

L'APPORT DES VALEURS POUR GUIDER LA PRISE DE DECISION PUBLIQUE : LE CAS DE LA PREVENTION ET DE LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES EN PREMIERE LIGNE AU QUEBEC

Banque PolÉthicas | Cas n° 17_20-06-2024

Rédaction¹

Mariève Dupont, Dt. P., M. Sc. Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke, Québec, Canada / Conseillère à l'organisation des services, direction de l'accès et de l'organisation intégrée des services, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada

Hugues Vaillancourt, Dt. P., M. Sc., Conseiller en éthique, Bureau d'éthique appliquée (BEA), Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (DQEE), CHU de Québec – Université Laval, Québec, Canada

Mylaine Breton Ph. D., Professeure titulaire. Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Catherine Hudon, MD, Ph. D., Professeure titulaire. Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Résumé

Contexte et problématique: À travers le monde, le fardeau associé aux maladies chroniques (MC) continue de croître et de se complexifier. Au Québec, dix ans après la diffusion du *Cadre de référence pour la gestion et la prévention des maladies chroniques physiques en première ligne*, le ministère de la Santé et des Services sociaux planifie une mise à jour des orientations dans ce domaine. La formulation d'une politique publique (PP) reliée aux MC implique de nombreux choix, particulièrement avec l'écart qui se creuse entre les besoins de la population et la capacité du système à y répondre. Ce contexte soulève plusieurs dilemmes. L'envergure des enjeux éthiques posés montre un potentiel élevé de compromettre certaines valeurs-phares d'un système de santé universel telles que la justice sociale, l'équité et la solidarité. **Objectif:** Approfondir certaines considérations éthiques reliées à la formulation d'une PP pour la prévention et la gestion des MC en première ligne. **Discussion:** La première section de l'article présente le domaine de politique (maladies chroniques), incluant la structure constitutionnelle, les enjeux explicitement soulevés par les acteurs et les solutions proposées. La deuxième section développe l'analyse éthique autour de trois enjeux saillants : 1) la définition et la délimitation de « maladies chroniques », 2) l'incertitude scientifique et la responsabilité politique, et 3) l'allocation des ressources et la justice sociale. Un regard croisé sur les trois enjeux fait ressortir la complémentarité de deux grands modes de rationalité éthique proposés par

1 Nous remercions très sincèrement Isabelle Ganache pour la relecture de l'article et sa précieuse contribution à l'analyse éthique.

Max Weber pour appuyer la formulation d'une PP, soit l'éthique de responsabilité et l'éthique de conviction, ainsi que le rôle potentiel de l'État comme médiateur éthique. Conclusion: Dans la perspective d'atteindre le meilleur intérêt collectif, la délibération éthique visant le choix de valeurs et leur application dans l'identification de solutions est une avenue à considérer sérieusement pour relever l'immense défi posé par la formulation d'une PP dans le domaine des MC en première ligne.

MISE EN CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

L'importance des maladies chroniques

À travers le monde, les maladies chroniques (MC) sont la toute première cause de mortalité, puisque près de 63% des décès y sont attribuables (OMS, 2022). Depuis les dernières décennies, le fardeau des MC continue de croître et de se complexifier. Les MC résultent d'une interaction complexe entre l'environnement, les conditions de vie dont les déterminants sociaux de la santé, la génétique ainsi que les facteurs individuels psychosociaux et comportementaux (p. ex. stress, sédentarité et inactivité physique, habitudes alimentaires malsaines) (CSBE, 2010; OMS, 2022). La multimorbidité, soit la cooccurrence d'au moins deux MC chez un même individu, affecte environ le tiers des adultes internationalement. La multimorbidité est fortement associée au vieillissement de la population et à un faible statut socioéconomique (Adan et al., 2020; Fortin & Stewart, 2021; Skou et al., 2022). Par ailleurs, le phénomène des MC est également en émergence chez les jeunes, dont les problématiques d'asthme, de surpoids et de syndrome métabolique (Longhini et al., 2022). Les MC ont des impacts significatifs, tant pour les individus (qualité de vie et autonomie fonctionnelle moindres, mortalité prématurée) que pour les systèmes de santé (grande utilisation des services, croissance continue des dépenses de l'État) (OMS, 2022; Simard et al., 2019; Skou et al., 2022). De surcroît, la pandémie de COVID-19 a amplifié plusieurs enjeux: exacerbation de la chronicité de certaines conditions de santé; fragilité des ressources et des capacités de soins; émergence d'une nouvelle condition chronique nommée affections post-COVID (Kendzierska et al., 2021; Santé Canada, 2024). Une gestion globale, coordonnée et efficace des MC repose notamment sur une première ligne forte, intégrée et performante (Alyousef et al., 2022; CSBE, 2010). Les politiques publiques (PP) abordant la prévention et la gestion des MC en première ligne deviennent ainsi de plus en plus pertinentes et stratégiques pour favoriser la santé de la population et la pérennité des systèmes de santé.

Les politiques publiques québécoises liées aux maladies chroniques

Une PP peut autant référer à « un document rédigé par des acteurs gouvernementaux présentant leur vision d'un enjeu susceptible d'une action publique », qu'au processus décisionnel d'une puissance publique menant à une intervention ou à une non-intervention (absence de décision ou inaction) (Dye, 1978; Turgeon & Savard, 2012). Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présente sa vision de l'organisation des services de première ligne en MC à l'intérieur du *Cadre de référence pour la gestion et la prévention des maladies chroniques en première ligne* (ci-après : Cadre de référence) (Dubé et al., 2012). Plus de dix ans après la diffusion de ce Cadre de référence, le MSSS planifie une mise à jour des orientations ministérielles dans ce domaine, afin de tenir compte de l'évolution du contexte organisationnel et des besoins de la population. Plusieurs autres documents ministériels s'intéressent aux MC, mais n'en abordent que des fragments à la pièce sans vision globale de l'ensemble

des MC, de l'ensemble des étapes du continuum de soins et de services et de l'ensemble des ressources du système, par exemple : la promotion de la santé et la prévention des maladies^{2,3}, un facteur de risque comme le tabagisme⁴; une portion du continuum comme le dépistage ou les soins palliatifs^{5,6}; ou une trajectoire liée à une maladie spécifique comme les cancers ou les troubles mentaux^{7,8}. La multiplicité des enjeux et la diversité des acteurs impliqués en MC représentent un risque élevé de conflit d'idées et d'intérêts, susceptible de générer des incohérences entre les PP (Savard, 2018). Ainsi, pour offrir une réponse collective globale et coordonnée en première ligne, la synergie (cohérence) entre ces documents ministériels interreliés et complémentaires est essentielle. L'élaboration d'une PP nationale unique, plutôt qu'une PP par maladie chronique, est notamment proposée pour adopter une vision claire et des objectifs communs (Mendis & Fuster, 2009).

