

La Politique **DE LA SANTÉ** **ET DU BIEN-ÊTRE:**

*UNE ÉVALUATION DE SA MISE EN ŒUVRE
ET DE SES RETOMBÉES SUR L'ACTION DU SYSTÈME
SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS DE 1992 À 2002*

Recherche, analyse et rédaction

Pauline Bégin
Service de l'évaluation¹

Lise Dunnigan
Service de l'évaluation

Collaboration à la recherche et à l'analyse

François Béland
Service de l'évaluation

Groupe conseil

Aline Émond
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Aimé Lebeau
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Jean Turgeon
École nationale d'administration publique

Soutien à la recherche documentaire

Annie Lachance
Service de la documentation

Céline Drouin
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation²

Soutien administratif et mise en page finale du rapport

Lise Lapointe
Service de l'évaluation

1. Depuis le 1^{er} avril 2004, cette unité est devenue la Direction de l'évaluation.

2. Depuis le 1^{er} avril 2004, cette unité est devenue la Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures.

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : **(418) 644-4574**
par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**
ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-42627-4

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

SOMMAIRE

1. LES GRANDES LIGNES DE LA POLITIQUE

L'élaboration de la Politique de la santé et du bien-être a été entreprise dans la foulée du mouvement international « Santé pour tous », lancé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé vers la fin des années 1970. Le contenu de la Politique s'inspirait en bonne partie du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (commission Rochon), déposé en 1988. En voici les principaux éléments :

Une vision - En s'appuyant sur la définition de la santé enchâssée dans la Loi sur la santé et les services sociaux, la Politique propose pour le Québec une vision globale de la santé et de ses déterminants, et affirme que « [l]e maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs de la vie collective¹ ».

Des constats - Elle fait également le constat que la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois se sont améliorés au cours des 25 années précédentes, mais que l'accessibilité universelle des services sociosanitaires n'a pas permis d'éliminer ni même de réduire les écarts observés entre les groupes socio-économiques et entre les territoires.

Des objectifs - Elle cible 19 problèmes prioritaires de santé et de bien-être et fixe pour chacun d'eux un objectif de résultat à atteindre d'ici 2002.

Des stratégies - Elle définit six grandes stratégies à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Elles consistent à agir sur les principaux déterminants, à intensifier les efforts auprès des groupes vulnérables, à harmoniser les politiques publiques et à orienter le système vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses. Ces stratégies sont assorties de 91 engagements ministériels.

Un plan de mise en œuvre de la Politique fut rendu public en décembre 1992². Il annonçait les principales mesures à mettre en place au cours de la première année (juin 1992 à juin 1993), et d'autres à instaurer de 1993 à 1995 et de 1995 à 2002.

Ces mesures portaient sur la sensibilisation et la mobilisation des acteurs, sur la mise en œuvre d'une dizaine d'actions structurantes choisies parmi les 91 engagements ministériels mentionnés plus haut ainsi que sur les mécanismes de suivi et de mise à jour de la Politique.

-
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La Politique de la santé et du bien-être, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, p. 11.
 2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan de mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être – An 1, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1992, 7 p.

2. L'ORIGINE DU MANDAT ET LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être pour les dix prochaines années³. C'est dans le cadre de ces travaux que le Ministère entreprit la réalisation d'un bilan de la politique de 1992, incluant l'atteinte des objectifs et l'évaluation de l'implantation.

Les objectifs qui ont guidé l'analyse et la rédaction de ce rapport sont les suivants :

- 1) évaluer les mécanismes mis en place pour assurer le suivi et la mise en œuvre de la Politique et les conditions qui ont mis un terme à ce processus;
- 2) faire le bilan des actions structurantes annoncées dans le Plan de mise en œuvre et des interventions les plus marquantes du Ministère en lien avec les 19 problèmes prioritaires;
- 3) évaluer dans quelle mesure la Politique a produit les effets attendus sur l'action du réseau, à savoir donner une vision plus globale de la santé et du bien-être, mobiliser les acteurs et orienter leur action.

Étant donné l'absence de données de suivi de la mise en œuvre de la Politique, les principales sources utilisées furent :

- les points de vue exprimés lors d'une tournée des régions socio-sanitaires effectuée au cours de l'automne 2001, à laquelle ont participé près de 200 personnes provenant des régies régionales, des établissements du réseau, d'organismes communautaires et d'autres secteurs;
- un relevé des interventions ministérielles les plus significatives se rapportant à chacun des 19 objectifs et aux engagements ministériels inscrits dans la Politique, produit en collaboration avec les porteurs de dossiers à l'intérieur du Ministère;
- des entrevues menées auprès d'acteurs clés ayant été associés de près à l'élaboration et à la mise en œuvre de la Politique;
- une revue de diverses sources documentaires, incluant les rapports annuels du Ministère de 1992 à 2002, les plans d'action régionaux de santé et de bien-être découlant de la Politique, les plans régionaux de transformation (1995-1998) et les plans régionaux de consolidation (1999-2002).

Les comptes rendus des rencontres régionales ont été validés auprès du personnel directement associé à l'organisation de ces rencontres dans chacune des régies régionales. L'analyse et les conclusions du rapport ont été validées et bonifiées auprès d'un

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 29.

groupe de trois conseillers externes provenant du milieu universitaire et des régies régionales ainsi que par les commentaires de différentes personnes rattachées à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation (DERI) et au Service des politiques et orientations stratégiques.

3. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

La mise en œuvre : un exercice inachevé

Deux principales démarches étaient prévues pour amorcer la mise en œuvre de la Politique. À l'échelon ministériel, un comité réunissant plusieurs directions fut chargé de prioriser les engagements ministériels et d'assurer leur suivi. À l'échelle régionale, les régies reçurent le mandat d'établir des priorités régionales de santé et de bien-être et d'élaborer des plans d'action régionaux. L'examen du processus de mise en œuvre nous amène aux conclusions suivantes :

- la démarche de priorisation des engagements ministériels a été rapidement interrompue en raison de changements d'acteurs et de l'amorce de nouvelles démarches stratégiques au Ministère;
- l'exercice d'identification des priorités régionales et d'élaboration des plans d'action a débuté près d'un an après l'adoption de la Politique et s'est poursuivi sur une période d'environ deux ans. Il a suscité une large participation des milieux et une forte mobilisation du réseau;
- la majorité des plans d'action régionaux furent centrés sur les objectifs; un seul fut élaboré autour des stratégies de la Politique. Ces plans d'action firent une large place aux problèmes sociaux et aux conditions de vie qui constituent des déterminants majeurs des inégalités de santé et de bien-être;
- les efforts pour assurer la mise en œuvre à l'échelle nationale se sont estompés dès le moment où le Ministère eut approuvé les plans d'action régionaux;
- chez les acteurs du réseau, les importants changements organisationnels découlant de la Réforme et l'ampleur des compressions budgétaires effectuées à compter de 1994-1995 ont créé un contexte extrêmement défavorable à la mise en œuvre des plans d'action découlant de la Politique;
- les Priorités nationales de santé publique et les interventions ministérielles entourant le Défi « Qualité-Performance », tout en faisant référence à la Politique, sont venues se substituer à celle-ci comme les nouveaux cadres devant orienter directement l'action et la reddition de comptes dans le réseau.

On peut dire que le processus formel de mise en œuvre de la Politique a pris fin environ trois ans après son adoption, soit au cours de l'année 1995, tant à l'échelle nationale que régionale. Par la suite, on ne retrouve aucune trace de reddition de comptes ou de suivi des engagements ministériels ou des plans d'action régionaux à l'échelle nationale.

Les réalisations ministérielles : un certain mouvement dans les voies indiquées par la Politique

Malgré le fait que les mécanismes de suivi aient pratiquement disparu, certaines des actions structurantes annoncées au Plan de mise en œuvre ont été menées à terme, alors que d'autres ont connu des progrès limités ou fort tardifs et que d'autres enfin ont pris une forme différente de celle qui était prévue.

- Certains efforts ont été déployés pour mettre en place une approche de gestion par programme, notamment pour élaborer des programmes-clientèles, pour développer des systèmes d'information clientèle et pour déterminer des enveloppes budgétaires régionales sur la base des programmes-clientèles. Mais dans l'ensemble, cette nouvelle approche de gestion n'a pas connu, concrètement, d'avancées majeures. Le concept de programme-clientèle a néanmoins poursuivi son cheminement et il semble présentement en voie d'être réactualisé sur le plan des modes d'allocation des ressources et de la reddition de comptes.
- La consolidation des *services de première ligne* est souvent apparue au rang des priorités ministérielles et régionales, mais ne s'est pas concrètement amorcée avant 2003; au cours des périodes de restrictions budgétaires, certaines décisions d'allocation ou de réallocation de ressources ont même favorisé davantage le secteur médico-hospitalier.
- La cible consistant à allouer 20 % des *développements budgétaires aux activités de prévention* n'a été formellement adoptée que dans un petit nombre de régions et a été complètement perdue de vue dans les orientations ministérielles.
- Les travaux ministériels reliés à la *lutte contre la pauvreté* ont connu de nombreuses étapes, au cours desquelles la perspective intersectorielle n'a pas toujours été maintenue. Ils ont néanmoins contribué, quoique tardivement, à l'adoption de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002).
- C'est du côté du *suivi des indicateurs* de santé et de bien-être, des *enquêtes de Santé Québec* et du *développement de la recherche* que les actions prévues ont sans doute été le plus complètement réalisées et ont été maintenues de la façon la plus constante durant toute la période observée. La recherche en particulier semble avoir été bien soutenue financièrement, bien qu'on s'interroge sur la mise à profit de ces résultats sur le terrain et sur leur contribution réelle à l'amélioration des pratiques.
- Les principaux mécanismes prévus pour assurer la reddition de comptes ainsi que le suivi et la mise à jour de la Politique figurent parmi les aspects les plus négatifs du bilan. La reddition de comptes n'a jamais eu lieu auprès de la Commission parlementaire des affaires sociales ni auprès du Ministère. Le *Conseil de la santé et du bien-être* a été mis en place, mais son implication dans le suivi et la mise à jour de la Politique a été plutôt limitée jusqu'au dépôt de son récent avis. Un *forum national* précédé de forums régionaux a eu lieu, mais il a été orienté vers d'autres objectifs et n'a aucunement contribué à la mise à jour de la Politique.

