

# LA QUESTION ÉPINEUSE DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ AU CANADA:

Le Canada devrait-il obtenir un tout supérieur  
à la somme de ses parties?

Compte rendu et commentaire à propos du Symposium national  
sur l'amélioration de la qualité — *Vers un système de santé  
à haut rendement : le rôle des conseils de la qualité au Canada*

Décembre 2013

# QUALITÉ



Health Council of Canada  
Conseil canadien de la santé

# INTRODUCTION

Les 29 et 30 octobre 2013, le Conseil canadien de la santé était l'hôte d'un Symposium national sur l'amélioration de la qualité intitulé *Vers un système de santé à haut rendement : le rôle des conseils de la qualité au Canada*. Cette rencontre a permis à 200 hauts dirigeants de tout le Canada de discuter de la mesure du rendement du système de santé et de la communication des données qui s'y rapportent, ainsi que de la nécessité de renforcer la capacité et le potentiel d'amélioration de la qualité. Le symposium a mis en valeur le travail des organismes provinciaux pour la qualité des soins de santé et la sécurité des patients dans ces domaines respectifs, et il a exploré la possibilité d'une collaboration interprovinciale plus poussée en matière d'amélioration de la qualité.



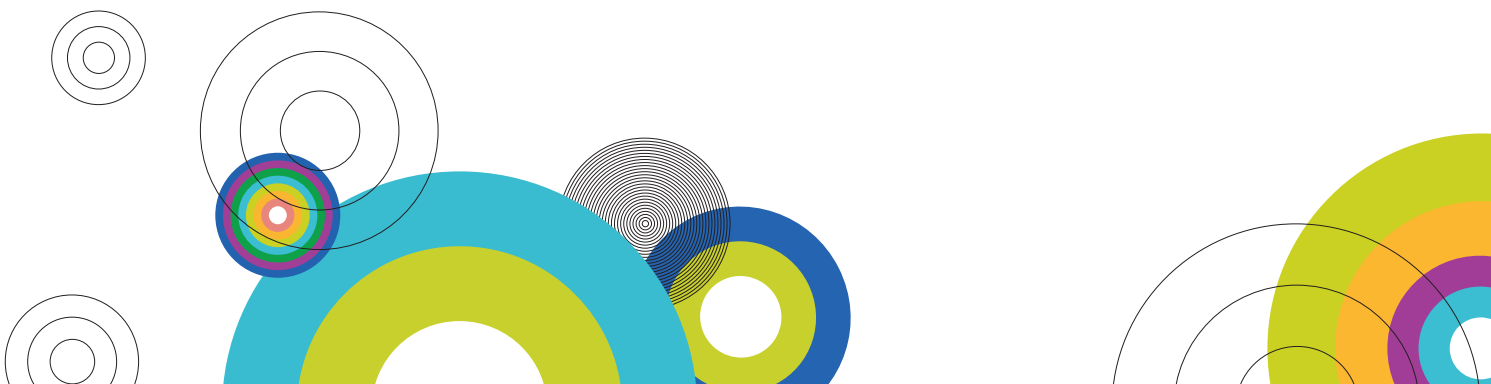


« Qualité » est devenu le mot d'ordre des systèmes de soins de santé dans l'ensemble des pays développés, et non sans raison — un système de haute qualité est plus sécuritaire pour les patients, plus efficace (et donc plus durable), et en général plus satisfaisant pour les personnes qui y travaillent. Sept provinces canadiennes ont créé des organismes pour la qualité des soins de santé ou la sécurité des patients; d'autres instances gouvernementales maintiennent ces fonctions au sein de leur ministère de la Santé. Un grand nombre d'autres organismes nationaux et provinciaux se consacrent à la promotion de la sécurité et de la qualité dans des secteurs particuliers des soins de santé.

Et cependant, le Canada ne réussit pas bien en ce qui concerne la qualité. Les comparaisons internationales qui rendent compte de la qualité des soins dispensés par les systèmes de santé, comme le *Sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires*, montrent que le Canada se laisse distancer par beaucoup d'autres nations. Par exemple, seulement 48 % des médecins de soins primaires canadiens en 2006, et 47 % en 2012, indiquaient que la plupart de leurs patients pouvaient obtenir un rendez-vous le jour même quand ils le demandaient; la France est à la première place pour cette dimension (avec 95 %). Nous sommes à nos tout débuts en matière de qualité, comme l'a dit un intervenant. Ce décalage, entre la démarche et les résultats de notre situation actuelle, était visible tout au long des deux journées du symposium.