Les défis liés à la formulation d'une politique publique pour les maladies chroniques

L'éventail des besoins entourant le continuum des MC est particulièrement large : grand nombre de maladies; continuum allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins de fin de vie ; tous les groupes d'âge. La révision du Cadre de référence du MSSS, prévue pour 2024, implique ainsi de nombreux choix, notamment avec l'écart qui se creuse entre les besoins croissants de la population et la capacité limitée du système à y répondre: populations à cibler; objectifs à poursuivre; interventions et modalités de prestations à privilégier; ressources à allouer; résultats à atteindre. Plusieurs modèles existent pour planifier les services de santé et prioriser les besoins de la population (Pineault, 2020). Les principaux critères qui ressortent des différents modèles sont : 1) l'importance du problème, 2) la capacité du programme à y répondre (efficacité), et 3) la faisabilité du programme ou de l'intervention (acceptabilité, disponibilité des ressources) (Pineault, 2020). L'envergure du défi posé par la formulation des nouvelles orientations ministérielles reliées aux MC en première ligne démontre un potentiel élevé de compromettre les principes et les valeurs-phares d'un système de santé universel tels que la justice sociale, l'équité et la solidarité (Glouberman & Zimmerman, 2002). Des choix malavisés auraient des impacts lourds de conséquences, notamment sur l'accès aux soins pour certains groupes ou individus à besoins particuliers, sur l'exacerbation d'iniquités et, finalement, sur les indicateurs de santé et de bien-être de la population. Malgré son importance, l'attention portée aux valeurs et à la réflexion éthique pour la priorisation des besoins et l'allocation des ressources dans le domaine des MC s'est révélée minimale jusqu'à présent (Gibson & Upshur, 2012).

Objectif de l'article

L'objectif général de cet article est d'approfondir certaines considérations éthiques reliées à la formulation d'une PP pour la prévention et la gestion des MC en première ligne au Québec. Afin de mieux comprendre le contexte, la première section de l'article présente le domaine de politique (maladies chroniques), incluant

² MSSS (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*.

³ MSSS (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*.

⁴ MSSS (2020). *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*.

⁵ MSSS (2024). *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique*.

⁶ MSSS (2022). *Plan d'action 2020-2025 – Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie*.

⁷ MSSS (2023). *Orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de cancérologie*.

⁸ MSSS (2020). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie*.

la structure constitutionnelle, les enjeux explicitement soulevés par les acteurs et les solutions proposées. La deuxième section de l'article développe la réflexion éthique.

PRÉSENTATION DU DOMAINE DE POLITIQUE

Structure constitutionnelle et partage des compétences en santé

Les lois font partie des assises des PP. Le continuum de prévention et de gestion des MC met en relation l'apport complémentaire de la santé publique (incluant les communautés) et du système de prestation de soins organisé autour des services de première, deuxième et troisième ligne. Au Canada, la santé publique est une compétence partagée entre les paliers gouvernementaux fédéral et provincial.^{9,10,11} L'organisation des services de santé est sous la responsabilité des gouvernements provinciaux.⁸ Néanmoins, les systèmes de santé provinciaux doivent respecter cinq grands principes pour obtenir la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral pour les services de santé, c'est-à-dire: 1) la gestion publique; 2) l'intégralité; 3) l'universalité; 4) la transférabilité; 5) l'accessibilité¹². Depuis 1991, les fondements de l'organisation des soins dans les établissements de santé publics sont institués par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2), lesquels pourraient être modifiés par la nouvelle loi qui entrera en vigueur prochainement¹³. Les prestataires de services en première ligne sont régis par des lois distinctes selon leur statut d'établissement de santé public¹⁴ ou privé¹⁵. Enfin, d'autres lois encadrent le panier de services offerts¹⁶, l'accès aux médicaments¹⁷ ainsi que les aspects déontologiques de la pratique professionnelle^{18,19}. Ces nombreux repères juridiques font partie des éléments incontournables à la réflexion éthique, permettant d'identifier, d'une part, les parties prenantes impliquées et, d'autre part, plusieurs valeurs exprimées par les normes légales et réglementaires applicables (Legault, 1999).

Enjeux explicitement soulevés par les acteurs

La perspective des acteurs est importante pour cerner le problème sous ses différents angles et en développer une compréhension commune à résoudre à l'aide d'une PP (Bodkin, 2022). La prévention et la gestion des MC est un phénomène complexe et multidimensionnel, impliquant un grand nombre d'acteurs pluridisciplinaires et interdépendants à tous les niveaux du système de santé (micro, méso, macro) (Gilman, 2021). Chaque MC, particulièrement la multimorbidité, nécessite un plan de soins personnalisé qui est

9 *Loi constitutionnelle de 1982*

10 *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. L.C. (2006), ch. 5

11 *Loi sur la santé publique*. RLRQ (2001), c. S-2.2

12 *Loi canadienne sur la santé*. LRC. (1985), ch. C-6

13 *Loi visant à rendre le système de santé et services sociaux plus efficace*. LQ (2023), c. 34

14 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, c. S-4.2

15 *Loi sur les contrats des organismes publics*. RLRQ, c. C-65.1

16 *Loi sur l'assurance-maladie*. RLRQ (1999), c. A-29 [LAM]

17 *Loi sur l'assurance médicaments*. RLRQ (2002), c. A-29.01 [LRGAM]

18 *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9

19 *Code des professions*, RLRQ, c. C-26

influencé, entre autres, par la dynamique relationnelle (professionnel-usager) et les particularités locales de l'offre de services (nombreux prestataires) (Gilman, 2021). Les *adultes vivant avec des MC* décrivent leur expérience en soulignant l'adaptation quotidienne qui est nécessaire ainsi que leur désir de garder le contrôle sur la situation et de participer aux décisions de soins (Consortium InterS4, 2022; Duguay et al., 2014). Les difficultés rencontrées par les personnes vivant avec des MC sont entre autres reliées à l'autogestion (plusieurs objectifs thérapeutiques concurrentiels), l'accès à certains soins et services dans le système (notamment à une équipe interprofessionnelle) ainsi qu'à la pression financière associée à la médication ou aux traitements (Duguay et al., 2014; Yen et al., 2011). Pour leur part, les *professionnels de la santé* soulignent plutôt les difficultés d'engager certains usagers dans leurs soins, ce qui leur occasionne un sentiment d'échec, les ressources insuffisantes et le personnel de plus en plus fatigué, ainsi que le travail en silos et la fragmentation des services (Yen et al., 2011). Enfin, les *décideurs publics* et les *politiciens* sont plutôt préoccupés par les besoins croissants de la population (dont font partie les MC), les inégalités sociales de santé, la pénurie de la main-d'œuvre et les dépenses croissantes en santé qui affectent l'ensemble des missions de l'État (MSSS, 2022). Ce bref aperçu de la perspective de certains acteurs témoigne de la différence des points de vue sur le problème des MC, desquels il est possible d'interpréter plusieurs préoccupations morales dignes de considération.