En ce qui concerne les actions entreprises par le Ministère en rapport avec les problèmes prioritaires, elles ont également progressé, mais de façon inégale et avec plus ou moins de continuité. Encore une fois, ce bilan peut être vu comme plutôt positif, surtout si l'on considère qu'aucun mécanisme formel n'était en place pour en garantir l'avancement. On ne peut sans doute pas attribuer directement leur réalisation à l'existence de la Politique, mais des interventions ministérielles significatives ont malgré tout été signalées en lien avec la plupart des problèmes prioritaires.

Une cinquantaine de politiques et d'autres documents d'orientation ont été adoptés dans les cinq champs d'action et une bonne moitié d'entre eux, incluant le récent Programme national de santé publique 2003-2012, font explicitement référence à cette Politique en tant qu'orientation majeure du Ministère. Seul l'objectif se rapportant aux maux de dos, à l'arthrite et aux rhumatismes semble n'avoir jamais figuré dans les priorités du Ministère, non plus d'ailleurs que dans celles de la plupart des régions régionales.

Les retombées de la Politique sur l'action du réseau : une mobilisation rapidement contrecarrée, mais une vision qui persiste

Les points de vue exprimés au cours des 16 rencontres régionales et l'ensemble des données recueillies convergent de façon très nette sur plusieurs points.

- Au départ, la Politique a été bien accueillie et l'exercice de priorisation régionale a entraîné une large participation et une forte mobilisation des milieux.
- Elle a proposé au réseau et à l'ensemble de la collectivité une vision plus globale de la santé et de ses déterminants.
- Elle a fourni un cadre commun à l'ensemble des acteurs et leur a permis de se recentrer sur des *objectifs* de santé et de bien-être, plutôt que sur les services à produire.
- Elle a aussi invité l'ensemble du réseau à situer son action dans une perspective à plus long terme.
- Elle a mis davantage en évidence tout *le champ du social*, en quoi les plans d'action régionaux lui ont largement fait écho, et a favorisé le développement de la recherche dans ce domaine.
- Elle a fait valoir l'importance d'agir sur les causes et a favorisé les approches de *prévention*, fournissant ainsi un levier d'action important dans le champ de la *santé publique*.
- Elle a mobilisé et structuré l'action dans plusieurs CLSC et a valorisé l'approche communautaire qui les caractérise, et elle a confirmé l'importance des organismes communautaires en tant que partenaires.

- Elle a amené davantage de concertation à l'intérieur du réseau et a donné un coup d'envoi majeur à *l'approche intersectorielle*, malgré tous les obstacles que celle-ci a rencontrés par la suite.

Parmi les constats plus défavorables, plusieurs ont souligné notamment que :

- la Politique n'a pas été suffisamment intégrée et mise en évidence dans les orientations du Ministère et dans ses interventions auprès du réseau;
- dans l'ensemble, ses priorités n'ont pas orienté les décisions de réallocation et les développements budgétaires, que ce soit à l'échelle régionale ou nationale, par exemple, en ce qui touche aux investissements en prévention et dans les services de première ligne;
- l'accent mis sur la prévention des problèmes a fait en sorte que les acteurs dédiés aux soins curatifs et à la réadaptation ne se sont pas sentis concernés par sa mise en œuvre.

Plusieurs facteurs ont très tôt contrecarré la mobilisation initiale des acteurs régionaux et locaux autour de la Politique et des plans d'action régionaux. Parmi ceux-ci, les interlocuteurs rencontrés dans le réseau nomment au premier plan :

- les compressions budgétaires sans précédent survenues au moment d'entreprendre la réalisation des plans d'action régionaux;
- les changements organisationnels importants entraînés par la transformation du réseau;
- la multiplication des cadres de référence qui sont venus se superposer à la Politique et qui l'ont renvoyée à l'arrière-plan, en particulier l'opération Défi « Qualité- Performance » et, quelques années plus tard, les Priorités nationales de santé publique;
- le manque d'engagement du Ministère dans la promotion et le suivi de la Politique dans le réseau;
- le manque de leadership exercé par le Ministère pour obtenir l'adhésion des partenaires nationaux et l'absence d'un *engagement formel du gouvernement* pour soutenir les collaborations avec les partenaires des autres secteurs;
- *l'inconstance des priorités ministérielles* au fil des ans et les fréquents changements de cap imposés au réseau, qui s'opposent de façon chronique à la continuité et à l'efficacité de son action.

CONCLUSION : UN RÉSEAU EN QUÊTE DE VISION ET DE CONTINUITÉ

Pour résumer les constats énumérés plus haut, la Politique a été accueillie par le réseau comme un instrument fort pertinent et utile à plusieurs égards. La plupart des informations et des témoignages recueillis convergent vers une même conclusion, à savoir que malgré l'absence de mécanismes de suivi pour garantir sa mise en œuvre, elle a produit certains des effets attendus, notamment en apportant une vision plus globale de la santé et du bien-être, en mobilisant le réseau autour des objectifs de santé et de bien-être plutôt qu'autour des services à produire, et en faisant valoir l'importance de la prévention et de l'action intersectorielle pour s'attaquer aux causes des problèmes.

Dans certaines régions, la Politique constitue encore une référence importante pour la prise de décision, alors qu'ailleurs elle figure davantage en toile de fond des orientations régionales. Mais dans l'ensemble du Québec, elle est encore perçue comme un outil nécessaire et dont le contenu, pour l'essentiel, demeure pertinent.

Les interventions ministérielles rattachées aux objectifs et aux stratégies ont également progressé dans le sens qui était indiqué par la Politique en 1992, mais de façon inégale et avec plus ou moins de continuité.

Considérant l'absence de promotion et de suivi de la Politique tout au long de ces années, on doit constater qu'elle a malgré tout laissé des traces bien visibles et apporté une vision d'ensemble qui faisait défaut au système sociosanitaire. Son influence, même indirecte, ne s'est pas encore estompée dix ans plus tard.

Le réseau souhaite le renouvellement de la Politique, non pas pour se voir relancé dans une nouvelle direction, mais dans une optique de continuité. Il souhaite avoir les moyens nécessaires pour continuer dans la voie proposée par la Politique depuis 1992, en consacrant plus d'efforts à la mise en œuvre des stratégies qu'elle a définies, en élargissant la portée du concept de prévention pour interpeller l'ensemble des acteurs, et en accordant cette fois le temps nécessaire pour voir apparaître les fruits de ses efforts.

Au-delà de l'enjeu immédiat du renouvellement de la Politique, ces observations mettent en évidence un défi majeur auquel doit faire face notre système sociosanitaire : celui de se donner les instruments pour assurer une continuité à moyen et à long terme dans les orientations et les priorités signifiées aux acteurs du réseau.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier de façon particulière les personnes suivantes :

Aline Émond, Aimé Lebeau et Jean Turgeon, qui nous ont soutenues de leurs judicieux conseils tout au long de cette longue démarche.

L'équipe du Service des politiques et orientations stratégiques du Ministère, Marc-André Maranda, Hervé Anctil, Martine Bégin, Claude Bégin et Amélie Juhel, pour l'organisation de la tournée de consultation des régions sur le renouvellement de la Politique et pour avoir commenté différentes versions du rapport.

Le personnel des régies régionales qui nous a accueillies et qui a préparé la tenue de chacune des rencontres régionales, ainsi que toutes les personnes qui se sont déplacées pour y participer.

Christiane Paquet, de la Direction de la santé publique de la Côte-Nord, pour nous avoir fourni des documents importants témoignant des travaux MSSS-régies réalisés en 1992 et 1993 en vue de l'élaboration des plans d'action régionaux de santé et de bien-être.

Nathalie Bolduc, du Conseil de la santé et du bien-être, qui, avec l'autorisation du Conseil, nous a donné accès à certains de ses travaux.

François Béland, du Service de l'évaluation du Ministère, qui a colligé une grande quantité d'information soutenant la rédaction du présent rapport, notamment en effectuant la revue des rapports annuels du Ministère de 1992-1993 à 2000-2001 et en analysant les réponses au questionnaire administré durant la tournée des régions.

Le personnel du Service des ressources documentaires du Ministère, et tout particulièrement madame Annie Lachance, pour sa collaboration soutenue dans la recherche de nombreux documents, dont plusieurs n'étaient pas disponibles dans le fonds documentaire du Ministère.

Philippe-André Coutu, du Service de la recherche du Ministère, pour le traitement des données de la Banque sur la recherche sociale et en santé et pour la production de nombreux tableaux concernant la recherche subventionnée au Québec.

Christine Beaulieu de l'Unité de coordination avec les régions nordiques du Ministère, qui a facilité nos contacts avec des représentants des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Le personnel cadre de la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation Claude Dussault, Lysette Trahan, Pierre Montambault et Patricia Caris, l'équipe du Service de l'évaluation, François Béland, Dominique Bouchard, Josée Bourdages, Micheline Bowen, Marie Demers, Hélène Guay, William Murray, Nelson Potvin et Bruno Théorêt, ainsi que nos derniers lecteurs, Michel Clermont, Marthe Hamel et Marc-André Saint-Pierre, pour leurs précieux commentaires et leurs encouragements à poursuivre cette évaluation.

Lise Lapointe, du Service de l'évaluation, pour la mise en forme du rapport final et des documents de soutien.