De hauts dirigeants ont soit présenté, soit reçu des informations sur les travaux et les réussites de chaque conseil de la qualité et de chaque organisme pour la sécurité des patients. Ils ont aussi examiné les lacunes dans les activités de mesure, la production de rapports et l'amélioration globale de la qualité, lacunes qui persistent malgré 10 ans d'efforts. Et ils ont pu, au cours de l'atelier final, échanger des idées sur la manière d'y remédier.

Le Conseil canadien de la santé a publié deux rapports sur la qualité qui préparaient le terrain pour le symposium : *Mesure de la performance du système de santé et production de rapports au Canada* (mai 2012) et *Quelle voie mène à la qualité?* (mars 2013). Le coprésident, le D<sup>r</sup> Dennis Kendel, dans son discours d'ouverture, s'est servi d'un diagramme composé d'ensembles de cercles concentriques tiré de *Quelle voie mène à la qualité?* Ceux-ci illustrent le travail accompli par les sept organismes de qualité de la santé et de sécurité des patients et par les neuf organisations pancanadiennes sélectionnées, dont le Conseil canadien de la Santé. Chaque cercle a un anneau bleu représentant la « collaboration » qui indique que tous les organismes provinciaux et la plupart des organisations nationales se sont engagés à recenser les pratiques exemplaires et à faire connaître les innovations en santé. Mais malgré cela, comme le remarque le D<sup>r</sup> Kendel, il n'existe aucune instance reconnue qui ait reçu des gouvernements le mandat de diffuser et de mettre en œuvre ce que les organismes ont appris. Ceci ne concorde pas avec de bons processus d'amélioration de la qualité, tels que la mesure, la production de rapports, le recensement de pratiques exemplaires et le renforcement de la capacité d'amélioration.



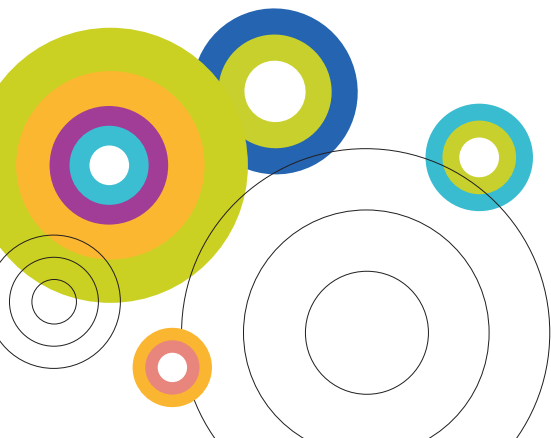


**«CHAQUE GOUVERNEMENT  
A SA PROPRE SÉRIE  
DE DIFFICULTÉS. SAVOIR  
CE QUE FONT LES UNS  
ET LES AUTRES POURRAIT  
ÊTRE UTILE À TOUS.»**

Bien sûr, les conseils de la qualité étant des organismes provinciaux, ils ont le mandat de servir leur propre population; cependant, le savoir ne peut pas s'arrêter aux frontières des provinces. « Chaque gouvernement a sa propre série de difficultés. Savoir ce que font les uns et les autres pourrait être utile à tous », a affirmé le Dr Kendel. Si les éléments des travaux du Canada sur l'amélioration de la qualité doivent finir par constituer un ensemble plus vaste, il nous faudra partager et maximaliser le travail de chaque participant.

Assurément, au cours de ces deux journées, il était frappant de voir le nombre d'expériences que les participants avaient en commun. Les présentations sur le fonctionnement de chacun des conseils de la qualité et sur la situation de l'amélioration de la qualité en Australie, de même que les discussions qui ont suivi, ont dressé un tableau plus ample des lacunes et des problèmes communs. Heureusement, dans l'intérêt de tous ceux qui étaient présents, les participants ont eu la possibilité de parler de ce que l'on peut faire, tant à l'échelle micro que macro, pour donner à l'amélioration de la qualité l'impulsion dont elle a besoin dans l'ensemble du Canada.

Ce rapport résume d'abord certains de ces problèmes, puis il se penche sur les possibilités qui s'offrent.