Solutions proposées

L'identification et l'analyse des options politiques ayant le potentiel de résoudre le problème sont essentielles pour établir le fondement d'une PP (Bodkin, 2022). Dans le domaine des MC, les données probantes et les recommandations d'experts couvrent un large spectre, incluant le renforcement de la promotion de la santé (déterminants de la santé, environnements favorables) et des actions de prévention dans le système (pratiques cliniques préventives), l'optimisation de l'organisation des soins (accès à une équipe interprofessionnelle, coordination et intégration), ainsi qu'une adaptation des approches (soutien à l'autogestion, soins intégrés, partenariat dans les décisions de soins) et des modes de financement (Alyousef et al., 2022; Consortium InterS4, 2022; CSBE, 2010; Fortin & Stewart, 2021; Longhini et al., 2022). Également, la situation démographique (vieillesse de la population et besoins grandissants), le développement des technologies et la spécialisation des soins (capacités plus grandes que les ressources) appellent à se questionner sur les soins pertinents, proportionnels à la condition de santé et au projet de vie des individus (CSBE, 2010). Dans cette perspective, le *Modèle élargi de soins pour les MC* est le référentiel organisationnel le plus connu et le mieux documenté pour structurer une prise en charge globale et coordonnée des MC, impliquant la personne et ses proches, la communauté et le système de prestation des services (Longhini et al., 2022; Nuño et al., 2012; Reynolds et al., 2018). La première ligne y joue un rôle de premier plan pour mettre en œuvre des interventions essentielles à fort impact sur l'ensemble du continuum des MC (Dubé et collab., 2012; OMS, 2022). À l'international, la solution mise de l'avant par plusieurs pays est une réforme des services de première ligne favorisant l'intégration des soins, dans le but d'améliorer l'expérience de soins des personnes vivant avec des MC, les résultats de santé et l'efficacité des systèmes de santé (Alyousef et al., 2022; Skou et al., 2022). En somme, un éventail d'options politiques peut être envisagé, ce qui contribue par ailleurs à la complexité de la prise de décision publique impliquant nécessairement des choix.

DISCUSSION SUR LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dans le cadre d'une réflexion sur l'éthique des politiques de santé, le niveau d'analyse se situe sur le plan

systémique (macro) en recherchant l'équilibre entre *la santé de tous les citoyens et la pérennité du système de santé* (Boutin-Ganache & Cleret de Langavant, 2013). L'analyse des problèmes complexes du système et des difficultés rencontrées par les clientèles plus vulnérables peut révéler les enjeux éthiques (nœuds systémiques) interpellant l'ensemble de la population, tout en contribuant à l'identification des valeurs fondamentales pour guider la prise de décision dans le meilleur intérêt collectif (Boutin-Ganache & Cleret de Langavant, 2013). Le renouvellement des orientations ministérielles reliées aux MC en première ligne fait ressortir de nombreux dilemmes décisionnels considérant la complexité des enjeux à résoudre et les multiples manières de concevoir l'offre de services. Plusieurs contraintes de l'environnement sociopolitique interfèrent avec la capacité des décideurs à prendre des décisions, telles que la rationalité limitée (information partielle, manque de temps et d'attention, biais cognitifs) et les jeux de pouvoir d'acteurs influents (Chanut et al., 2011; Pineault, 2020; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). Par conséquent, les décideurs optent la plupart du temps pour des solutions près du statu quo qui génèrent des changements marginaux (Lindblom, 1959). Devant l'impossibilité de prendre une décision purement rationnelle, le recours à l'éthique se révèle d'intérêt afin d'ouvrir la réflexion sur le « comment faire pour bien faire? », c'est-à-dire un dialogue sur les repères axiologiques que nous souhaitons nous donner pour parvenir à une bonne prise de décision dans les circonstances (Doucet, 2008). Une telle décision d'ordre éthique nécessite en premier lieu de prendre conscience de la situation dans toute sa complexité. À cette fin, trois enjeux seront explorés en vue d'offrir un cadre de réflexion et guider une prise de décision consciencieuse pour le renouvellement des orientations ministérielles reliées aux MC en première ligne²⁰ : 1) la définition et la délimitation de « maladies chroniques », 2) l'incertitude scientifique et la responsabilité politique, et 3) l'allocation des ressources et la justice sociale.

Les enjeux éthiques

Définition et délimitation de « maladies chroniques »

Conformément aux pratiques reconnues dans l'élaboration des PP, la définition de la problématique sociopolitique et des bénéficiaires finaux (ou la population cible) constitue une étape préalable fondamentale pour bien circonscrire la réponse collective. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les MC à partir des quatre critères suivants : 1) une progression lente, 2) une durée de trois mois et plus, 3) sans rémission spontanée, et 4) généralement non transmissibles (Chanut et al., 2011; Pineault, 2020; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). Les systèmes de surveillance des MC du Canada et du Québec répertorient respectivement au moins 20 et 25 diagnostics. Pour sa part, le Cadre de référence incluait 12 MC²¹ : dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle, cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaque, angine, arthrite, arthrose, ostéoporose, asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique (Dubé et al., 2012). Depuis cette publication en 2012, d'autres besoins liés aux MC ont émergé, dont par exemple les problèmes liés aux poids, les troubles musculosquelettiques, la douleur chronique et les troubles neurocognitifs. Ces constats font ressortir un enjeu épistémologique lié à la définition même de MC, ce qui est la cause d'une absence de consensus sur les critères d'accès aux services. Les services en MC se sont ainsi développés à géométrie très variable entre les établissements selon l'interprétation de la définition des MC et les besoins locaux captés, contribuant à des défis en matière **d'égalité** d'accès à

²⁰ Prenant fait de la rareté actuelle de la littérature sur les considérations éthiques de la prise en charge systémique des MC, il est apparu opportun, à travers l'exploration des trois enjeux éthiques choisis pour l'analyse, de mettre en évidence les différentes valeurs exprimées par l'emploi d'une mise en forme de caractère gras. Cette stratégie vise à rendre davantage explicite la dimension éthique sous-jacente à plusieurs dilemmes décisionnels qui se posent pour les décideurs publics et à faciliter le recours aux valeurs pour guider les choix difficiles en matière d'élaboration d'une PP en MC dans le cadre d'une éventuelle délibération éthique.