**COLLABORATION AU BILAN DES RÉALISATIONS MINISTÉRIELLES RATTACHÉES AUX
 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE**

Abus sexuels, négligence et violence à l'endroit des enfants	Anne Robitaille, Direction générale des services à la population
Troubles de comportement	Louise Therrien, Direction générale de la santé publique
Délinquance	Claude Perreault, Direction générale des services à la population
Violence faite aux femmes	Micheline Genest, Direction générale des services à la population
Itinérance	Carole Lecours, Direction générale des services à la population
Alcoolisme et usage abusif de psychotropes	Paul Roberge, Direction générale des services à la population
Naissances prématurées ou de poids insuffisant et anomalies congénitales ou génétiques	Lyne Jobin, Direction générale de la santé publique Monique Séguin, Direction générale des services à la population
Maladies cardiovasculaires	Brigitte Lachance, Direction générale de la santé publique Christian-Marc Lanouette, Direction générale des affaires médicales et universitaires
Cancer	Marie Rochette, Direction générale des affaires médicales et universitaires
Traumatismes	Pierre Bouchard, Direction générale des affaires médicales et universitaires
Maux de dos, arthrite et rhumatismes	Non documenté
Maladies du système respiratoire	Laurence Rivet, Direction générale des services à la population
Maladies transmissibles sexuellement et sida	Carmen Charest, Direction générale de la santé publique
Maladies infectieuses	Monique Landry, Direction générale de la santé publique
Santé dentaire	Bernard Laporte, Direction générale de la santé publique
Santé mentale	Pierrette Pichette, Direction générale des services à la population du Ministère / RRSSS du Bas-Saint-Laurent)
Suicide	Guy Mercier, Direction générale des services à la population
Intégration sociale des personnes âgées	Aline Bégin, Direction générale des services à la population
Situations de handicap	Valérie SAYSSET, Direction générale des services à la population Jocelyne Bélanger, Direction générale des services à la population

COLLABORATION AU BILAN DES RÉALISATIONS MINISTÉRIELLES RATTACHÉES AUX STRATÉGIES DE LA POLITIQUE

Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information

François Asselin, Gestion des investissements en technologie de l'information
Braham Benhacine, Gestion des investissements en technologie de l'information
Philippe-André Coutu, Recherche
Marie-Christine Lamarche, Évaluation, recherche et innovation
André Lévesque, Gestion de l'information

Direction générale de la santé publique

Michèle Bélanger, Protection de la santé publique
Albert Daveluy, Protection de la santé publique
Lyne Jobin, Orientations stratégiques en santé publique
Claire Millette, Promotion de saines habitudes de vie et dépistage
Sonia Poulin, Orientations stratégiques en santé publique
Lise Talbot, Orientations stratégiques en santé publique, lutte contre le tabagisme
Louise Therrien, Promotion de saines habitudes de vie et dépistage
Sylvie Veilleux, Promotion de saines habitudes de vie et dépistage

Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles

Nicole Gravel, Coopération internationale et condition féminine

Direction générale des politiques de main d'œuvre

Marièle Bilodeau, Professionnels de la santé
Anne Magnan, Planification et développement de la main d'œuvre
Renée Turmel, Planification de la main d'œuvre et rémunération
José Valesco, Recherche et analyse

Direction générale des services à la population

André Gariépy, Santé physique
Normand Gosselin, Activités communautaires

Direction générale du financement, des investissements et du suivi budgétaire

Marie-Hélène Gagné, Indicateurs et pilotage d'orientation
René Kirouac, Allocation des ressources

Direction générale de la coordination ministérielle et des relations avec le réseau

Michel Blondeau, Développement de l'information
Pierre Laflamme, Ententes de gestion
Benoît Lyrette, Suivi financier
Marc-André Saint-Pierre, Développement de l'information

PERSONNES RENCONTRÉES EN ENTREVUE POUR DOCUMENTER LES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

Patricia Caris, DGPSEGI, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Simon Caron,
Michel Clermont, DGAMU, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marthe Hamel, DGSP, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Hélène Jobin, DGSAP, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Paul Lamarche, Université de Montréal
Marc-André Maranda, DGSP, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Pierre Montambault, DGPSEGI, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Hélène Morais, Conseil de la santé et du bien-être
Cécile Richard
Lise Samson, DGSAP, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Hélène Valentini, Institut national de santé publique

PERSONNES RENCONTRÉES DANS CHACUNE DES 16 RÉGIONS LORS DES JOURNÉES DE CONSULTATION RÉGIONALE

Bas-Saint-Laurent (01)

Marie-Sylvie Bêche	Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent
Nicole Bernier	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent Développement et adaptation sociale
Paule Bérubé	CLSC de la Vallée et CH d'Amqui Résidence Marie-Anne-Ouellet (Personnes âgées)
Nelson Charrette	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Alcoolisme et toxicomanie)
Jean-François Dorval	Clinique de médecine familiale et Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR)
Renée Furlong	Centre hospitalier du Grand Portage Programme en santé mentale
Élisabeth Germain	Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
Évelyne Langlois	Mouvement d'action communautaire du Bas-Saint-Laurent
Sylvain Leduc	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Cancer et traumatismes)
Gilles Légaré	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Robert Maguire	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent Directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Gilles Michaud	CLSC Rivières-et-Marées
Jean-Pierre Saint-Cyr	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation Connaissance, surveillance de l'état de santé de la population

Claude Santerre Centre régional de réadaptation en déficience physique, Mont-Joli

Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)

André Boivin Centre de réadaptation en déficience physique

Carmen Bouchard Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Direction de la santé publique et Direction générale
Chef des services recherche, connaissance, surveillance et évaluation

Murielle Brassat Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Direction de la santé publique
Chef du Service promotion-prévention

Mona Charest CLSC Maria-Chapdelaine
Coordonnatrice du Service enfance-jeunesse-famille

Dr Mauril Gaudreault Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Chef du Département régional de médecine générale

Bernard Généreux Conseil régional de concertation et de développement (CRCD-02)
Membre du conseil d'administration

Ghislain Girard Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Adjoint au directeur de la coordination des services

Louise Harton Les centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Michèle Harvey Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Chef de service - Direction générale

Andy Kennedy Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Directeur de la santé publique

Bernard Parent Centre hospitalier Sagamie
Directeur des services professionnels

Lucette Parent Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) – Lac-Saint-Jean
Coordonnatrice

Hélène Potvin Service budgétaire et communautaire de Chicoutimi inc.
Coordonnatrice

Hélène Régnier CLSC des Prés-Bleus
Chef de l'administration des programmes et services de première ligne

Réjean Vallières CLSC du Grand-Chicoutimi
Directeur des services à la communauté

Québec (03)

Lucette Beaumont	Centre jeunesse de Québec
Réjean Boivin	Ville de Québec (Organismes communautaires, itinérance et immigration)
Gilles Chartier	CLSC-CHSLD La Source
Raymond Jacob	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
Nil Lefrançois	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec Département régional de médecine générale
Huguette Ouellet	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec Direction de l'organisation des services
Jacques Plamondon	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Guy Roy	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec Direction de la santé publique de Québec
Nathalie Sarica (remplace Alain Bouffard)	Conseil régional de concertation et développement de la région de Québec (CRCDQ)
Céline Tremblay	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec Direction de la santé publique de Québec
Louissette Truchon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec Direction de l'organisation des services

Mauricie et Centre-du-Québec (04)

Réal Boisvert	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Denis Brunette	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Nicole Dallaire	Regroupement Cloutier-Du Rivage
André Dontigny	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec Directeur de la santé publique
Michèle Doucet	Conseil régional de concertation et de développement du Centre-du-Québec
Jean Fournier	Corporation de développement communautaire Nicolet-Yamaska
Françoise Gagnon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Jean-Pierre Gagnon	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Lucie Lafrance	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Jean-Claude Landry	CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan

Jacques Longval	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec Directeur du Groupe Vigie et qualité des services
Yves Mercure	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Jean Morasse	Conseil régional de développement de la Mauricie Directeur général
Rénald Turcotte	CLSC du Centre-de-la-Mauricie

Estrie (05)

Raymond Beauoyer	Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie (ROC Estrie) Virage santé mentale Membre du conseil d'administration
Claude Boulanger	Conseil régional de développement de l'Estrie Directeur général
Ginette Dorval	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie Directrice de la santé publique et de l'évaluation
Louissette Gosselin	CLSC-CHSLD du Haut-Saint-François Directrice générale
Sylvie Lapointe	Centre jeunesse de l'Estrie Directrice générale
Mario Morand	CLSC, CH et CHSLD de la MRC d'Asbestos Directeur général
Marie-Claire Pelletier	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) Directrice des soins infirmiers
Johanne Turgeon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie Directrice des programmes

Montréal-Centre (06)

Hélène Bohémier	Conseil régional de développement de l'Île-de-Montréal (CRDIM)
Jean Cloutier	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre Directeur adjoint des affaires médicales
Lise Corbin	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre Conseillère, Direction des relations avec la communauté
Jean-Pierre Duplantie	Centre jeunesse de Montréal Directeur général
Normand Lauzon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre Responsable des services multiclientèles de première ligne, des services aux personnes âgées et du Service régional d'admission
Mariette Le Brun-Bohémier	CLSC Pierrefonds Directrice
Michel Mongeon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre Responsable de l'Unité planification et liaison
Réjean Pinard	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre Responsable des services d'adaptation sociale, des services de soutien aux organismes communautaires et aux ressources de types familial et intermédiaire et des services de santé mentale et déficience intellectuelle
Madeleine Roy	Centre Dollard-Cormier Directrice générale
Nicolas Steinmetz	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
Louis-Paul Thauvette	CLSC Saint-Henri Directeur
Robert Théoret	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires (RIOCM) Coordonnateur
Jean Therrien	Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDIM) Directeur, Planification et concertation

Outaouais (07)

Claude Barriault	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Agent
Thierry Boyer	Pavillon du Parc Directeur
Lise Émond	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Agente
Daniel Fortin	Conseil régional de développement de l'Outaouais Agent de développement

Hélène Fortin	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Directrice de la santé mentale et sociale
Ginette Gingras-Delorme	CH-CHSLD Papineau Directrice des soins infirmiers
Claudette Gatien	CLSC et CHSLD de Gatineau Directrice générale
Diane Godmaire	CLSC Hull Directrice
Denise Laferrière	Commission de la santé et du bien-être Présidente
Roselyne Laporte	Commission multidisciplinaire Présidente
Lucie Lemieux	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Directrice de la santé publique
Guylaine Marcil	Centre de santé du Pontiac Directrice des services enfance-jeunesse
Denis Marleau	Les centres jeunesse de l'Outaouais Directeur des services en territoire
Jacques Parenteau	CLSC Vallée de la Lièvre Directeur
Daniel Tardif	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Directeur de la santé physique
Normand Trempe	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Coordonnateur de la santé publique

Abitibi-Témiscamingue (08)

Suzanne Chartier	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue Adjointe au directeur de la santé publique Direction des programmes et des services
Marianne Chouinard	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue (CROC-AT)
Micheline Côté	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue Conseil d'administration
Nicole Desgagnés	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue Direction des programmes et des services
Marie-Claire Lacasse	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue Médecin-conseil - Santé publique
Réal Lacombe	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue Directeur de la santé publique
Denise Lavallée	Ville de Rouyn-Noranda

**La Politique de la santé et du bien-être :
Une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées
sur l'action du système socio-sanitaire québécois de 1992 à 2002**

Madeline Lévesque	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue (CROC-AT)
Léonard Robitaille	Représentant du secteur scolaire
Mireille Vallières	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue Programmes de première ligne