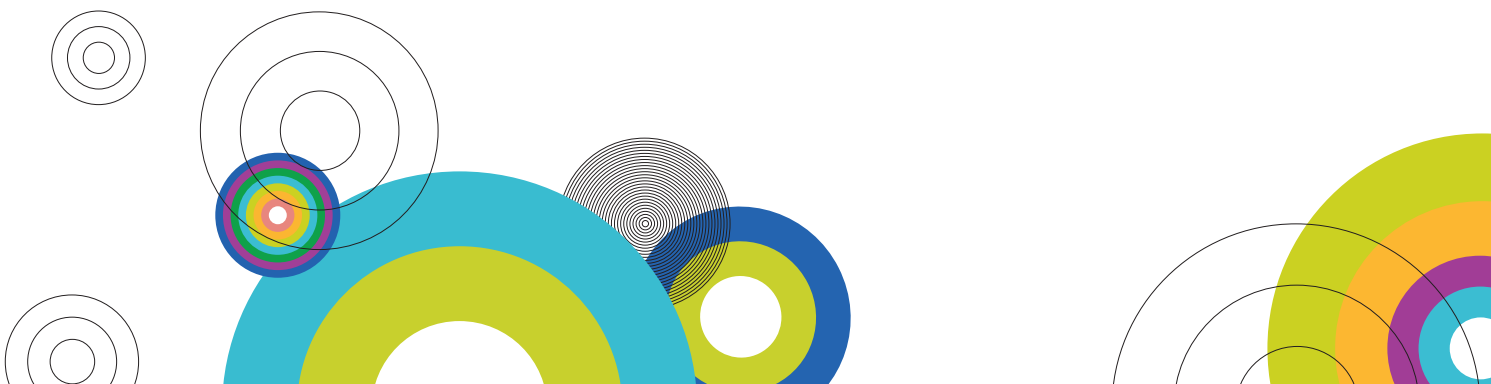


# OÙ NOUS EN SOMMES

**L'un des points sensibles soulevés au cours du symposium concerne l'incapacité générale de faire comprendre l'urgence de l'amélioration de la qualité. Alors que certaines questions — comme les listes d'attente — ont provoqué un débat national et amené des changements, la qualité, pour le moment, n'y parvient pas. Ainsi que le fait remarquer John G. Abbott, chef de la direction du Conseil canadien de la santé, dans un billet de blogue écrit à la suite du symposium, les données scientifiques montrent que la qualité est un aspect essentiel des soins de santé, mais cela ne semble pas suffisant pour capter l'attention des Canadiens, médecins compris.**

Durant un panel, les participants ont également exprimé des craintes généralisées quant à la capacité des divers systèmes, organisations et cliniciens d'améliorer la qualité des soins. Au Canada, nous avons beaucoup insisté sur la création de systèmes de mesure et de production de rapports; mais si les intervenants n'ont pas appris à utiliser l'information pour améliorer les soins, ce travail n'a pas grande valeur. Ross Baker, conférencier principal de la deuxième journée et animateur de panel de ce même jour, est partisan d'une formation sérieuse en amélioration de la qualité. « À moins d'adopter ces méthodes et de diffuser les connaissances, nous n'avons aucun espoir de réussir à réformer le système. On ne peut pas penser améliorer la performance du système en disant aux gens de faire un effort », a-t-il déclaré. Comme l'indique M. Baker certaines provinces investissent beaucoup d'énergie dans l'aspect éducatif.

Par exemple, la Saskatchewan s'est engagée à assurer que chacune des 40 000 personnes qui travaillent dans les soins de santé de la province reçoive au moins une journée de formation Kaizen. La Colombie-Britannique a créé sa *Quality Academy* en 2010, et la septième cohorte de 200 personnes s'y trouve maintenant — sachant qu'à l'avenir, une partie de leur travail consistera à conseiller et à superviser leurs collègues en matière de qualité. « Nous essayons de nous rendre superflus, en renforçant la capacité, puis en nous effaçant », explique Andrew Wray, directeur de l'enseignement et des initiatives stratégiques au Conseil de la sécurité des patients et de la qualité de la Colombie-Britannique.