²¹ La prévention, les cancers et les troubles mentaux sont explicitement exclus de la portée du Cadre de référence puisque ceux-ci font l'objet d'autres plans d'action ministériels.

travers le Québec.

Les MC incluses dans le Cadre de référence témoignent de l'exercice d'un raisonnement éthique dit « utilitariste », mais n'étant cependant pas reconnu explicitement tel quel. En effet, les MC choisies sont les plus prévalentes et partagent un tronc commun d'intervention clinique (habitudes de vie), ce qui permet avec un minimum d'efforts de produire des résultats pour le plus grand nombre. Dans le cadre des nouvelles orientations, un élargissement des critères d'accès aux services pour répondre aux besoins grandissants de la population peut néanmoins soulever des préoccupations quant à la capacité du système à y répondre (**pérennité**). L'exercice de définition de la population cible questionne ainsi en vertu de quoi les inclus sont plus méritoires que les exclus, alors que tous pourraient a priori répondre au concept de MC.

Des soins organisés par maladie confèrent certainement des avantages, tels que le développement des compétences et des standards de soins selon les meilleures expertises (**efficacité**), en plus d'apporter de la prévisibilité et de la **simplicité** pour la planification et la prestation des services. Or, le fait d'avoir des critères d'accès orientés sur des maladies (conception scientifique) entre en tension avec une vision pragmatique et humaniste centrée sur la personne (approche globale) (Méthot, 2022). Cette tension s'inscrit exactement dans le débat classique en épistémologie entre une posture réductionniste et une posture holiste (Buzzoni et al., 2022). Dans le cas actuel, l'utilisation de diagnostics particuliers pour établir des critères d'inclusion/exclusion pour l'accès aux soins tend à rationaliser le fardeau systémique des MC en fonction de la somme de ses composantes considérées plus élémentaires (réductionnisme). Alors qu'il est également défendable philosophiquement d'y voir la nécessité d'aborder les MC comme un phénomène complexe et irréductible, nécessitant une approche d'ensemble qui transcende la seule mathématique de la prévalence des diagnostics (holisme). De surcroît, les données épidémiologiques révèlent qu'il est plus fréquent d'avoir deux MC et plus (multimorbidité) que d'en avoir une seule (Fortin & Stewart, 2021; Skou et al., 2022). Pour les personnes vivant avec de la multimorbidité, une approche de soins par maladie peut même occasionner plus de méfaits que de bienfaits (p. ex. défis d'application liés aux multiples objectifs thérapeutiques, polypharmacie, nombreuses visites médicales associées à un manque de planification et de coordination, contradictions entre les recommandations des lignes directrices) (**bienfaisance**) (NICE, 2016). Ainsi, pour mieux répondre aux besoins de la majorité (c.-à-dire : multimorbidité), les chercheurs recommandent fortement une évolution des pratiques et des modèles d'organisation au profit de soins mieux intégrés et coordonnés, orientés sur les besoins, les valeurs et les priorités de la personne (**humanisme**) plutôt que sur la maladie (Fortin & Stewart, 2021; Hudon et al., 2018; Khan et al., 2017). À titre d'exemples, le modèle de soins par étapes et les autosoins font partie des stratégies organisationnelles orientées sur les besoins (**pertinence**) et démontrées **efficaces** (Khan et al., 2017; Straten et al., 2015). Selon ces stratégies, l'évaluation clinique est une étape cruciale pour apprécier la situation et la personne dans sa globalité alors que le choix du traitement, selon les priorités définies conjointement, mobilise les meilleures pratiques par maladie. En bref, la définition et la délimitation de « maladies chroniques » à l'intérieur d'une PP amènent à repenser les pratiques et les modes d'organisation pour s'adapter à la réalité contemporaine des MC et aux données de la science.

Incertitude scientifique et responsabilité politique

L'élaboration de PP fondées sur les meilleures données possibles fait partie des attentes de la population et de la communauté scientifique (Bernier & Pelletier, 2022). Le courant *evidence-based policy* soutient cette idée appuyant l'intégration plus systématique des données de la recherche scientifique dans les PP (Bernier & Pelletier, 2022; Gray, 1997). Cette approche, inspirée des principes de *Evidence-based medicine*, pose un regard d'ensemble sur les données probantes et propose une hiérarchisation des preuves et des savoirs, valorisant entre autres les revues systématiques et les méta-analyses d'études

contrôlées randomisées (choix épistémologique) (Bernier & Pelletier, 2022). À titre d'exemple, l'adoption de saines habitudes de vie est le traitement de première intention recommandé par les lignes directrices de pratique clinique reliées aux MC, en plus d'être ardemment encouragée par les organismes promouvant la santé durable (**pérennité**) (Agence de la santé publique du Canada, 2001; OMS, 2022). Plusieurs recommandations relatives à l'alimentation, la consommation d'alcool, la cessation tabagique et l'activité physique présentent des niveaux élevés de preuve [niveau A ou B] (Anderson et al., 2016; Ivers et al., 2019; Nerenberg et al., 2018). Cependant, en contexte réel, l'évaluation de l'efficacité des interventions multi composantes ou des programmes de gestion des MC valorisant les saines habitudes de vie montrent des effets modestes sur l'amélioration des résultats de santé (**efficacité**) (Longhini et al., 2022; Reynolds et al., 2018; Smith et al., 2016). Enfin, bien que le *Modèle élargi de soins pour les MC* soit largement reconnu, aucune évaluation systémique, c'est-à-dire incluant l'ensemble des composantes du modèle, n'a été réalisée pour démontrer son **efficacité** (Oprea et al., 2010; Reynolds et al., 2018). Ces études présentent plusieurs limites et sources d'incertitudes scientifiques pour les concepteurs de PP qui tentent d'intégrer ces connaissances à un système (p. ex. caractéristiques de la clientèle, formation des professionnels, intensité des services, modalités de prestation). L'incertitude scientifique caractéristique au domaine des MC et aux systèmes en général présente ainsi un dilemme éthique pour les décideurs qui ont une **responsabilité** morale de faire bon usage des fonds publics et qui cherchent les options les plus avantageuses pour atteindre des objectifs de santé importants pour la population (**efficience**).