Côte-Nord (09)

Micheline Anctil	Centre de santé des Nord-Côtiers Pavillon Escoumins
Laurentia Bond	Table de concertation régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Côte-Nord (TROC)
Martin Bouchard	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Denis Boudreau	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Comité aviseur
Nicole Boudreau	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Comité aviseur
Daniel Camiré	CLSC-CS des Sept-Rivières
Réal Castonguay	CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan Directeur général
Hélène Chouinard	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Comité aviseur
Raynald Cloutier	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Directeur de la santé publique Comité aviseur
André Désilets	Centre de santé des Nord-Côtiers Pavillon Escoumins Directeur général
Jacques Fillion	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord Directeur général
Fabien Gagnon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Comité aviseur
Patrick Hamelin	Conseil régional de développement de la Côte-Nord (CRDCN) Directeur général
Nadine Lachance	Centre Le Canal Directrice des programmes en alcoolisme et toxicomanie
Nathalie Lagacé	Table de concertation régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Côte-Nord (TROC)
Jean-Guy Lebel	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Direction de la santé publique Comité aviseur

Danielle Limoges	Centre de santé de la Minganie
Julienne Michaud	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Commission infirmière régionale
Jean Parisé	Centre de santé de la Minganie
Arnaud Samson	Centre hospitalier régional de Baie-Comeau Commission médicale régionale
J. Tremblay	Centre de santé de la Minganie

Baie-James (Nord-du-Québec) (10)

Rachel Boivin	Table régionale des organismes communautaires Nord-du-Québec (TROC-10)
Thérèse Bouchez	Médecin
Gilles Boulet	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James Directeur des services à la clientèle
Claudette Dufour	Table régionale des organismes communautaires Nord-du-Québec (TROC-10) Présidente
Paul Elias	CLSC Chapais-Chibougamau Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Lise Girard	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Jean Hayes	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Diane Laboissonnière	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Andrée Lanctôt	Les centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Normand Leblanc	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James Directeur régional
Julie Pelletier	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James Conseillère aux communications

Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)

Lise Bernatchez	Directrice de la protection de la jeunesse
Christian Bernier	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine Directeur de la santé publique
Marie-Thérèse Forest	Table de concertation des groupes de femmes de la Gaspésie et des Îles Répondante
Angéline Godin	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine Adjointe à la Direction de la planification et de la programmation
Michèle Leblond	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine Agente de planification et de programme aux programmes-clientèles déficience intellectuelle et déficience physique
Johanne Méthot	CLSC-CHSLD Pabok Coordonnatrice du programme en santé mentale
Marlène Nicolas	CLSC-CHSLD Pabok Directrice de l'hébergement et des soins de longue durée
Christiane Paquet	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine Coordonnatrice en santé communautaire
Jean-Claude Plourde	CLSC Mer et Montagnes Directeur général
Jean-Denis Santerre	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine Agent de planification et de programmation, dossier organismes communautaires
Marie-Renée Tremblay	Regroupement des organismes communautaires Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine Responsable

Chaudière-Appalaches (12)

Micheline Audet	Centre local de développement de la MRC de Bellechasse Directrice générale
Rachel Bruneau	Observatrice – Étudiante en médecine
Michel Diné	Centre jeunesse Chaudière-Appalaches
Sylvain Dion	CLSC-CHSLD Des Etchemins Centre de santé des Etchemins
Marie-Josée Dufour	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Direction de l'organisation et de la coordination des services

Maryse Fecteau	Association des personnes handicapées de la Chaudière Responsable
Diane Langlois	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Direction de la santé publique Responsable régionale du dossier Politique de la santé et du bien-être
André Lavoie	Hôtel-Dieu de Lévis
Yolande Lépine	Centre de santé Bellechasse (CLSC-CHSLD)
Philippe Lessard	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Directeur de la santé publique
Sylvie Nolet	Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert Ex-responsable régionale du dossier Politique de la santé et du bien-être
Pierre Morin	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Chaudière-Appalaches
Jean-Luc Parenteau	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Direction de l'organisation et de la coordination des services
Monique Tremblay	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Conseil d'administration

Laval (13)

Michèle Auclair	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval Directrice générale
Yves Boisvert	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Normand Laramée
Gilbert Cadieux	CLSC des Mille-Îles
Nicole Damestoy	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval Coordonnatrice en prévention et promotion / Direction de la santé publique
Hélène David	Université de Montréal Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)
Renée Descoteaux	Cité de la Santé – Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (CHARL) Infirmière-chef, Service d'urgence
Jean Desmarais	Centre jeunesse de Laval Coordonnateur, relations avec la communauté et service des ressources
Jean-Pierre Fraser	CLSC-CHSLD du Marigot Directeur de la programmation et des services professionnels et membre de la commission multidisciplinaire régionale
Pierre Gaudreau	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval Direction des programmes
Richard Grignon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval Direction de la santé publique

**La Politique de la santé et du bien-être :
Une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées
sur l'action du système socio-sanitaire québécois de 1992 à 2002**

Félicia Guarna	Hôpital juif de réadaptation Directrice adjointe des programmes et services de réadaptation
Hélène Jolin	Corporation de développement communautaire de Laval (organisme communautaire)
Monique Ménard	CLSC Sainte-Rose de Laval
Gilles Poupart	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval Directeur adjoint de la santé publique
François Ranger	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval Directeur de la santé publique
Louise Rousseau	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval Coordonnatrice – Recherche
Diane Vallée	Organisme communautaire La Maison de Quartier de Fabreville Directrice

Lanaudière (14)

Isabelle Champagne	Table des partenaires
Bernard Chapdeleine	Commission scolaire des Affluents
Yves Côté	Table des partenaires
Ghislaine Dufresne	CLSC Joliette
François Falardeau	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière Direction des programmes
Claude Gauthier	Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
Paule Gravel	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière Direction des programmes
Noëlla Goyet	Centre hospitalier régional de Lanaudière
Pierre Lafontaine	Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL)
Ginette Lampron	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière Direction de la santé publique
France Landry	CLSC Lamater
Guy Laperrière	Centres jeunesse de Lanaudière
Robert Lasalle	Centre de réadaptation La Myriade
Thomas Lebeau	Centres jeunesse de Lanaudière
Laurent Marcoux	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière Direction de la santé publique
Bernard Michallet	Centre de réadaptation Le Bouclier

Laurentides (15)

Huguette Crête	Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Jean Désy	Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
A. Genest	Municipalité de Wentworth
Isabelle Lachaîne	CLSC-CHSLD des Trois Vallées
Robert Laliberté	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-haut
Yves Paquette	CLSC Jean-Olivier-Chenier Responsable pour le développement social
Richard Paquin	Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides Responsable du plan d'action régional
Jocelyne Sauvé	Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides Direction de la santé publique
Richard Trépanier	Association Solidarité d'Argenteuil Directeur général

Montérégie (16)

Lucielle Bargiel	Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud Montréal Ltée (APERSM)
Marcel Bonneau	Centre jeunesse de la Montérégie
Vytautas Bucionis	Observateur - étudiant
Anne-Marie Clouâtre	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Richard Côté	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie Directeur par intérim de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Chantal Desfossés	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie Coordonnatrice, secteur communautaire Direction de l'organisation des services à la communauté
Louise Gagnon-Lessard	Conseil régional de développement de la Montérégie
Johanne Gauthier	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie Direction de l'organisation des services à la communauté
Maryse Guay	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation Médecin (CH Charles Lemoyne)
Ginette Lafontaine	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie Coordonnatrice enfance-jeunesse Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Aimé Lebeau	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie Coordonnateur recherche/évaluation Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

**La Politique de la santé et du bien-être :
Une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées
sur l'action du système socio-sanitaire québécois de 1992 à 2002**

M. Leblanc	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROC – M)
Jean Lessard	CLSC-CHSLD des Patriotes
Bertrand Loïselle	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROC – M)
Émile Rheault	Foyer Saint-Antoine (déficience physique)
Yves Roux	Conseil régional de développement de la Montérégie Développement social et valorisation du savoir

Nunavik (17) et Terres-cries-de-la Baie-James (18)

Il n'a pas été possible de tenir des journées de consultation dans ces deux régions. Nous remercions madame Roselyne Ferguson de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, madame Manon Dugas et monsieur James Bobbish du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, ainsi que monsieur Marcel Villeneuve pour leur aide dans la recherche d'information relative à ces deux régions.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	33
1. LA POLITIQUE DE 1992.....	35
1.1. SES ORIGINES.....	35
1.2. SON CONTENU.....	37
1.3. UNE POLITIQUE VUE COMME INNOVATRICE.....	40
2. LES ORIGINES DE L'ÉVALUATION ET L'APPROCHE RETENUE.....	43
L'origine du mandat d'évaluation.....	43
Les objectifs initiaux de l'évaluation.....	43
Les principales sources de données.....	44
L'accompagnement d'un groupe conseil.....	45
Portée et limites de l'évaluation.....	45
3. LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE.....	47
3.1. LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	47
Les actions prévues au cours de l'an 1.....	50
Les actions prévues à moyen et à long terme.....	51
3.2. LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET BUDGÉTAIRE ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE.....	51
1991-1993 : la mise en place de la Réforme et la transformation du réseau.....	52
1993-1998 : la recherche de l'équilibre des finances publiques.....	52
1999-2002 : les transformations se poursuivent.....	53
3.3. L'AMORCE DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE.....	54
L'amorce du processus à l'échelle ministérielle : la priorisation des engagements à réaliser au cours de l'an 1.....	54
L'amorce du processus à l'échelle régionale : les attentes signifiées aux régies par le Ministère.....	54
L'élaboration des plans d'action régionaux.....	57
La traduction régionale de la Politique dans les plans d'action régionaux.....	58
3.4. LE PASSAGE VERS D'AUTRES PROCESSUS.....	60
Le Défi « Qualité-Performance » et les plans de transformation 1995-1998.....	62
Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002.....	63
Les plans de consolidation.....	64
La recherche de cohérence dans les plans régionaux de transformation et de consolidation.....	64
Le Programme national de santé publique.....	65
SYNTHÈSE ET DISCUSSION.....	66
4. LE BILAN DES RÉALISATIONS MINISTÉRIELLES.....	69
4.1. LES ACTIONS STRUCTURANTES RELIÉES À LA SENSIBILISATION ET À LA MOBILISATION DES ACTEURS.....	69
4.2. LES ACTIONS STRUCTURANTES RELIÉES AUX ENGAGEMENTS MINISTÉRIELS ..	70
La création du Conseil de la santé et du bien-être.....	70
Le plan d'action intersectoriel pour la lutte contre la pauvreté.....	71
Le cadre de gestion par programme.....	73
La détermination d'enveloppes régionales par champ d'activités et par programme.....	76
La mise en place d'un système de reddition de comptes en fonction des programmes.....	80
La consolidation des services de première ligne.....	81
L'allocation d'un minimum de 20 % des budgets de développement aux activités de prévention et de promotion.....	83