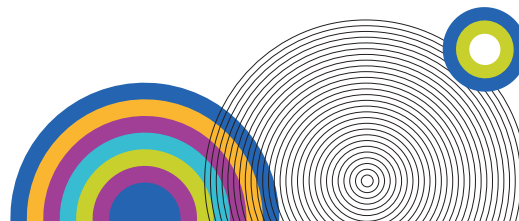




M. Baker a également abordé une autre question retentissante — l'importance du leadership. Il a trouvé dans une étude récente sur les systèmes de santé à haut rendement qu'ils avaient en commun un nombre de caractéristiques essentielles; un leadership en phase avec les objectifs en est une. Parmi les autres, on compte une conception organisationnelle qui place les patients au centre et qui met l'accent sur le travail en équipe et sur la volonté d'améliorer les capacités relativement aux connaissances, aux stratégies d'apprentissage et aux compétences.

Il est probable que ce qui est perçu comme le plus grand obstacle à l'amélioration de la qualité au Canada, ce sont les données dont nous dépendons pour orienter notre travail. Dans ce pays, les dossiers électroniques sont loin d'être en mesure de fournir des données suffisamment vite pour persuader les intervenants de première ligne que la tâche difficile de recueillir ces données est récompensée par l'amélioration des soins. On a cité un vieil adage : attendre les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour procéder à des améliorations, c'est comme se servir d'un rétroviseur pour planifier un itinéraire. Le président-directeur général de l'ICIS, John Wright, a expliqué que les données pourraient être produites plus rapidement si l'on était prêt à adopter un compromis entre qualité et rapidité. Michelle Rey, de Qualité des soins de santé Ontario, soutient qu'on ne peut pas attendre les données parfaites : « Si c'est suffisamment bon, c'est là qu'on commence. »

Mais, curieusement, l'incapacité à produire des données pertinentes à l'échelle locale a suscité encore plus d'intérêt. Diane Watson, une Canadienne, première directrice générale de la *National Health Performance Authority* de l'Australie, a soulevé cette question. Elle rapporte que l'Australie compte 60 *Medicare Local Regions*, instituées pour assurer des soins de santé primaires réactifs, coordonnés et intégrés, et qu'il existe d'importantes différences de l'une à l'autre. Les données globales, à l'échelle nationale ou des États, camouflent les points forts et faibles auxquels sont confrontées les régions; elles ne présentent pas aux professionnels de la santé des collectivités locales les informations qu'ils devraient connaître pour pouvoir cibler efficacement des interventions qui amélioreront la santé et les soins, afin de composer avec la réalité. « Si vous devez guider le changement à l'échelle locale, vous devez adapter vos informations à la situation locale », a-t-elle recommandé aux participants. Plus tard, à l'occasion d'un panel sur les perspectives des usagers relativement à la mesure et à la production de rapports, Vickie Kaminski, présidente-directrice générale d'Eastern Health à Terre-Neuve-et-Labrador, a confié qu'elle s'inquiète du fait que certains indicateurs de rendement fournissent des données de circonstance et à caractère politique (p. ex., les temps d'attente), au lieu de renseigner les patients sur la façon dont l'organisation répondra à leur exigence de : « Ne me faites pas mal; aidez-moi; faites attention à moi pendant votre intervention. »



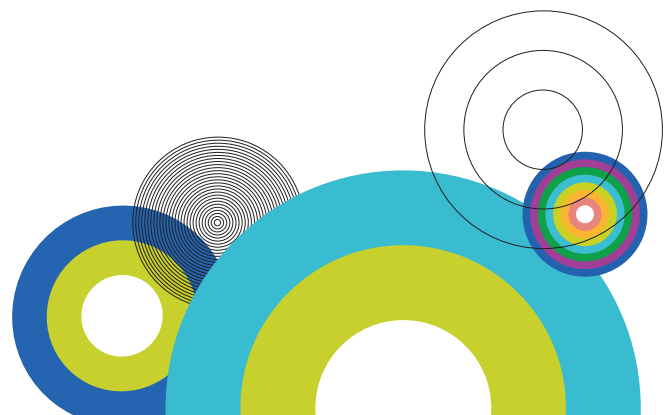
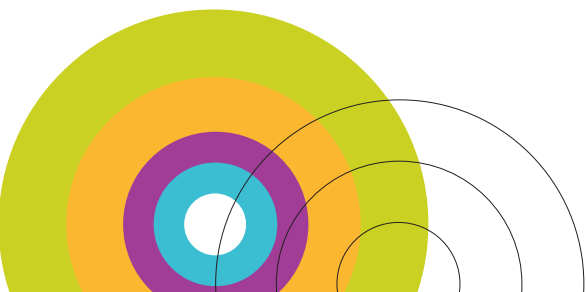
# LA DIRECTION QUE NOUS DEVRIONS PRENDRE