Le domaine des MC, tout comme le processus de formulation et de mise en œuvre d'une PP, sont des phénomènes complexes (Cairney, 2012; Gilman, 2021). Dans un contexte de complexité, la définition exacte des mécanismes causaux et l'obtention d'un haut degré de certitudes scientifiques ne sont pas réalistes (longues chaînes causales, interactions multiples et incertitude épistémique) (Bernier & Pelletier, 2022; Weinstock, 2018). De ce fait, les politiques sur des problématiques sociales, s'appuyant tout au mieux sur des probabilités, représentent une prise de risque pour les décideurs publics (**responsabilité**) (Weinstock, 2018). Ces politiques peuvent ainsi être adoptées, non pas pour leurs effets démontrés sur la santé (efficacité), mais pour leur bien intrinsèque pouvant influencer la qualité de vie des gens sur plusieurs autres plans (**justice sociale**) (Weinstock, 2018). Autrement dit, une politique qui cible les causes d'un problème (déterminants sociaux, habitudes de vie) peut représenter, pour un décideur, un moyen de rencontrer ses obligations morales et une manière d'agir de façon plus durable que ne le font les soins de santé (**pérennité**) (Weinstock, 2018). Afin d'éclairer les décideurs sur ces enjeux complexes empreints d'incertitudes scientifiques, les recherches qualitatives décrivant le contexte et les problématiques sociopolitiques sont d'une grande importance (Bernier & Pelletier, 2022). « D'un point de vue méthodologique, l'importance doit être mise sur les différents acteurs, leurs intérêts divergents, la nature des interactions et leur moteur d'action » (Boutin-Ganache & Cleret de Langavant, 2013). La co-conception de politiques, valorisant autant les savoirs expérientiels (citoyens, usagers, experts) que les données probantes, est également mise de l'avant comme piste de solution pour dénouer les enjeux systémiques (**collaboration**) (Bernier & Pelletier, 2022; Boutin-Ganache & Cleret de Langavant, 2013; K. Sørensen et al., 2012). Dans cette perspective, les méthodes de délibération, à plusieurs niveaux stratégiques de gouvernance, est un moyen à privilégier pour mettre en relation les savoirs, les valeurs et les intérêts des différents acteurs, en soutien aux décideurs publics qui détiennent la **responsabilité politique** du processus et des choix pour la conception des politiques (Bernier & Pelletier, 2022; Degeling et al., 2015).

Allocation des ressources et justice sociale

La gouvernance et la pérennité d'un système de santé public doivent relever le défi d'une distribution impartiale et juste des ressources disponibles (Denis & Shoghin, 2023; Roy et al., 2012). Dans une société libérale comme la nôtre, tous les citoyens se voient accorder les mêmes droits et libertés et sont en ce

sens égaux en matière de droit à la santé (**égalité**) (Filiatrault et al., 2015). L'égalité de droit ne peut cependant pas se traduire en une égalité d'allocation des ressources de santé. En effet, le caractère imprévisible relié au contexte de vie et à la maladie fait en sorte que les besoins varient énormément entre les individus, certains subissant même de grandes infortunes en matière de santé (**équité**), exigeant ainsi des réponses ajustées et différenciées (**justice distributive**). En matière de biens sociaux premiers, comme la santé, l'État ne peut raisonnablement pas s'engager en une égalité de résultats, mais doit s'engager à mettre en place des mesures afin de favoriser l'égalité des chances pour les citoyens (Filiatrault et al., 2015; Weinstock, 2018). Sous l'angle de la santé, l'égalité des chances se traduit par une considération égale des besoins pour l'accès et la prestation des soins et services de santé – non limitée par le lieu géographique, l'origine ethnique, le sexe ou la situation financière, par exemple – ainsi que par des traitements différenciés pour des individus ou des groupes désavantagés (Filiatrault et al., 2015). Au Québec comme ailleurs, il existe cependant des écarts de santé considérables au sein de la population (inégalités sociales de santé), notamment entre les infortunés et les mieux nantis (INSPQ, 2024). Les personnes vivant dans des conditions socio-économiques précaires courent un plus grand risque de développer des MC physiques et mentales et d'avoir des besoins complexes (Grembowski et al., 2014; Kivimäki et al., 2007). Or, la Loi de Marmot démontre que, plus les besoins individuels sont complexes, moins le système est en mesure d'y répondre, ce qui crée un cercle vicieux amplifiant les inégalités sociales de santé et générant des besoins grandissants en santé (**efficience**) (Marmot, 2018). En somme, le développement d'une PP en matière de MC questionne comment le contenu de ladite politique peut s'inscrire comme un outil visant à atténuer certaines inégalités sociales de santé.

La logique sous-jacente au principe de **justice distributive** se réfléchit plutôt aisément lorsque le concept de « besoin de santé » est circonscrit à l'actualisation de maladies et de souffrances : plus le mal est grand, plus l'inégalité d'allocation de ressources se révèle justifiée. Or, qu'en est-il lorsque le concept de « besoin de santé » se retrouve élargi aux causes profondes (p.ex. déterminants sociaux de la santé) qui peuvent précéder et précipiter l'occurrence et l'aggravation de MC? La portée des éléments causaux impliqués ainsi que la nature des interventions semblent alors largement dépasser le strict cadre de la prestation de services de santé. Dans cette perspective, la **justice sociale** conçoit l'importance des rapports harmonieux entre les personnes d'une société, et recherche les moyens et les conditions pour agir collectivement sur des facteurs hors du contrôle d'un individu seul afin de réduire les inégalités (Filiatrault et al., 2015). La **solidarité**, qui sous-tend le principe de justice sociale, vise donc l'accord entre les libertés individuelles et le bien-être collectif ainsi que l'engagement des personnes au profit de l'ensemble (Filiatrault et al., 2015). À cet effet, le *Modèle élargi de soins pour les MC* fait bien ressortir l'importance des interactions continues et fructueuses entre la communauté et les personnes vivant avec des MC pour améliorer les résultats (Nuño et al., 2012). La prescription sociale est d'ailleurs une stratégie formelle pouvant être utilisée par les prestataires de soins pour aborder les déterminants sociaux de la santé, en encourageant les personnes à tisser des liens avec leur communauté selon leurs intérêts et leurs forces (**participation**) (Nowak & Mulligan, 2021). Le développement des communautés démontre donc un grand potentiel d'agir sur les causes profondes de la maladie pour réduire les besoins de santé et accroître le mieux-être individuel et collectif.