Le développement de systèmes d'information « clientèle » et « population »	85
L'identification par le CQRS et le FRSQ de nouvelles priorités de recherche	85
4.3. LES ACTIONS STRUCTURANTES RELIÉES AU SUIVI ET À LA MISE À JOUR DE LA POLITIQUE	90
Le développement d'indicateurs de l'état de santé et de bien-être	90
L'enquête Santé Québec de 1992	91
Les rapports à la Commission parlementaire des affaires sociales	93
Les forums nationaux	93
4.4. APERÇU DE L'ACTION MINISTÉRIELLE EN LIEN AVEC LES 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE	95
Dans le champ de l'adaptation sociale	95
Dans le champ de la santé physique	96
Dans le champ de la santé publique	97
Dans le champ de la santé mentale	98
Dans le champ de l'intégration sociale	99
SYNTHÈSE ET DISCUSSION	102
5. LES EFFETS DE LA POLITIQUE SUR L'ACTION RÉGIONALE ET LOCALE : LE POINT DE VUE DU RÉSEAU	105
5.1. LES PRINCIPAUX EFFETS OBSERVÉS	107
L'impact initial	107
La vision, la perspective	107
Certains effets structurants	108
Impact relatif des objectifs et des stratégies	108
L'allocation des ressources	109
La recherche et l'enseignement	109
L'action intersectorielle	110
5.2. LES CONDITIONS PERÇUES COMME FAVORABLES À LA MISE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE	111
L'implication des directions régionales de santé publique et des CLSC	111
La démarche de priorisation régionale	111
5.3. LES FACTEURS VUS COMME AYANT FAIT OBSTACLE À LA MISE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE	111
Le contexte des compressions et de la transformation du réseau	111
L'absence de suivi	112
L'inconstance des priorités ministérielles	112
La multiplication des cadres de référence	112
L'absence du milieu médico-hospitalier et des acteurs voués aux soins curatifs et à la réadaptation	113
L'absence d'engagement formel des autres secteurs gouvernementaux	113
Un profond besoin de continuité pour voir enfin des résultats	114
SYNTHÈSE ET DISCUSSION	115
6. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS	117
6.1. L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE – L'ATTEINTE DES OBJECTIFS	117
6.2. L'ÉVOLUTION DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE	124
7. PRINCIPAUX CONSTATS SUR LA MISE EN ŒUVRE ET LES RETOMBÉES DE LA POLITIQUE DE 1992	127
7.1. LES RETOMBÉES DE LA POLITIQUE	127
7.2. LES FACTEURS QUI ONT FAVORISÉ LA MISE EN ŒUVRE	128
L'appropriation de la Politique à l'échelle régionale et locale	129

Le leadership des directions régionales de santé publique	129
La tenue des forums sur le développement social	129
7.3. LES FACTEURS QUI ONT FAIT OBSTACLE À LA MISE EN ŒUVRE	129
Le contexte budgétaire : la période des compressions budgétaires	129
Le contexte organisationnel : la réforme du système.....	130
Un handicap majeur de la Politique : l'absence d'engagement gouvernemental	130
L'absence de suivi et de promotion de la Politique dans le réseau	131
La superposition des cadres.....	131
L'essoufflement de la mise en œuvre à l'échelle régionale	132
Les priorités d'intervention retenues par le Conseil de la santé et du bien-être	132
L'inconstance des priorités ministérielles et la mobilisation générée par les crises	133
7.4. LES LIMITES INHÉRENTES AU CONTENU DE LA POLITIQUE	134
CONCLUSION : UN RÉSEAU EN QUÊTE DE VISION ET DE CONTINUITÉ	135
ANNEXES	137
ANNEXE 1 DÉTAIL DES THÈMES ABORDÉS DANS LES SIX GRANDES STRATÉGIES DE LA POLITIQUE	139
ANNEXE 2 DEVIS PRÉLIMINAIRE D'ÉVALUATION	145
ANNEXE 3 PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE – AN 1.....	153
ANNEXE 4 LETTRE DU MINISTRE MARC-YVAN CÔTÉ AUX PRÉSIDENTS ET PRÉSIDENTES DES RÉGIES RÉGIONALES (1992)	165
ANNEXE 5 RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL MSSS-RÉGIES RÉGIONALES SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE : LE BIEN LIVRABLE RELATIVEMENT AUX PRIORITÉS ET LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL	169
ANNEXE 6 CADRE D'ANALYSE POUR L'APPROBATION DES PLANS DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE	179
ANNEXE 7 LISTE DES PLANS D'ACTION DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, DES PLANS DE TRANSFORMATION ET DES PLANS DE CONSOLIDATION PAR RÉGION ...	185
ANNEXE 8 LETTRE DU MINISTRE MARC-YVAN CÔTÉ AUX RÉGIES RÉGIONALES – NOVEMBRE 1993	193
ANNEXE 9 RÉALISATIONS MINISTÉRIELLES EN LIEN AVEC LES STRATÉGIES	205
ANNEXE 10 INVESTISSEMENTS ET COÛTS ESTIMÉS DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT DE SYSTÈMES D'INFORMATION CLIENTÈLE.....	225
ANNEXE 11 INVESTISSEMENTS EN RECHERCHE	229
ANNEXE 12 LISTE DES POLITIQUES ET ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ADOPTÉES DEPUIS 1992 EN RAPPORT AVEC LES 19 PROBLÈMES PRIORITAIRES	241
ANNEXE 13 RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE ADMINISTRÉ AUX PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À LA TOURNÉE DES RÉGIONS	255

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

TABLEAU 1	LES 19 PROBLÈMES PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE	38
TABLEAU 2	LES THÈMES ABORDÉS DANS LES SIX STRATÉGIES DE LA POLITIQUE	41
TABLEAU 3	PRINCIPALES MESURES DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (TABLEAU SYNTHÈSE).....	48
TABLEAU 4	ATTENTES SIGNIFIÉES AUX RÉGIES RÉGIONALES EN VUE DE L'ÉLABORATION DES PLANS D'ACTION RÉGIONAUX POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE	56
TABLEAU 5	DATES D'ADOPTION DES PLANS RÉGIONAUX DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ET DES PLANS RÉGIONAUX DE TRANSFORMATION.....	59
TABLEAU 6	LES PRIORITÉS NATIONALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	61
TABLEAU 7	DÉPENSES RÉELLES NETTES DU RÉSEAU SOCIO-SANITAIRE SELON LE PROGRAMME- CLIENTÈLE, AU QUÉBEC, DE 1994-1995 À 2000-2001.....	77
TABLEAU 8	PRINCIPAUX DÉVELOPPEMENTS BUDGÉTAIRES 1998-2003	79
TABLEAU 9	RÉPARTITION DES SUBVENTIONS DE RECHERCHE ACCORDÉES PAR LES ORGANISMES RATTACHÉS AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR CHACUN DES 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PAR ANNÉE, QUÉBEC, 1992-2000.....	89
TABLEAU 10	ÉVOLUTION DES PROBLÈMES ET ATTEINTE DES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE	118
FIGURE 1	DÉPENSES EN PRÉVENTION/PROMOTION (ACTIVITÉS LOCALES ET RÉGIONALES) / .. DÉPEN- SES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	84

INTRODUCTION

La Politique de la santé et du bien-être a été adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en juin 1992. Elle définissait les problèmes prioritaires vers lesquels le système sociosanitaire devait orienter son action, proposait des stratégies pour rendre cette action plus efficace et fixait les objectifs de résultats à atteindre en 2002.

Le but poursuivi était d'améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécois et des Québécoises et de réduire les écarts observés entre différents groupes sociaux. Des mécanismes étaient prévus pour assurer le suivi et la mise à jour de la Politique tout au long de la période de dix ans fixée pour l'atteinte des objectifs.

Dans son Plan stratégique 2001-2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux a annoncé qu'il procéderait au renouvellement de la politique de 1992. C'est dans ce contexte que le Service de l'évaluation a entrepris la démarche d'évaluation présentée dans ce rapport, en collaboration avec le Service de la planification et des orientations stratégiques qui /tait mandaté pour rédiger la future politique.

Cette évaluation porte sur le processus de mise en œuvre de la Politique à compter de 1992, sur les réalisations se rattachant aux engagements ministériels inscrits dans la Politique et sur les effets que cette politique a eus sur l'action, tels qu'ils sont perçus par les acteurs du réseau sociosanitaire.

1. LA POLITIQUE DE 1992

1.1. SES ORIGINES

Le projet d'élaborer une première politique québécoise de la santé et du bien-être a pris forme dans la foulée du mouvement *Santé pour tous* créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans lequel le Canada avait fait figure de précurseur en publiant, en 1974, le rapport Lalonde⁴, et auquel la Conférence internationale d'Alma Alta avait donné le coup d'envoi en 1978⁵.

En 1984, le Conseil des affaires sociales et de la famille déposait au ministre des Affaires sociales le rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé intitulé *Objectif santé*⁶. Ce document traçait un portrait de l'état de la santé au Québec, examinait les principaux déterminants, formulait des objectifs de santé et de bien-être et proposait des moyens d'action pour lutter contre les principaux problèmes.

Après la première grande réforme des services sociaux et de santé réalisée à la fin des années soixante à la suite des travaux de la commission Castonguay⁷, le gouvernement québécois avait institué, en 1985, une commission d'enquête sous la présidence de Jean Rochon, chargée d'étudier le fonctionnement et le financement du système de santé et de services sociaux. La Commission déposait son rapport en 1988⁸ et soulignait l'absence d'objectifs de résultats et l'absence d'intersectorialité dans les approches d'intervention. Elle proposait plusieurs mesures en prenant appui sur six grandes orientations parmi lesquelles figurait l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être. Une telle politique était présentée comme « un corollaire indispensable d'une approche axée sur les résultats⁹ ».