**C'est M<sup>me</sup> Watson qui, la première, a proposé de faire en sorte que l'amélioration de la qualité devienne plus que la somme de ses parties. De son point de vue, les organisations chargées des rapports au public et de l'amélioration de la qualité sont efficaces lorsqu'elles disposent d'un pouvoir conféré par la loi, « parce qu'alors, on peut décrire plus hardiment l'état de la qualité et l'impact, ou son absence, des activités d'amélioration ». Plus tard, elle a exhorté les dirigeants à profiter de toute leur autonomie : « Directeurs généraux! Vous n'êtes ni assez audacieux ni assez braves. Servez-vous de votre pouvoir légal pour informer le public et vos prestataires de la qualité des soins dans votre collectivité et des effets des actions d'amélioration locales. »**

D'autres intervenants ont suggéré qu'on ne laisse pas les gouvernements définir les priorités en matière de qualité. « Nous devons séparer soins de santé et politique, a martelé Markus Lahtinen, du Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta. Les soins de santé ne devraient pas réapparaître tous les deux ans dans un programme politique; ils ont besoin de stabilité... Ils n'ont pas besoin qu'on leur donne régulièrement une nouvelle priorité qui fait tomber le système dans le chaos. »

Les participants ont reconnu la nécessité d'intégrer les points de vue des patients, leurs observations et les besoins qu'ils auront eux-mêmes définis, afin de parvenir à une véritable amélioration de la qualité. C'est peut-être déjà le cas, d'une manière implicite, selon Doug Graham, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Yukon. « Le principal moteur du changement, c'est le public », a-t-il déclaré. Stéphane Robichaud, directeur

général du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, témoigne qu'au Nouveau-Brunswick, les citoyens sont mis à contribution, afin de placer les travaux dans leur contexte, et on s'oriente vers l'officialisation du rôle du public. Olivier Sossa, du bureau du Commissaire à la santé et au bien-être, a expliqué aux participants du symposium que trois groupes conseillent le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec : un panel de décideurs, un séminaire d'experts et un forum de consultation constitué de membres du public qui présentent le point de vue de la population; ils forment ensemble un organisme délibérant novateur, qui favorise un vrai dialogue entre les citoyens et les experts.





Éclairer le public est un élément central de la fonction de la plupart des conseils de la qualité, mais être éclairé par le public est une évolution plus récente, une évolution que Heather Thiessen, une représentante des patients venue de la Saskatchewan, accueille avec satisfaction. « Vous devez essayer de penser à ce que veut le patient, et non à ce que tout le monde pense que le patient veut », a-t-elle recommandé à l'auditoire du symposium.

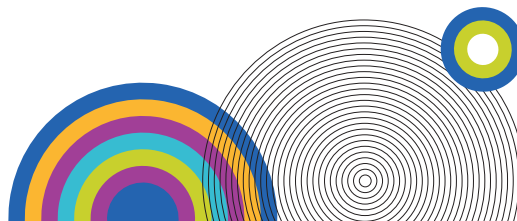
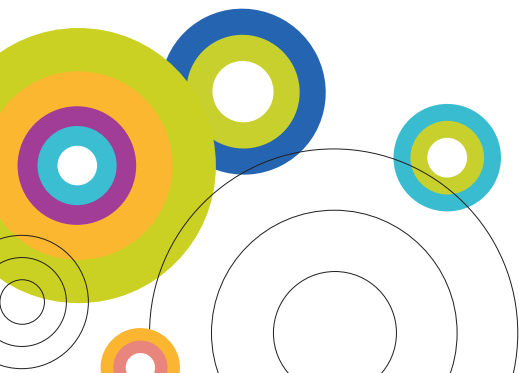
Les participants ont discuté longuement de la meilleure façon de mobiliser les médecins, en particulier, les médecins de famille qui n'ont pas souvent accès aux programmes d'amélioration de la qualité. Ils ont exprimé la nécessité d'une meilleure utilisation de la technologie, notamment l'amélioration des dossiers de santé électroniques, afin d'obtenir plus rapidement de meilleures données. Ils ont également souligné qu'il est impératif de posséder un langage commun pour aborder l'amélioration de la qualité.