Le développement d'une telle PP valorisant l'**équité** et la **justice sociale** s'inscrit dans un changement de paradigme nécessitant le renforcement de la santé publique et de la première ligne (vs. approche hospitalo-centrique). Pour les politiciens, les investissements dans ces domaines sont plutôt associés à des résultats diffus à long terme qui sont peu soutenus par l'opinion publique et donc, non payants politiquement (Geneau et al., 2010; Jacques & Noël, 2022), contribuant aux enjeux d'**équité** entre soins aigus et soins chroniques. Afin d'accroître la priorité politique et les investissements pour la prévention des MC (**justice distributive**), trois stratégies sont proposées: 1) la reformulation de la problématique sociopolitique afin de

justifier l'action collective, en mettant l'accent sur les causes sociales des MC (pauvreté et déterminants sociaux) plutôt qu'individuelles (choix liés aux habitudes de vie) (**solidarité**); 2) l'identification et la création d'opportunités politiques (p.ex. politique gouvernementale de prévention en santé du MSSS, plan stratégique pour la santé durable de l'OMS) (**efficience**) ; 3) la création d'une coalition avec des co-bénéficiaires (causes interreliées : changement climatique, santé maternelle et infantile) visant à mobiliser les ressources et à les redistribuer équitablement sur la base des taux de mortalité (qui reflètent les inégalités sociales de santé) (**coopération**) (Geneau et al., 2010). La construction d'un capital politique en appui à la problématique des MC est donc une avenue à envisager pour réduire les iniquités.

L'actualisation du principe d'équité au sein de l'administration publique, au-delà du choix des critères pour répartir les charges et les avantages au sein d'une population, présente certains défis. Plusieurs instances prennent des décisions autonomes et indépendantes concernant l'allocation de ressources en fonction de priorités différentes, et ce, à tous les niveaux du système québécois (micro, méso, macro), par le gouvernement fédéral et par des partenaires externes. Or, la distribution équitable des ressources nécessite une approche globale du système impliquant des changements structurels formels et informels (van Roode et al., 2020). Pour garder une vision d'ensemble cohérente et exercer une influence constante sur la prise de décision, l'**équité** et la **justice sociale** doivent être explicitement nommées dans un système de valeurs, inscrites dans les documents stratégiques et appuyées par des mécanismes de régulation et d'évaluation promouvant une culture de **responsabilité** (*accountability*) et d'**impartialité**. Au Québec, l'équité est au fondement de certaines lois, mais ne fait pas partie explicitement du Plan stratégique MSSS 2023-2027.

Pour pallier aux défis d'actualisation, la **participation** active et authentique de l'ensemble des acteurs concernés, par divers processus démocratiques et ouverts, peut faire partie de la solution (**justice procédurale**) (Filiatrault et al., 2015). Les forums citoyens, la recherche participative et les approches de cocréation des PP s'inscrivent dans cette lignée (Abelson et al., 2011; Charlebois et al., 2014; E. Sørensen, 2014). La valorisation des savoirs expérientiels (**justice épistémique**) des personnes vivant avec la maladie, des équipes de soins impliquées et de la communauté peut aider à mieux comprendre la situation, à identifier des moyens concrets applicables ainsi que des résultats qui ont de la valeur. En somme, même si on ne peut garantir les résultats en matière d'équité, un processus décisionnel inclusif concède une grande légitimité aux décisions qui en ressortiront, tout en ayant le potentiel de générer des changements sociaux dus à l'implication et à la mobilisation des acteurs concernés.

Regard croisé sur les trois enjeux

Les trois enjeux éthiques abordés dans notre analyse peuvent être interprétés collectivement à travers la conception de l'éthique politique proposée par Max Weber. Ce dernier désigne deux grands modes de rationalité éthique, distincts mais toutefois complémentaires : l'éthique de responsabilité et l'éthique de conviction (Hottois, 1996). Le développement d'une PP se justifie essentiellement en fonction des résultats qu'elle cherche à obtenir. Elle engage ainsi la **responsabilité** des décideurs, qui sont imputables quant à l'**efficacité** et la réussite de ladite politique. Or, tel qu'approfondi précédemment, le contexte des MC révèle plusieurs zones d'incertitudes (épistémologiques, scientifiques, politiques) qui rendent difficile l'adéquation au mode de rationalité typique de l'homme politique, soit l'éthique de responsabilité. À la lumière de cette seule perspective, le développement d'une PP en MC semble ainsi un exercice plutôt hasardeux et irresponsable, dû au risque d'échec. Ce serait alors négliger la juste place que peut occuper l'autre rationalité éthique qu'évoque Weber, soit l'éthique de conviction. Celle-ci permet de justifier comment le développement d'une PP trouverait également une partie de sa raison d'être dans le respect des valeurs

dont elle se dote par des processus démocratiques et ouverts (**participation**), indépendamment de l'atteinte de certaines finalités. La délibération éthique avec des acteurs pluridisciplinaires et des personnes influentes de tous les niveaux de gouverne se présente ainsi comme l'un des moyens à privilégier pour identifier des valeurs communes et coconstruire du sens (Degeling et al., 2015; K. Sørensen et al., 2012). Le rôle des décideurs se révèle alors non pas comme celui traditionnellement établi d'une autorité morale sur la détermination de la PP, mais bien plutôt comme celui de conciliateur ou de médiateur éthique entre les acteurs concernés par une PP (**collaboration**). Finalement, l'identification de valeurs fondamentales communes montre un réel potentiel d'appuyer un changement de culture (intégration normative) et d'agir comme un catalyseur pour transformer la gouvernance des systèmes et faciliter l'intégration des soins à tous les niveaux (micro, méso, macro) (Denis & Shoghin, 2023; Valentijn et al., 2015).

