



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

RÉFLEXIONS SUR LA RELATION ENTRE LES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SOINS PRIMAIRES

PRÉCIS AU SUJET DE L'ANALYSE DE LA SITUATION COMMANDÉE POUR
EXAMINER LA RELATION ENTRE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES SOINS PRIMAIRES



Le potentiel de la relation entre les services de santé publique et de soins primaires demeure aujourd'hui et depuis longtemps sous-exploité. La pandémie de COVID-19 présente une occasion de transformer la santé publique, de faire en sorte que la santé des populations s'améliore et de faire avancer l'équité en santé. L'un des principaux changements à réaliser dans ce processus de transformation serait d'apporter un vent de fraîcheur à la relation entre la santé publique et les soins primaires – les branches du système de santé du Canada les plus étroitement concernées par la santé des individus et des populations – de façon à améliorer les deux branches de manière synergique¹.

Pour ces motifs, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses ont commandé une analyse de la situation pour, d'une part, examiner la relation entre la santé publique et les soins primaires au Canada et, d'autre part, proposer des moyens et des stratégies pour améliorer les choses. Les deux Centres de collaboration nationale feront paraître le rapport dans les deux langues officielles dans leur site Web respectif plus tard en 2021. Ils ont produit en attendant une liste de lectures essentielles en [français](#) et en [anglais](#).

Le rapport de la situation traitera des divers aspects suivants :

- les contextes historiques et actuels marquant l'interaction entre les services de soins primaires et de santé publique;
- les principales constatations d'une revue de la littérature (y compris les études couvrant le Canada³⁻⁵) et des entretiens avec des informateurs clés au sujet des facteurs de réussite et des obstacles;
- les leviers stratégiques à utiliser en priorité pour opérer un changement systémique;
- des exemples de partenariats locaux qui ont porté leurs fruits et les facteurs favorisant la santé des populations et l'équité en santé.

Le présent document contient le sommaire des résultats de l'analyse de la situation, y compris les principales constatations et les leviers du changement systémique.

Partout dans le monde, les responsables des politiques et les praticiens débattent de la question de savoir où se termine le rôle de la santé publique et où commence celui des soins de santé^{6(p.9)}. Dans les faits, la santé publique se distingue par ses compétences exceptionnelles et ses fonctions cruciales sur le plan populationnel : promotion de la santé, prévention primaire, évaluation, protection et surveillance. Les soins primaires renvoient quant à eux à l'acte le plus localisé qui soit, et servent de principal point de traitement et d'orientation vers les services

spécialisés tout au long du parcours de vie des individus vivant au Canada. Les professionnels de la santé publique et des soins primaires fournissent parfois les mêmes services directs, par exemple pour les programmes de vaccination, de prévention des maladies chroniques, de dépistage en santé maternelle et infantile et de promotion de la santé. Les services directs sous la responsabilité de la santé publique visent habituellement les populations présentant des besoins plus complexes ou plus immédiats.

Il se dégage de l'analyse de la situation qu'il ne faudrait pas assimiler l'amélioration de la relation à l'intégration. Au contraire, le fait de placer la santé publique à l'intérieur de structures de prestation des services de santé plus larges ou plus bureaucratiques peut et a diminué l'accent mis par la santé publique en amont et contribué à la réaffectation des fonds et des ressources antérieurement consacrés à la démarche en santé des populations^{7,8}. Qui plus est, les personnes qui font face à des iniquités de santé et à des préjugés au sein des systèmes de santé peuvent hésiter à se prévaloir de services prétendument universellement accessibles. Les démarches délibérées et à l'écoute des collectivités conviennent davantage à ces groupes de population. Les partenariats entre les services de soins primaires et de santé publique ont permis de solutionner de nombreux problèmes de chevauchement de services, de populations et d'intérêts. Un meilleur état de santé, de meilleurs services et une meilleure gestion organisationnelle comptent parmi les gains en découlant.



