & Tangcharoensathien, V. (2001). Health Systems Performance—What's Next? *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (6): 489.
- World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva.

Abstract

Public health and health care systems have witnessed a parallel development in many industrialized countries, even in those countries where the State plays a central role in the provision of both personal and collective services. The public health contribution to health systems is often debated and these debates reflect various ways to conceptualize public health roles. The World Health Organization's World health report 2000 and the Pan American Health Organization's works on « essential public health functions » position these roles in a new way. Drawing from these work and description of public health roles in Quebec, we support a vision suggesting that public health roles are complementary and specific in achieving health systems goals.

Conflits d'intérêt

Les auteurs sont médecins spécialistes en santé communautaire et oeuvrent au Québec dans le domaine des systèmes de soins et services.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier Véronique Déry pour son apport à la conceptualisation de l'article, ainsi que Pascale Lehoux, François Béland, Marie-France Raynault, Maryse Guay, Denis Roy et Pierre Fournier pour leurs commentaires sur des versions antérieures. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs et ne représentent pas la position des institutions auxquelles ils sont rattachés.

Biographies

Jean-Frédéric Lévesque est médecin spécialiste en santé communautaire et candidat au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal. Il est médecin-conseil pour l'Institut national de santé publique du Québec dans la Direction des systèmes de soins et services. Ses intérêts de recherche sont l'impact de l'organisation des services de première ligne sur la santé, l'accès aux soins en régions éloignées, ainsi que les inégalités d'accès aux soins en pays en développement.

Pierre Bergeron détient à la fois une formation médicale spécialisée en santé communautaire et un doctorat en science politique. Il est actuellement directeur scientifique de la Direction systèmes de soins et services à l'Institut national de santé publique du Québec et professeur de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval. Il s'intéresse à l'analyse sociopolitique de l'évolution du système de santé au Québec et à l'organisation des systèmes de soins et services comme champ d'expertise de la santé publique.