CONCLUSION

L'objectif de cet article était d'approfondir certaines considérations éthiques reliées à la formulation d'une PP pour la prévention et la gestion des MC en première ligne au Québec. La première section a fait ressortir le caractère inévitable des dilemmes liés à la prise de décision publique considérant les nombreux repères juridiques (droits et devoirs) et l'implication d'acteurs pluridisciplinaires ayant des points de vue différents (enjeux et solutions). La deuxième section a permis d'approfondir trois enjeux éthiques pour éclairer la prise de décision dans le domaine des MC. Le premier concerne la définition et la délimitation de « maladies chroniques » (enjeu épistémologique). Au-delà des critères d'accès aux services liés à cette définition, une réflexion s'impose sur une adaptation possible des pratiques et des modèles d'organisation misant sur la personne dans sa globalité et ses besoins (vs la maladie), et ce, pour mieux s'accorder à la réalité contemporaine des MC (multimorbidité). Le deuxième enjeu éthique met en relation l'incertitude scientifique et la responsabilité politique (enjeu scientifique). La complexité de notre système et de l'environnement politico-administratif souligne l'importance d'une diversité de méthodes de recherche et de savoirs pour mieux comprendre le contexte systémique, les acteurs et les leviers d'action en soutien à la prise de décision publique. Le troisième enjeu éthique a trait à l'allocation des ressources et à la justice sociale (enjeu politique). Afin d'agir sur les causes profondes des MC et de réduire les inégalités sociales de santé, les décideurs sont soumis à des choix stratégiques moralement difficiles pour effectuer une distribution juste et impartiale des ressources. Le développement des communautés et la participation démocratique des acteurs concernés, appuyés par le capital politique et une culture d'imputabilité, font partie des clés pour améliorer l'équité en santé. Enfin, au-delà des résultats visés par une PP, la manière même de la développer et de définir ses objectifs, notamment par une démarche de cocréation mobilisant les acteurs concernés, se révèle digne de considération pour atteindre le meilleur intérêt collectif. Dans ce contexte, le rôle des décideurs est appelé à évoluer vers celui de médiateur éthique, soit de facilitateur au processus de choix de valeurs communes qui serviront de guide et d'inspiration pour la prise de décision et l'action collective. Cette approche semble une avenue à considérer sérieusement pour relever l'immense défi posé par la formulation d'une PP en MC.

Références

- Abelson, J., Martin, É., & Gauvin, F.-P. (2011). *Le Forum de consultation : Retour sur trois années d'évaluation*. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.
- Adan, M., Gillies, C., Tyrer, F., & Khunti, K. (2020). The multimorbidity epidemic : Challenges for real-world research. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e6. <https://doi.org/10.1017/S146342361900094X>
- Agence de la santé publique du Canada. (2001, novembre 25). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé* [Agence de la santé publique du Canada]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Alyousef, M., Naughton, C., Bradley, C., & Savage, E. (2022). Primary healthcare reform for chronic conditions in countries with high or very high human development index : A systematic review. *Chronic illness*, 18(3), 469-487. <https://doi.org/10.1177/17423953211059143>
- Anderson, T. J., Grégoire, J., & Pearson, G. J. (2016). Lignes directrices de la société canadienne de cardiologie pour la dyslipidémie. *Société canadienne de cardiologie*.
- Bernier, N., & Pelletier, G. (2022). *L'utilisation de l'information scientifique par les décideurs publics au sein d'une société démocratique : Enjeux éthiques* (p. 83). Commission de l'éthique en science et en technologie, Gouvernement du Québec. <https://www.ethique.gouv.qc.ca/media/qd4nokgp/utilisation-de-l-information-scientifique.pdf>
- Bodkin, A. (2022). *Huit étapes pour l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé*. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario).
- Boutin-Ganache, I., & Cleret de Langavant, G. (2013). Médicaments anticancéreux : Décisions individuelles et choix de société. In Y. Farmer, M.-È. Bouthillier, & D. Roigt (Éds.), *La prise de décision en éthique clinique : Perspectives micro, méso et macro* (p. 141-166). Les Presses de l'Université du Québec.
- Buzzoni, M., Tesio, L., & Stuart, M. T. (2022). Holism and Reductionism in the Illness/Disease Debate. In S. Wuppuluri & I. Stewart (Éds.), *From Electrons to Elephants and Elections : Exploring the Role of Content and Context* (p. 743-778). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-92192-7_39
- Cairney, P. (2012). Complexity Theory in Political Science and Public Policy. *Political Studies Review*, 10(3), 346-358. <https://doi.org/10.1111/j.1478-9302.2012.00270.x>
- Chanut, V., Guibert, N., & Rojot, J. (2011). La rationalité limitée en gestion : État des lieux et perspectives. *Management & Avenir*, 48(8), 94-96. <https://doi.org/10.3917/mav.048.0094>
- Charlebois, K., Loignon, C., Boudreault-Fournier, A., Dupéré, S., & Grabovschi, C. (2014). L'implication des personnes vulnérables dans la recherche participative en soins primaires : Une revue de la littérature. *Global Health Promotion*, 21(3), 38-45. <https://doi.org/10.1177/1757975913517123>
- Consortium InterS4. (2022). *Sommaire des propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques : Oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère du numérique*. (p. 42). Consortium InterS4. [consortiuminters4.uqar.ca](https://www.consortiuminters4.uqar.ca)
- CSBE. (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et services sociaux : Adopter une approche intégrée de gestion des maladies chroniques : Recommandations, enjeux et implications*. Le commissaire à la santé et au bien-être, le gouvernement du Québec.
- Degeling, C. J., Carter, S. M., & Rychetnik, L. (2015). Which public and why deliberate ? - A scoping review of public deliberation in public health and health policy research. *Social Science and Medicine*, 131, 114-121.
- Denis, J.-L., & Shoghin, T. (2023). *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : Analyse de la littérature* (p. 39) [Rapport de recherche]. Commissaire à la santé et au bien-être.
- Doucet, H. (2008). *Soigner en centre d'hébergement : Repères éthiques* (Les Éditions Fides).
- Dubé, F., Noreau, É., Landry, G., Dolley, G., Émond, V., Fortin, D., Kroon, C., Pakenham, C., Ruel, G., Carrier, G., & Thibodeau, J. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne* (p. 23). gouvernement du Québec.
- Duguay, C., Gallagher, F., & Fortin, M. (2014). The experience of adults with multimorbidity : A qualitative study. *Journal of comorbidity*, 4(1), 11-21. <https://doi.org/10.15256/joc.2014.4.31>
- Dye, T. R. (1978). *Understanding Public Policy*.
- Filiatrault, F., Désy, M., & Leclerc, B. (2015). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2010>
- Fortin, M., & Stewart, M. (2021). Mise en œuvre de soins intégrés centrés sur le patient pour des problèmes chroniques multiples. *Canadian Family Physician*, 67(4), 242-245. <https://doi.org/10.46747/cfp.6704242>