-
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1984, 82 p.
 5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Alta (URSS), 6-12 septembre 1978, Genève, OMS, 1978, 88 p. Voir aussi Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, OMS, 1981, 90 p. ainsi que Les buts de la Santé pour tous, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1985 [Réimpression 1986], 227 p.
 6. CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, Objectif santé, Québec, Gouvernement du Québec, 1984, 217 p.
 7. Claude CASTONGUAY (prés.), Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, Gouvernement du Québec, 1967, Rapport et annexes, Volumes I à VII (1967-1972).
 8. Jean ROCHON (prés.), Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 1988, 803 p.
 9. Ibid., p. 474. Les six orientations mises de l'avant par la Commission étaient les suivantes : 1) orienter le système vers des résultats à atteindre, 2) accroître la participation dans les processus de prise de décision, 3) favoriser le développement de stratégies et d'actions intersectorielles, 4) construire sur les réalités régionales, 5) favoriser le développement d'un secteur essentiellement public, 6) fonder une partie substantielle des interventions sur des approches de population.

Dans le document *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*¹⁰ paru en avril 1989, la ministre Lavoie-Roux définissait les orientations ministérielles inspirées des recommandations de la commission Rochon, et annonçait le contenu de la réforme que les autorités gouvernementales entendaient mettre en œuvre. Ces orientations touchaient tant à l'organisation qu'à la gestion du système de services. Vingt objectifs de santé et de bien-être étaient définis comme prioritaires et des stratégies afin d'améliorer la santé y étaient proposées. Le document invitait les instances régionales « à entreprendre dès maintenant une démarche dans leur région respective pour l'adoption de priorités et de stratégies régionales et intrarégionales ». Il annonçait également l'intention de la ministre de présenter dès 1990 une politique de la santé et du bien-être pour le Québec, qui intégrerait les résultats de cette démarche¹¹.

Le projet de réforme du système de santé et de services sociaux fut repris dans le document *Une réforme axée sur le citoyen*¹², rendu public en décembre 1990 par son successeur, le ministre Marc-Yvan Côté. Cette réforme avait pour objectifs de mieux reconnaître les droits des citoyens et citoyennes, de leur offrir des services adéquats, continus et de qualité, de leur permettre de participer à la prise de décision et de les sensibiliser au coût du système.

Cette réforme devait également permettre d'adapter et de réorganiser le réseau des services et l'orienter vers une plus grande régionalisation. Elle s'est concrétisée par l'adoption, en 1991, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui constituait une refonte complète de l'ancienne loi. Elle proposait, entre autres éléments, d'adopter une gestion par résultats et d'instaurer un système davantage décentralisé. Le 1^{er} octobre 1992 a marqué la transition entre l'ancien et le nouveau régime juridique.

La mise en œuvre de la Réforme s'est amorcée au moment où la situation des finances publiques québécoises devenait problématique. Ce contexte a amené le Ministère à proposer au même moment un cadre intégré des dépenses et du financement dans *Un financement équitable à la mesure de nos moyens* (1991)¹³.

Les thèmes de la régionalisation et de l'intersectorialité étaient déjà présents dans les principaux courants de pensée de l'époque de même que le mouvement international vers la formulation d'objectifs de résultats en termes de santé et de bien-être. C'est donc à l'aube de transformations majeures, tant sur le plan structurel que sur le plan de la vision de la santé et du bien-être, que les travaux d'élaboration de la Politique de la santé et du bien-être ont débuté en mai 1990. Ils se sont terminés avec la publication de la Politique le 15 juin 1992.

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1989, 147 p.

11. Ibid., p. 36.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, 91 p.

13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991, 128 p.

1.2. SON CONTENU

Le texte d'introduction de la Politique expose le but qu'elle poursuit et les trois principales convictions sur lesquelles elle s'appuie. Les trois chapitres suivants définissent les principaux enjeux en matière de santé et de bien-être, les objectifs à atteindre d'ici 2002 et les grandes stratégies qui permettront de progresser vers ces objectifs. Ces différentes composantes de la Politique sont représentées au tableau 1.

Un but appuyé sur trois convictions

La Politique s'appuie sur la définition de la santé et du bien-être inscrite dans l'article 1 de la nouvelle loi sur la santé et les services sociaux (1991) :

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Le but de la Politique est « de réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent le plus la population », en proposant 19 objectifs de résultats à atteindre avant 2002. Ces objectifs de résultats obligent à choisir les moyens et les stratégies d'action les plus efficaces au sein du système de santé et de services sociaux. Ils doivent également associer un ensemble d'actions des autres secteurs d'activité de la vie collective.

Les objectifs et les stratégies d'action de la Politique reposent sur trois convictions :

La santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu.

Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective.

La santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement pour la société¹⁴.

Les enjeux et les constats qui en découlent

Le premier chapitre de la Politique présente les grands enjeux qui se dégagent alors en matière de santé et de bien-être et se termine par les constats suivants :

- La santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises se sont, dans l'ensemble, grandement améliorés au cours des 25 dernières années, et ce, en bonne partie, grâce au progrès socio-économique qu'a connu le Québec, à des

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La Politique de la santé et du bien-être, op. cit., p. 11-12.

conditions de vie plus saines et à de meilleures conditions de travail; bref, à un environnement généralement plus favorable à la santé et au mieux-être.

**TABLEAU 1
LES 19 PROBLÈMES PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE**

- Dans le champ de l'adaptation sociale :
1. Les abus sexuels, la négligence et la violence à l'endroit des enfants
 2. Les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes
 3. La délinquance
 4. La violence faite aux femmes
 5. L'itinérance
 6. L'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes
- Dans le champ de la santé physique :
7. Les naissances prématurées ou de poids insuffisant et les anomalies congénitales ou génétiques
 8. Les maladies cardiovasculaires
 9. Le cancer
 10. Les traumatismes
 11. Les maux de dos, l'arthrite et les rhumatismes
 12. Les maladies du système respiratoire
- Dans le champ de la santé publique :
13. Les maladies transmises sexuellement et le sida
 14. Les maladies infectieuses
 15. Les problèmes de santé dentaire
- Dans le champ de la santé mentale :
16. Les problèmes de santé mentale
 17. Le suicide
- Dans le champ de l'intégration sociale :
18. Les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées
 19. Les situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités

- L'accessibilité universelle des services sociaux et de santé n'a cependant pas permis d'éliminer ni même de réduire les écarts de santé et de bien-être entre les groupes socio-économiques et entre les territoires.
- Le système doit agir avec d'autres secteurs d'activité pour que l'on puisse espérer des gains additionnels en matière de santé et de bien-être.

Le chapitre se conclut sur l'idée que des gains supplémentaires peuvent être réalisés en fixant des objectifs précis orientés vers la réduction de problèmes spécifiques.

Les 19 problèmes prioritaires accompagnés d'objectifs de résultats

Le second chapitre de la Politique présente les 19 problèmes qui affectent le plus les Québécois et les Québécoises, selon les quatre critères suivants :

- 1) le nombre de personnes touchées : incidence, prévalence, évolution temporelle et spatiale;
- 2) les effets néfastes sur l'individu : décès, incapacité, maladie, souffrances physiques et psychologiques;
- 3) la sensibilité populaire au problème;
- 4) la disponibilité de solutions efficaces.

Les problèmes prioritaires ainsi définis sont regroupés en cinq grands champs d'action : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale.

Pour chaque problème, la Politique fixe une cible de résultat à atteindre en 2002 et indique les voies d'action prioritaires qui offrent les meilleures chances d'atteindre cette cible selon l'état des connaissances. Elle précise également les aspects du problème sur lesquels les efforts de recherche devraient être intensifiés. La liste des objectifs rattachés à chacun des problèmes est présentée au chapitre 6.

Les six grandes stratégies et les engagements ministériels

Le troisième et dernier chapitre de la Politique affirme que pour agir efficacement, il faut dorénavant s'attaquer aux facteurs communs à l'origine de différents problèmes. Il présente les principaux groupes de déterminants de la santé et du bien-être, qui sont :

- les facteurs biologiques;
- les habitudes de vie et les comportements (tabagisme, alcool, activité physique, alimentation, comportements sexuels);
- les milieux de vie (famille, école, travail, environnement social);
- l'environnement physique;
- les conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi);
- le système de services.

L'amélioration de la santé et du bien-être et la réduction des écarts seront obtenus en agissant sur ces grands déterminants et en intensifiant les efforts auprès des groupes plus vulnérables qui cumulent les problèmes et présentent plusieurs facteurs de risque. Elle propose enfin d'associer les partenaires des autres secteurs afin d'agir plus efficacement en amont des problèmes. Dans cette optique, il devient nécessaire d'adopter une démarche intégrée qui repose sur des stratégies d'ensemble¹⁵. La Politique en retient six :

15. Ibid., p. 134.

- 1^{re} stratégie : Favoriser le renforcement du potentiel des personnes
- 2^e stratégie : Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires
- 3^e stratégie : Améliorer les conditions de vie
- 4^e stratégie : Agir pour et avec les groupes vulnérables
- 5^e stratégie : Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être
- 6^e stratégie : Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses

Le tableau 2 indique les thèmes abordés dans chacune des stratégies. Ils sont développés en plusieurs sous-thèmes qui sont détaillés à l'annexe 1. Les stratégies sont assorties de 91 engagements ministériels.

1.3. UNE POLITIQUE VUE COMME INNOVATRICE

La Politique de la santé et du bien-être s'appuie sur des courants de pensée émergents et sur des tendances déjà présentes dans les milieux de pratique, mais elle vient néanmoins leur donner pour la première fois une reconnaissance formelle de la part des plus hautes instances du système socio-sanitaire.

Au moment de son adoption, elle est saluée comme le premier document d'orientation ministériel à présenter une vision globale de la santé et de ses déterminants et à intégrer dans cette vision les problématiques sociales¹⁶. C'est aussi la première politique à fournir un cadre de référence commun à l'ensemble du système sanitaire et à orienter son action vers des objectifs de résultats sur les plans de la santé et du bien-être, plutôt que vers des objectifs de production de services ou d'équilibre financier¹⁷.

Bien que n'ayant jamais été soutenue par un engagement formel du gouvernement du Québec, cette politique a été conçue et élaborée dès le départ comme une politique gouvernementale. Elle est la première politique à faire appel à l'implication de tous les secteurs de la collectivité dans une approche intersectorielle.

16. TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES, « Une analyse critique de la Politique de la santé et du bien-être », Nouvelles pratiques sociales, vol. 6, no 2, 1993, p. 169-178.

17. Daniel TREMBLAY, « La politique québécoise de la santé et du bien-être : un projet de société? », Revue canadienne de politique sociale, no 35, 1995, p. 59-68.

TABLEAU 2
LES THÈMES ABORDÉS DANS LES SIX STRATÉGIES DE LA POLITIQUE

1^{re} stratégie : FAVORISER LE RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

Les facteurs biologiques
Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé et au bien-être
Les capacités psychologiques et sociales

2^e stratégie : SOUTENIR LES MILIEUX DE VIE ET DÉVELOPPER
DES ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES

Les milieux de vie
L'environnement social
L'environnement physique

3^e stratégie : AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE

Le revenu
La scolarisation
Le logement
L'emploi

4^e stratégie : AGIR POUR ET AVEC LES GROUPES VULNÉRABLES

Les jeunes de milieu défavorisé
Les femmes âgées défavorisées et qui vivent seules
Les personnes qui ont une incapacité modérée ou grave
Les familles avec enfant qui vivent une situation de violence
Les familles monoparentales à faible revenu
Les populations récemment immigrées
Les communautés autochtones
Les populations des quartiers défavorisés, des villes de ressources et de plusieurs villages de l'arrière-pays

5^e stratégie : HARMONISER LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LES ACTIONS EN
FAVEUR DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Les interventions des pouvoirs publics
Le dynamisme local et régional

6^e stratégie : ORIENTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
VERS LES SOLUTIONS LES PLUS EFFICACES ET LES MOINS
CÔUTEUSES

La conception des programmes et la régionalisation des services
La répartition équitable des ressources
L'évaluation
L'implantation et le développement de la politique

2. LES ORIGINES DE L'ÉVALUATION ET L'APPROCHE RETENUE

L'origine du mandat d'évaluation

En prévision du renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être annoncé dans son Plan stratégique 2001-2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait planifié la réalisation d'un « bilan de la Politique de santé et de bien-être (1992) incluant l'atteinte des objectifs, l'évaluation de l'implantation¹⁸ ».

Les objectifs initiaux de l'évaluation

Un devis préliminaire d'évaluation fut élaboré en septembre 2002 (voir annexe 2), en tenant compte du fait que les résultats devaient alimenter directement l'équipe chargée de la rédaction de la nouvelle politique et que ces travaux allaient débiter trois mois plus tard, soit dès janvier 2002.

Les objectifs d'évaluation étaient au départ les suivants :

- évaluer le processus de mise en œuvre de la Politique;
- établir le degré d'implantation de la Politique dans les actions du réseau, notamment sur le plan des orientations, des politiques et des programmes, de l'organisation des services, de l'allocation des ressources ainsi que du financement de la recherche;
- évaluer l'impact respectif des différents éléments de la Politique, en particulier l'impact des objectifs comparé à celui des stratégies.

Le bilan de l'atteinte des objectifs devait être réalisé en parallèle par le Service des politiques et orientations stratégiques.

Au cours du printemps 2002, alors que la collecte de données touchait à sa fin, l'équipe de rédaction dut cependant mettre en suspens le projet de renouvellement de la Politique pour entreprendre la préparation de nouvelles orientations ministérielles¹⁹.

18. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET DE L'ÉVALUATION, Plan d'action du Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2001, Objectif 1 [document non paginé].

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2002, 34 p.

Cette situation conduisit l'équipe d'évaluation à interrompre ses travaux pour ensuite les reprendre à la lumière de nouveaux objectifs, mais sans élaborer un nouveau devis. L'analyse et la rédaction du rapport se poursuivirent par périodes intermittentes au cours de l'année qui suivit.

La démarche retenue en bout de ligne vise à présenter une appréciation plus globale du processus de mise en œuvre de la Politique et de ses effets sur l'action du Ministère et du réseau, en regard des effets qui étaient attendus au moment de son adoption. Les questions d'évaluation qui ont finalement orienté l'analyse présentée dans ce rapport peuvent être formulées comme suit :

- 1) Concernant le *processus de mise en œuvre* de la Politique :
 - Quelles sont les étapes qui furent réalisées pour amorcer la mise en œuvre, le suivi et la mise à jour de la Politique et quelles sont les conditions qui ont facilité ce processus ou qui lui ont nui?
- 2) Concernant les principales *réalisations ministérielles* en regard de ce que proposait la Politique :
 - Les actions structurantes annoncées dans le Plan de mise en œuvre ont-elles été réalisées?
 - Quelles ont été les interventions du Ministère en lien avec les 19 problèmes prioritaires et avec les engagements ministériels rattachés aux stratégies?
- 3) Concernant les *effets* de la Politique sur les différents acteurs du réseau :
 - La Politique a-t-elle apporté une vision plus globale de la santé et du bien-être?
 - A-t-elle mobilisé les acteurs et a-t-elle fourni un cadre commun pour orienter leur action?
 - Jusqu'à quel point ces effets ont-ils persisté dans le temps?

Bien que cet élément n'ait pas été prévu dans le mandat d'évaluation initial, un bilan sommaire de l'atteinte des objectifs a également été intégré au contenu du rapport afin de donner un aperçu de l'évolution de la situation depuis 1992.

Les principales sources de données

Étant donné l'absence d'un suivi formel de la mise en œuvre de la Politique et les délais imposés au départ pour cette évaluation, la stratégie retenue devait mettre l'accent sur les moyens les plus rapides de collecte de données et sur l'utilisation maximale des sources d'information existantes. Les principales sources de données utilisées furent :

- les points de vue exprimés lors d'une tournée des régions socio-sanitaires à laquelle ont participé 193 personnes appartenant au réseau et à d'autres secteurs;

- un relevé des interventions ministérielles les plus marquantes se rapportant aux objectifs et aux engagements ministériels inscrits dans la Politique, en collaboration avec les porteurs de dossiers à l'intérieur du Ministère;
- des entrevues auprès d'acteurs clés ayant été associés de près à l'élaboration et à la mise en œuvre de la Politique;
- une revue sommaire de diverses sources documentaires, incluant les rapports annuels du Ministère de 1992 à 2002, les plans d'action régionaux de santé et de bien-être découlant de la Politique, les plans régionaux de transformation (1995-1998) et les plans régionaux de consolidation (1999-2002).

L'analyse des données a été réalisée par le Service de l'évaluation. Elle a été validée et bonifiée par les commentaires de différentes personnes rattachées à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation et au Service des politiques et orientations stratégiques. La description détaillée des travaux ainsi que les principaux outils développés au cours de l'évaluation sont rassemblés dans le *Recueil d'annexes méthodologiques*²⁰.

L'accompagnement d'un groupe conseil

L'équipe d'évaluation fut soutenue dans sa démarche par un groupe restreint de conseillers externes, composé de trois personnes choisies pour leur expertise en évaluation et leur connaissance étendue du système sociosanitaire, deux d'entre elles appartenant aux régies régionales et une troisième appartenant au milieu universitaire. Leur rôle a consisté à accompagner l'équipe dans les principales étapes de planification et de réalisation des travaux ainsi qu'à commenter les différentes versions de ce rapport.

Portée et limites de l'évaluation

La première limite de cette évaluation est qu'elle a dû être réalisée sans l'information de base résultant d'un suivi systématique. Il a également été impossible de retrouver dans les archives ministérielles un dossier qui se serait rapporté précisément à la Politique et à sa mise en œuvre. Les rapports annuels du Ministère furent à certains égards la seule source écrite permettant de retracer les grandes étapes de ce processus; ces rapports doivent cependant être utilisés avec prudence car, jusqu'à l'adoption du nouveau cadre de gestion gouvernementale, ils fournissent une description très succincte et peu précise des activités du Ministère.

Il s'est avéré difficile, dans de telles conditions, de rapporter fidèlement l'évolution des travaux ministériels au cours d'une période aussi longue, considérant aussi le fait que les dossiers reliés aux objectifs et aux stratégies de la Politique ont été assignés à plusieurs responsables successifs et sont parfois demeurés sans porteur ou sans structure interne de coordination pendant des périodes plus ou moins longues. De nombreux

20. SERVICE DE L'ÉVALUATION, Évaluation de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être. Recueil d'annexes méthodologiques, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 (à paraître).

éléments du processus de mise en œuvre n'ont pu être reconstitués qu'au moyen d'entrevues avec d'anciens gestionnaires et employés du Ministère.

Dans plusieurs cas, en particulier concernant les effets de la Politique sur l'action du réseau, l'approche retenue a été de faire appel aux points de vue et aux perceptions des acteurs et des témoins de la mise en œuvre de la Politique. Cette approche qualitative comporte ses limites, mais permet aussi, en raison de la convergence des points de vue recueillis, d'ajouter aux analyses une dimension plus proche des réalités régionales et locales et plus riche que ce qu'aurait permis le seul examen des documents administratifs.

Enfin, ajoutons que l'échéancier initial et le contexte interne de la Direction générale à l'automne 2002 ne permettaient pas d'envisager une démarche d'évaluation soutenue par des collaborations formelles ou de grande envergure avec les organismes et associations concernés par cette question, ce qui aurait sans doute enrichi l'analyse et les conclusions de ce rapport. L'apport du groupe conseil a néanmoins permis de compenser en partie cette lacune.

La formule simple, rapide et relativement peu coûteuse des rencontres régionales a été généralement très bien reçue. Certains participants ont soutenu que le Ministère aurait avantage à utiliser une formule semblable plus souvent en raison des échanges directs qu'elle permet entre les interlocuteurs ministériels, régionaux et locaux.

3. LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

Dans les mois qui suivirent l'adoption de la Politique, au moment où se préparait également la mise en application de la nouvelle loi sur la santé et les services sociaux, le Ministère entreprit de faire connaître la Politique et de planifier plus concrètement son implantation. Un Plan de mise en œuvre²¹ succinct, mais fort ambitieux, fut envoyé aux présidents et présidentes des régies régionales le 15 décembre 1992, accompagné d'une lettre²² du ministre Marc-Yvan Côté.

Bien qu'il ait été rendu public et qu'il ait fait l'objet de discussions entre le Ministère et les régies régionales, ce plan n'a fait l'objet d'aucun suivi et son existence est tombée dans l'oubli, tant à l'intérieur du Ministère que chez la plupart des interlocuteurs régionaux rencontrés au cours de cette évaluation. Cependant, étant donné le très vaste domaine couvert par cette Politique, il est apparu comme une grille extrêmement utile pour cibler les mesures d'intérêt majeur à documenter.