Pour réaliser un changement systémique qui favorisera l'interaction entre les services de santé publique et de soins primaires, il importe de prioriser les leviers stratégiques suivants :

1. **Renforcer les discours positifs.** Créer et maximiser les discours positifs qui peuvent servir à générer des solutions et à favoriser un changement en amont dans les populations, mettre en place des politiques favorables à l'équité et enrichir les relations entre la santé publique et les soins de santé.
2. **Repenser les programmes d'enseignement et intensifier l'engagement universitaire.** Intégrer les notions de base concernant les collectivités, les populations et la santé publique dans la formation des professionnels de la santé, et favoriser et soutenir les partenariats entre les milieux universitaires (y compris en recherche) et professionnels^{6,9-11}.
3. **Faire participer les chefs de file des services de la santé publique et des soins primaires aux processus décisionnels de haut niveau.** Les professionnels de la santé et des soins primaires n'ont généralement pas voix au chapitre dans le processus de prise de décisions de haut niveau en matière de santé. Il y aurait lieu de les positionner de manière à ce qu'ils servent d'intermédiaires entre les gens des quartiers et les décideurs.
4. **Accroître les fonctions de gouvernance et d'engagement communautaires.** Il faut pouvoir compter sur l'engagement et le partage du leadership pour répondre aux besoins de la collectivité et contribuer à la capacité collective¹², renforcer la responsabilisation et l'amélioration de la qualité et réduire les effets délétères en aval pour la santé et la société¹³.
5. **Mettre sur pied des réseaux officiels.** Corriger les lacunes dans les réseaux déjà en place et renforcer les liens naturels qui mobilisent tant les acteurs de la santé publique que des soins primaires¹⁴.
6. **Injecter davantage de fonds en santé publique et en soins primaires.** Pas étonnant que, partout dans le monde, les fonds suffisants constituent un critère de base¹⁵. Les appels à régler le problème du sous-financement sont monnaie courante et la pandémie de COVID-19 n'a fait que mettre en évidence les lacunes à ce chapitre.
7. **Enrichir les systèmes de données, de surveillance et numériques.** Relier les connaissances pointues en soins primaires aux processus de planification en santé des populations et réduire le fossé numérique se veulent de puissants leviers de changement systémique. Les données désagrégées et fondées sur la race permettent de faire un pas en avant en ce qui concerne les pratiques relatives aux données axées sur les déterminants et fondées sur l'équité.
8. **Réorienter les modèles de rémunération et d'encouragement financier.** Exiger des acteurs de la santé publique et des soins de santé de faire rapport de leurs partenariats et de leur engagement communautaire. Rattacher le financement à la démarche en matière d'équité et de déterminants sociaux de la santé. Changer les modèles de rémunération à l'acte qui nuisent à la collaboration.
9. **Élargir la multidisciplinarité des soins de santé.** Investir dans la multidisciplinarité et les modèles de prestation des services complets. Renforcer le rôle du personnel infirmier au chapitre de la collaboration et des relations de confiance. Embaucher des personnes des populations racisées et ayant l'expérience vécue afin d'atténuer les préjugés et d'améliorer l'équité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration* [Internet]. OMS [cité le 2 juin 2021], 17 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458> (en anglais)
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. (2021). *Transformation de l'interaction entre les services de santé publique et de soins primaires : une liste de lectures essentielles* [Internet]. CCNDS, Université St Francis Xavier [cité le 2 juin 2021], 8 p. <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/establishing-a-new-interface-between-public-health-and-primary-care-a-curated-list>
3. Valaitis, R., McCarthy, J., Nelligan, P., MacDonald, M., Wong, S.T., Martin-Misener, R. et al. (2012, octobre). *Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration* [Internet]. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [cité le 2 juin 2021], 46 p. https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/Strengthening%20Primary%20Health%20Care%20through%20Primary%20Care%20and%20Public%20Health%20Collaboration_CHSRF%20Final%20Report.pdf (en anglais)
4. Levesque, J.F., Breton, M., Senn, N., Levesque, P., Bergeron, P., Roy, D.A. (2013, 2 juin). The interaction of public health and primary care: functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Reviews*, 35(1), article 14 [27 p.]. Doi : 10.1007/BF03391699