L'une des actions vivement recommandées était toutefois d'établir une collaboration plus étroite entre les conseils de la qualité, afin de propager les réussites et d'éviter de perdre du temps en reproduisant les mêmes travaux et en réinventant la roue. Certaines personnes présentes ont fait remarquer que cette collaboration a déjà débuté à l'échelon provincial-territorial. En septembre, les ministres ont reçu un rapport sur la collaboration entre les conseils de la qualité, qui comprenait une définition commune du terme « qualité » ainsi que des dimensions communes. À l'étape suivante, les conseils de la qualité, l'ICIS et les ministères de la Santé se pencheront sur le problème du chaos des indicateurs. Le D<sup>r</sup> Joshua Tepper, président-directeur général de Qualité des soins de santé Ontario, considère que « cela ouvre d'énormes perspectives pour des activités pancanadiennes. Nous devons travailler en partenariat. »

Mais on a constaté des désaccords importants entre les visions des participants à propos de la forme que prendrait la collaboration continue. Certains préconisaient une collaboration passablement organisée — un conseil des conseils de la qualité, peut-être, ou au moins des réunions programmées régulièrement. « Je ne peux pas accepter que nous renoncions à une organisation nationale, a déclaré le D<sup>r</sup> Tom Noseworthy, professeur de Politiques et Gestion des services de santé à l'Université de Calgary ainsi que vice-président et responsable du secteur Santé pour le nord de l'Alberta aux Services de santé de l'Alberta. Nous ne devrions pas attendre que le gouvernement et sa législation l'inventent. » Bonnie Brossart, présidente-directrice générale du Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan, était d'avis qu'il suffirait de faire preuve de sérieux en matière de réunions et d'échanges des connaissances.

D'autres, par contre, s'opposaient vigoureusement à toute forme d'organisation officielle. Des approches pancanadiennes, a-t-on signalé, ne s'harmoniseraient peut-être pas avec les objectifs des provinces particulières. Fred Horne, ministre de la Santé de l'Alberta, a observé que si certaines questions exigent des réponses d'une portée générale, d'autres, non. « Si nous prévoyons des discussions pancanadiennes, assurons-nous que ce sera sur des sujets qui se prêtent eux-mêmes à des solutions pancanadiennes. »

De nouvelles idées ont été exprimées dans le cadre d'un atelier tenu immédiatement après le symposium, où les participants tiraient les leçons de ce qu'ils avaient écouté (voir p. 8). Mais le sentiment général semblait être que si le symposium avait bien défini les éléments qui constituent l'amélioration de la qualité, on n'avait pas encore découvert le moyen de les additionner pour en faire le tout dont les Canadiens ont besoin et qu'ils méritent.





# SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES PRÉSENTÉS À L'ATELIER POST-SYMPIOSIUM

Près de 70 délégués ont participé à l'atelier de deux heures qui faisait suite au symposium. Le débat, animé par un modérateur, gravitait autour de trois questions principales :

## 01

Compte tenu des délibérations du symposium qui précédait, qu'est-ce que les participants considèrent comme

**A / les plus grands obstacles à l'amélioration de la qualité dans leur province ou territoire; et**

**B / les meilleures possibilités de soutien à l'amélioration de la qualité?**

### OBSTACLES

La discussion des obstacles à la réalisation du programme d'amélioration de la qualité comprenait cinq thèmes principaux :

- avancer des arguments de poids en faveur de l'amélioration de la qualité;
- faire en sorte que les personnes qui dirigent les organisations de soins de santé soient vraiment l'élément moteur de l'amélioration de la qualité;
- motiver à fond les intervenants internes, en particulier les médecins;
- obtenir le point de vue des différents prestataires et des différents secteurs sur la prestation de soins de qualité;

- manquer d'informations en temps réel en raison de la mauvaise intégration des mesures à la pratique clinique et ne pas disposer de données ni de rapports valables à l'échelle locale.

### POSSIBILITÉS

Les participants à l'atelier ont également débattu des possibilités de faire progresser l'amélioration de la qualité :

- faire participer les patients de façon constructive aux initiatives touchant la qualité;
- créer un langage commun pour l'amélioration de la qualité et une approche cohérente, authentiquement canadienne, en matière de qualité;
- favoriser une participation plus complète des médecins à l'amélioration de la qualité.

## 02

Si leur ministre de la Santé leur demandait de définir trois priorités nécessaires à l'avancement de l'amélioration de la qualité, quelles seraient-elles?