- Geneau, R., Stuckler, D., Stachenko, S., McKee, M., Ebrahim, S., Basu, S., Chockalingham, A., Mwatsama, M., Jamal, R., Alwan, A., & Beaglehole, R. (2010). Raising the priority of preventing chronic diseases : A political process. *The Lancet*, 376(9753), 1689-1698. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61414-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61414-6)
- Gibson, J. L., & Upshur, R. E. G. (2012). Ethics and chronic disease : Where are the bioethicists? *Bioethics*, 26(5). <https://doi.org/10.1111/J.1467-8519.2012.01974.X>
- Gilman, P. R. (2021). Complex Adaptive Systems : A Framework for an Integrated Chronic Care Model. *Advances in Nursing Science*, 44(4), 330. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000380>
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Systèmes compliqués et complexes : En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie?* (Étude no 8). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Gray, J. A. M. (1997). Evidence-based public health – what level of competence is required? *Journal of Public Health*, 19(1), 65-68. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024591>
- Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K. E., Fischer, H., Moore, S. L., Tai-Seale, M., Ricciardi, R., Fraser, J. R., Miller, D., LeRoy, L., & Network, on behalf of the A. M. R. (2014). A Conceptual Model of the Role of Complexity in the Care of Patients With Multiple Chronic Conditions. *Medical Care*, 52, S7. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000045>
- Hottois, G. (1996). Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction. *Laval théologique et philosophique*, 52(2), 489-498. <https://doi.org/10.7202/401006ar>
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., Lambert, M., Hudon, É., Diadiou, F., & Bouliane, D. (2018). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services : A Mixed Methods Study. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 232-239. <https://doi.org/10.1370/AFM.2233>
- INSPQ. (2024). *Suivre les inégalités sociales de santé au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/santescopesuivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec>
- Ivers, N. M., Jiang, M., Alloo, J., Singer, A., Ngui, D., Casey, C. G., & Yu, C. H. (2019). Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada. *Canadian Family Physician*, 65(1), e8-e18.
- Jacques, O., & Noël, A. (2022). *The politics of public health investments*. *Social Science & Medicine*, 309, 115272. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115272>
- Kendzierska, T., Zhu, D. T., Gershon, A. S., Edwards, J. D., Peixoto, C., Robillard, R., & Kendall, C. E. (2021). The Effects of the Health System Response to the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Management : A Narrative Review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 575-584. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S293471>
- Khan, A. I., Arthurs, E., Gradin, S., MacKinnon, M., Sussman, J., & Kukreti, V. (2017). Integrated Care Planning for Cancer Patients : A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 17(6), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.2543>
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Virtanen, M., Elovainio, M., & Hemingway, H. (2007). Increased sickness absence in diabetic employees : What is the role of co-morbid conditions? *Diabetic Medicine*, 24(9), 1043-1048. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2007.02216.x>
- Legault, G. A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique* (Vol. 8). PUQ.
- Longhini, J., Canzan, F., Mezzalana, E., Saiani, L., & Ambrosi, E. (2022). Organisational models in primary health care to manage chronic conditions : A scoping review. *Health & social care in the community*, 30(3), e565-e588. <https://doi.org/10.1111/HSC.13611>
- Mendis, S., & Fuster, V. (2009). National policies and strategies for noncommunicable diseases. *Nature Reviews Cardiology*, 6(11), 723-727. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2009.171>
- MSSS. (2022). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* (p. 79). Medical Research Council. <https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-changements-sante>
- Nerenberg, K. A., Zarnke, K. B., Leung, A. A., Dasgupta, K., Butalia, S., McBrien, K., Harris, K. C., Nakhla, M., Cloutier, L., Gelfer, M., Lamarre-Cliche, M., Milot, A., Bolli, P., Tremblay, G., McLean, D., Padwal, R. S., Tran, K. C., Grover, S., Rabkin, S. W., ... Daskalopoulou, S. S. (2018). Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(5), 506-525. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.022>
- NICE. (2016). *Multimorbidity : Clinical assessment and management NICE guideline*. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/guidance/ng56
- Nowak, D. A., & Mulligan, K. (2021). Social prescribing : A call to action. *Canadian Family Physician*, 67(2), 88-91. <https://doi.org/10.46747/cfp.670288>
- Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions : The contribution of the ICCF Framework. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 105(1), 55-64. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2011.10.006>

- OMS. (2022). *Maladies non transmissibles*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Oprea, L., Braunack-Mayer, A., Rogers, W. A., & Stocks, N. (2010). An ethical justification for the Chronic Care Model (CCM). *Health Expectations*, 13(1), 55-64. <https://doi.org/10.1111/J.1369-7625.2009.00581.X>
- Pineault, R. (2020). La détermination des priorités. In *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies* (p. 235-294). Les Éditions JFD inc.
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice* 2018 19:1, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/S12875-017-0692-3>
- Roy, D. A., Litvak, E., & Paccaud, F. (2012). *Des réseaux responsables de leur population*. Le point en administration en santé et services sociaux.
- Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy change and learning : An advocacy coalition approach*. Westview Press.
- Santé Canada. (2024, février 8). *Le syndrome post-COVID-19 au Canada : État des connaissances et cadre d'action*. Innovation, Sciences et Développement économique Canada. <https://science.gc.ca/site/science/fr/bureau-conseillere-scientifique-chef/initiatives-reponse-covid-19/syndrome-post-covid-19-canada-etat-connaissances-cadre-daction>
- Savard, J.-F. (2018). Chapitre 11. La cohérence des politiques publiques. In L. Bernier, G. Lachapelle, & S. Paquin (Éds.), *L'analyse des politiques publiques* (p. 309-335). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.6273>
- Simard, M., Dubé, M., Gaulin, M., Trépanier, P.-L., & Sirois, C. (2019). *La prévalence de la multimorbidité au Québec : Portrait pour l'année 2016-2017* (29; Surveillance des maladies chroniques). Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., Boyd, C. M., Pati, S., Mtenga, S., & Smith, S. M. (2022). Multimorbidity. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD006560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>
- Sørensen, E. (2014). Favoriser l'innovation dans l'élaboration des politiques : Un nouveau rôle pour les politiciens. *Télescope*, 19(2), 22-37. <https://doi.org/10.7202/1023838ar>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Straten, A. van, Hill, J., Richards, D. A., & Cuijpers, P. (2015). Stepped care treatment delivery for depression : A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(2), 231-246. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000701>
- Turgeon, J., & Savard, J.-F. (2012). « Politique publique ». In *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*. www.dictionnaire.enap.ca
- Valentijn, P. P., Vrijhoef, H. J. M., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R. Y., & Bruijnzeels, M. A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care : A Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0278-x>
- van Roode, T., Pauly, B. M., Marcellus, L., Strosher, H. W., Shahram, S., Dang, P., Kent, A., & MacDonald, M. (2020). Values are not enough : Qualitative study identifying critical elements for prioritization of health equity in health systems. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01276-3>
- Weinstock, D. (2018). Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. <http://journals.openedition.org/ethiquepublique>, vol. 20, n° 2. <https://doi.org/10.4000/ETHIQUEPUBLIQUE.4173>