5. Shahzad, M., Upshur, R., Donnelly, P., Bharna, A., Wei, X., Feng, P. et al. (2019, 7 juin). A population-based approach to integrated healthcare delivery: a scoping review of clinical care and public health collaboration. *BMC Public Health*, 19(1), article 708 [15 p.]. Doi : 10.1186/s12889-019-7002-z
6. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe. (2018). *Ensuring collaboration between primary health care and public health services* [Internet]. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [cité le 2 juin 2021], 38 p. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/389844/Designed-report-2.pdf (en anglais)
7. Moloughney, B. (2016). *The impacts on the public health function with integration with regionalized healthcare systems* [Internet]. Santé publique Toronto [cité le 2 juin 2021], 11 p. <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2016/hl/bgrd/backgroundfile-88527.pdf> (en anglais)
8. Frank, J. et Jepson, R. (2013, octobre). Public health may not be ready for health system change - but neither is the system ready to integrate public health. *Healthcare Papers*, 13(3), 77-83. Doi : 10.12927/hcpap.2014.23673
9. Brown, A.D., Upshur, R. et Sullivan, T.J. (2013, octobre). Public health and primary care: competition or collaboration. *Healthcare Papers*, 13(3), 4-8. Doi : 10.12927/hcpap.2014.23690
10. Denis, J.L., Potvin, L., Rochon, J., Fournier, P. et Gauvin, L. (2020, décembre). Tirer les leçons de la pandémie pour repenser la santé publique au Québec. *Revue canadienne de santé publique*, 111(6), 912-20. Doi : 10.17269/s41997-020-00419-x (l'article en français suit l'article en anglais)
11. B-Lajoie, M.R. et Chartier, L. (2016, juin). Recherche : une meilleure formation en santé publique pour les médecins de famille. *Le médecin de famille canadien* [Internet], [cité le 2 juin 2021], 62(6), e294-e296. <https://www.cfp.ca/content/62/6/e294>
12. Totikidis, V., Armstrong, A.F. et Francis, R.D. (2005, 28-30 novembre). *The concept of community governance: a preliminary review* [Internet]. Document présenté lors de la GovNet Conference, à Melbourne (Australie). Victoria University [cité le 2 juin 2021], 21 p. http://vu.vu.edu.au/955/1/The_Concept_of_Community_Governance.pdf (en anglais)
13. Swerissen, H. et Jordan, L. (2005). Clinical governance in community health care settings: evidence and issues. *Australian Journal of Primary Health*, 11(2), 26-32. Doi : 10.1071/PY05018
14. Institute of Medicine, Committee on the Integration of Primary Care and Public Health. (2012). *Primary care and public health: exploring integration to improve population health* [Internet]. The National Academies Press [cité le 2 juin 2021], 192 p. <https://www.nap.edu/catalog/13381/primary-care-and-public-health-exploring-integration-to-improve-population> (en anglais)
15. Organisation mondiale de la Santé; Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef). (2020). *Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : De l'ambition à l'action [version préliminaire]* [Internet]. OMS [cité le 2 juin 2021], 127 p. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/operational-framework-for-primary-health-care-wha73-fr.pdf?sfvrsn=918a2c9d_2

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Téléphone : 902-867-6133
Télécopieur : 902-867-6130
ccnds@stfx.ca
www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba) R3E 0T5
ccnmi@umanitoba.ca
Téléphone : 204-318-2591
www.ccnmi.ca
Twitter : @Centreinfection

Rédaction : Connie Clement, collaboratrice, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.
Révision : Kate Mulligan.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St Francis Xavier. Nous reconnaissons que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses est situé à l'Université du Manitoba. Les campus universitaires se trouvent sur les terres d'origine des peuples anishinabé, cri, oji-cri, dakota et déné et dans la patrie de la nation métisse.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. (2021). *Réflexions sur la relation entre les services de santé publique et de soins primaires*. CCNDS, Université St Francis Xavier.

ISBN: 978-1-989241-64-6

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de santé publique du Canada, qui finance le CCNDS et le CCNMI. Les points de vue exprimés dans ce document ne représentent pas forcément ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnds.ca et au www.ccnmi.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca and www.nccid.ca under the title *Reflections on the relationship between public health and primary care*.