### PRIORITÉS

Les priorités que nos ministres de la Santé devraient définir afin de faire progresser l'amélioration de la qualité comprennent :

- mobiliser la totalité des acteurs gouvernementaux (pas seulement les ministères de la Santé);

- investir dans la formation afin de renforcer la capacité et les compétences dans le domaine de l'amélioration de la qualité;
- concevoir et mettre en place un dossier de santé électronique;
- faire valoir les avantages de l'amélioration de la qualité.

## 03

Potentiellement, quels sont les secteurs de collaboration à l'intérieur de leur province ou territoire, ainsi que dans l'ensemble des provinces et territoires, qui leur permettraient de faire progresser leur programme d'amélioration de la qualité?

Les approches de collaboration actuelles sont-elles suffisantes, ou en faudrait-il davantage?

### COLLABORATION

Les possibilités d'approfondissement de la collaboration seraient notamment :

- une collaboration plus grande entre des personnes axées sur le partage des connaissances et prêtes à travailler de concert sur des projets convenus, d'intérêt mutuel;
- un « conseil des conseils de la qualité »;
- des forums à venir, pour échanger des connaissances et des apprentissages qui concernent l'amélioration de la qualité.

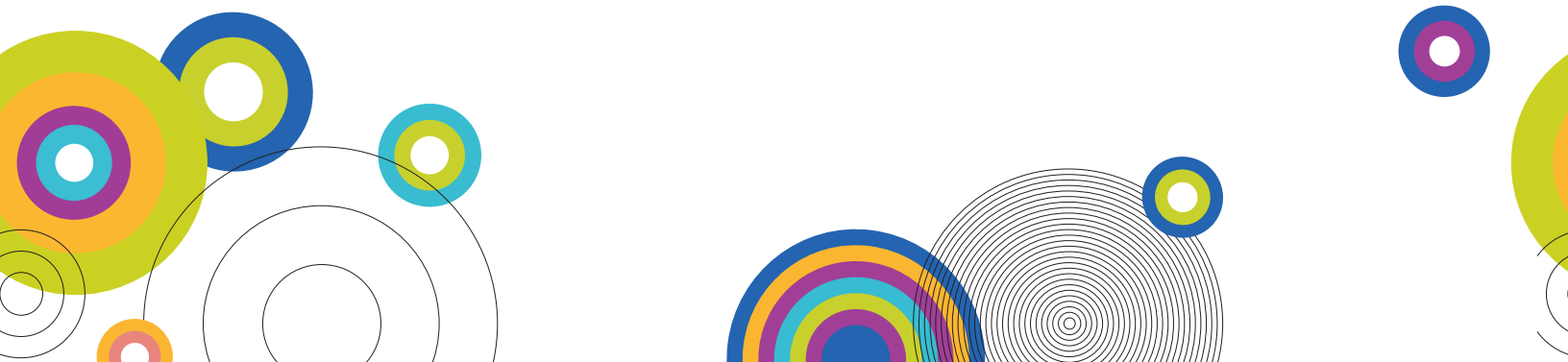
# LE BILAN

**En ce moment, nous avons une série d'initiatives d'amélioration de la qualité mises en œuvre à l'échelon provincial-territorial ainsi qu'à l'échelon institutionnel. Et nous avons des lacunes visibles. Il existe aussi une grande variation des approches, bien que ceci ne soit pas mauvais en soi, puisque chaque approche est conçue pour répondre aux besoins d'une population particulière.**

Toutefois, nous avons vu les bons résultats que peuvent donner dans ce pays des approches pancanadiennes dans des domaines tels que la sécurité des patients et l'agrément. Nous pourrions réaliser une plus profonde transformation du système et améliorer la qualité des soins si nous pouvions adopter un cadre commun d'amélioration de la qualité qui nous permettrait de tirer des enseignements les uns des autres.

Si nous attendons un besoin urgent de changement pour faire progresser davantage l'amélioration de la qualité, le gradualisme prévaudra. La littérature, ainsi que les expériences d'autres pays qui ont pris des mesures énergiques en faveur de la qualité des soins, peuvent montrer au Canada qu'il peut faire mieux, et doit faire mieux, s'il veut profiter des avantages d'un système de soins de santé hautement performant.

Enfin, par l'entremise de ses rapports et de ce symposium, le Conseil canadien de la santé a mis la question de l'amélioration de la qualité au rang des priorités nationales. Devant l'imminence de la cessation des activités du Conseil de la santé, beaucoup se demandent qui reprendra le flambeau. Le Conseil de la santé demande instamment aux gouvernements, aux prestataires de soins de santé et aux citoyens de continuer à se concentrer sur un programme d'amélioration de la qualité dans l'intérêt de tous les Canadiens, ce que l'on pourrait décrire comme *créer un tout qui est, en fait, supérieur à la somme de ses parties*.



# COMITÉ DE PLANIFICATION DU SYMPOSIUM

**Le Conseil canadien de la santé souhaite exprimer sa gratitude aux membres du comité de planification du symposium :**

**JOHN G. ABBOTT**

chef de la direction  
Conseil canadien de la santé

**BONNIE BROSSART**

présidente-directrice générale  
Conseil de la qualité en  
santé de la Saskatchewan

**D<sup>r</sup> DOUG COCHRANE**

président et agent provincial  
de la sécurité des patients  
Conseil de la sécurité des patients  
et de la qualité de la C.-B.

**MARK DOBROW**

directeur  
Analyse et rapports  
Conseil canadien de la santé

**SHIRLEY HAWKINS**

directrice  
Relations avec les intervenants  
et les gouvernements  
Conseil canadien de la santé

**FEDRA HOXHA**

coordonnatrice de projets  
Conseil canadien de la santé

**D<sup>r</sup> DENNIS KENDEL**

(coprésident)  
conseiller  
Conseil canadien de la santé

**D<sup>r</sup> JACK KITTS**

(coprésident)  
président  
Conseil canadien de la santé

**NIZAR LADAK**

ancien vice-président et chef  
des opérations  
Qualité des soins de santé Ontario

**WENDY MEDVED**

responsable des politiques  
Conseil canadien de la santé

**STÉPHANE ROBICHAUD**

directeur général  
Conseil de la santé du  
Nouveau-Brunswick

**LAURIE A. THOMPSON**

directrice générale, Institut pour la  
sécurité des patients du Manitoba

**DALE WRIGHT**

responsable  
Initiatives en matière de qualité  
et de sécurité, Conseil de la qualité  
des soins de santé de l'Alberta



## À propos du Conseil canadien de la santé

Créé dans la foulée de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le Conseil canadien de la santé est un organisme national indépendant qui prépare des rapports sur les progrès dans le renouvellement des soins de santé au Canada. Le Conseil offre une perspective globale du système de santé face à la réforme des soins au Canada et diffuse partout au pays de l'information sur les pratiques novatrices. Ses conseillers sont nommés par les gouvernements provinciaux et territoriaux participants et par le gouvernement du Canada.

Pour télécharger les rapports du Conseil canadien de la santé et d'autres renseignements le concernant, consultez [conseilcanadiendelasante.ca](http://conseilcanadiendelasante.ca).

### CONSEILLERS

D<sup>r</sup> Jack Kitts (président)  
D<sup>re</sup> Catherine Cook  
D<sup>r</sup> Cy Frank  
D<sup>r</sup> Dennis Kendel  
D<sup>r</sup> Michael Moffatt  
M. Murray Ramsden  
D<sup>re</sup> Ingrid Sketris  
D<sup>r</sup> Les Vertesi  
M. Gerald White  
D<sup>r</sup> Charles J. Wright  
M. Bruce Cooper (membre de droit)

Le Conseil canadien de la santé voudrait remercier Santé Canada de sa participation financière. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada.

### Comment citer cette publication :

Conseil canadien de la santé. (2013). *La question épineuse de l'amélioration de la qualité au Canada : Le Canada devrait-il obtenir un tout supérieur à la somme de ses parties?* Toronto : Conseil canadien de la santé [conseilcanadiendelasante.ca](http://conseilcanadiendelasante.ca)

ISBN 978-1-926961-94-1 PDF

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et sous réserve que le Conseil canadien de la santé soit dûment mentionné.

© Conseil canadien de la santé 2013

This publication is also available in English.



Health Council of Canada  
Conseil canadien de la santé

90, avenue Eglinton Est, bureau 900  
Toronto (Ontario) M4P 2Y3

tél. : 416.481.7397  
sans frais : 1.866.998.1019  
télec. : 416.481.1381

[information@conseilcanadiendelasante.ca](mailto:information@conseilcanadiendelasante.ca)  
[conseilcanadiendelasante.ca](http://conseilcanadiendelasante.ca)