Les pages qui suivent donnent une vue d'ensemble de ce plan, rappellent le contexte qui a entouré sa mise en œuvre et décrivent le déroulement des deux principales démarches entreprises pour amorcer la mise en œuvre de la Politique. La première consistait à former un comité à l'intérieur du Ministère pour prioriser les engagements ministériels inscrits dans la Politique et assurer leur suivi. La seconde consistait à donner aux régies régionales le mandat d'élaborer des priorités régionales de santé et de bien-être inspirées des objectifs et des stratégies de la Politique ainsi que des plans d'action triennaux.

Le déroulement de ces deux démarches est décrit dans les pages qui suivent, de même que le contexte qui les a entourées et les facteurs qui ont contribué à la mise en veilleuse du processus de mise en œuvre.

3.1. LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Ce plan rappelle brièvement les grandes lignes de la Politique et présente sous forme de tableaux les actions structurantes à réaliser sur les plans régional, ministériel et gouvernemental (voir tableau 3). Ces actions poursuivent trois grands objectifs : 1) la sensibilisation et la mobilisation des acteurs, 2) la mise en œuvre des engagements ministériels et 3) le suivi et la mise à jour de la Politique.

Un grand nombre d'actions doivent, selon le Plan, être réalisées ou entreprises pendant la première année de mise en œuvre de la Politique, c'est-à-dire avant juin 1993. Le Plan annonce que les actions à réaliser à moyen et à long terme se préciseront davantage au cours de cette première année.

21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan de mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être – An 1, op. cit. Ce document est présenté à l'annexe 3.

22. Voir l'annexe 4.

TABLEAU 3
PRINCIPALES MESURES DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (TABLEAU SYNTHÈSE²³)

D'ICI JUIN 1993			
OBJECTIFS	NIVEAUX D'INTERVENTION		
	RÉGIONAL	MINISTÉRIEL	GOUVERNEMENTAL
Sensibilisation et mobilisation des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue d'activités de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • [...] séminaires interdirectionnels • Campagne publique de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentations
Mise en œuvre des engagements ministériels	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des priorités régionales et élaboration d'un plan d'action • Répartition intrarégionale des ressources en fonction des besoins [...] en tenant compte du critère d'allocation [...] de 20 % [...] 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification [...] des engagements à réaliser en priorité • [...] cadre de la gestion par programme • Détermination des enveloppes régionales par champs d'activités et par programme [...] 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption d'un plan d'action intersectoriel pour la réduction de la pauvreté • Implantation du Conseil de la santé et du bien-être
		<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation des services de première ligne • Allocation d'un minimum de 20 % [...] à des activités de prévention et de promotion [...] • Conception et développement de systèmes d'information « clientèle » et « population » [...] • Identification par le CQRS et le FRSQ de nouvelles priorités de recherche [...] 	
Suivi et mise à jour	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport annuel au Ministère • Mise en place d'un mécanisme de concertation MSSS-régies régionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un comité interdirectionnel chargé d'assurer le suivi du plan d'action [...] • Développement d'indicateurs de l'état de santé et de bien-être [...] • Réalisation de l'enquête de 1992 et consolidation de Santé Québec 	

23. Ce tableau est extrait du Plan de mise en œuvre dont le texte intégral est présenté à l'annexe 3.

TABLEAU 3 (SUITE)
PRINCIPALES MESURES DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (TABLEAU SYNTHÈSE)

	D'ICI 1995			D'ICI 1998			D'ICI 2001		
	NIVEAUX D'INTERVENTION			NIVEAUX D'INTERVENTION			NIVEAUX D'INTERVENTION		
OJECTIFS	RÉGIONAL	MINISTÉRIEL	GOVERNEMENTAL	RÉGIONAL	MINISTÉRIEL	GOVERNEMENTAL	RÉGIONAL	MINISTÉRIEL	GOVERNEMENTAL
Sensibilisation Mobilisation	FORUM NATIONAL			FORUM NATIONAL			FORUM NATIONAL		
Mise en œuvre		Opérationnali- sation de la gestion par programme Intégration aux programmes des stratégies d'action inter- sectorielle Mise en place du système de reddition de comptes en fonction des programmes	Avec le MEQ et le MESS, intégration des contenus de la politi- que à l'intérieur des programmes de forma- tion des futurs profes- sionnels et gestionnai- res de la santé et des services sociaux						
Suivi et mise à jour	FORUM NATIONAL			FORUM NATIONAL			FORUM NATIONAL		
	Rapport triennal à la Commis- sion parle- mentaire des affaires sociales Rapport annuel au Ministère sur l'état d'avanceme nt du plan d'action	Rapport annuel à la Commis- sion parlemen- taire des affai- res sociales		Rapport triennal à la Commission parlementaire des affaires sociales Rapport annuel au Ministère	Rapport annuel à la Commis- sion parlemen- taire des affai- res sociales		Rapport triennal à la Commission parlementaire des affaires sociales Rapport annuel au Ministère	Rapport annuel à la Commission parlementaire des affaires sociales	

Les actions prévues au cours de l'an 1

Afin de *sensibiliser et de mobiliser* les acteurs, le Plan de mise en œuvre prévoit des présentations à l'échelle gouvernementale, la tenue de séminaires à l'intérieur du Ministère, des activités de sensibilisation à l'échelle régionale ainsi qu'une campagne publique de sensibilisation.

Afin d'assurer *la mise en œuvre* de la Politique, des actions structurantes plus nombreuses et plus précises sont présentées selon trois niveaux de responsabilité :

- Au niveau gouvernemental:
 - l'adoption d'un plan d'action intersectoriel pour la réduction de la pauvreté;
 - l'implantation du Conseil de la santé et du bien-être.
- Au niveau ministériel:
 - l'identification des engagements à réaliser en priorité par chacune des directions générales;
 - le parachèvement du cadre de gestion par programme;
 - la détermination d'enveloppes budgétaires régionales en fonction des populations à desservir;
 - la consolidation des services de première ligne;
 - l'allocation d'un minimum de 20 % des budgets de développement à la prévention et à la promotion;
 - le développement de systèmes d'information « clientèle » et « population »;
 - l'identification de nouvelles priorités de recherche par le Fonds québécois de recherche sur la santé (FQRS) et le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).
- Au niveau régional:
 - l'identification de priorités régionales de santé et de bien-être et l'élaboration de plans d'action régionaux;
 - la répartition intrarégionale des ressources en fonction des besoins des populations, en tenant compte du critère d'allocation d'un minimum de 20 % des budgets de développement à des activités de prévention et de promotion.

Afin d'assurer *le suivi et la mise à jour* de la Politique, des mesures sont prévues au cours de l'an 1 selon deux niveaux de responsabilité :

- Au niveau ministériel:
 - la création d'un comité interdirectionnel pour assurer le suivi du Plan d'action et préparer le rapport du ministre à l'intention de la Commission parlementaire des affaires sociales;
 - le développement d'indicateurs de l'état de santé et de bien-être de la population;

- la réalisation de l'enquête de 1992 et la consolidation de Santé Québec²⁴.
- Au niveau régional:
 - la mise en place d'un mécanisme de concertation MSSS-régies régionales;
 - le dépôt d'un rapport annuel des régies au Ministère.

Les actions prévues à moyen et à long terme

À moyen terme, soit de 1992 à 1995, le Plan annonce la poursuite d'actions devant compléter la mise en œuvre des priorités suivantes :

- opérationnaliser la gestion par programme;
- intégrer aux programmes des stratégies d'action intersectorielle;
- mettre en place un système de reddition de comptes en fonction des programmes;
- intégrer des contenus de la Politique aux programmes de formation des futurs professionnels et gestionnaires de la santé et des services sociaux, par une collaboration avec le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

En ce qui a trait au suivi et à la mise à jour de la Politique à plus long terme, soit jusqu'en 2002, le Plan prévoit :

- que le ministre fera rapport annuellement à la Commission parlementaire des affaires sociales;
- que les régies régionales feront rapport annuellement au ministre et tous les trois ans à la Commission parlementaire.

Des forums nationaux sont prévus tous les trois ans, soit en 1995, 1998 et 2001, à la fois pour contribuer au suivi et à la mise à jour de la Politique et pour sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs.

3.2. LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET BUDGÉTAIRE ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE

Au moment même où était élaboré le contenu de la Politique et tout au long des années 1990, le réseau de la santé et des services sociaux a connu d'importantes transformations à la suite de la Réforme et de la nouvelle loi sur la santé et les services sociaux. Ces transformations sont également survenues au cours d'une période extrêmement exigeante sur le plan budgétaire.

24. Santé Québec est le terme qui fut utilisé pour désigner la première enquête sociale et de santé réalisée en 1987 auprès de la population dans toutes les régions du Québec, enquête qui devait par la suite être répétée tous les cinq ans. Ce terme désignait également l'organisme institué par le Ministère pour réaliser ces enquêtes générales et d'autres enquêtes thématiques.

1991-1993 : la mise en place de la Réforme et la transformation du réseau

Le projet de réforme annoncé en 1991 visait au départ à mieux répondre aux besoins de la population en décentralisant aux échelons local et régional les responsabilités et les moyens à l'égard de la population d'un territoire donné, et en réorganisant le système en fonction de services davantage intégrés, continus et complémentaires.

Le système socio-sanitaire a donc été entraîné dans des changements structurels majeurs découlant de la nouvelle loi. C'est ainsi qu'en octobre 1992, tous les anciens conseils de la santé et des services sociaux²⁵ furent remplacés par des régies régionales de la santé et des services sociaux, et que les limites territoriales de plusieurs régions socio-sanitaires furent modifiées pour permettre la création de cinq nouvelles régions, portant leur nombre de 13 à 18.

Dans la foulée de cette restructuration, les anciens départements de santé communautaire, au nombre de 32, furent progressivement regroupés à l'intérieur des nouvelles directions de la santé publique créées dans chacune des régies régionales. On assista aussi, pendant les années qui suivirent, à la fusion ou au regroupement d'établissements assumant diverses missions et à des changements de vocation pour un certain nombre d'entre eux. En 1992, le réseau comptait 663 établissements administrés par autant de conseils d'administration. Cinq ans plus tard, on ne comptait plus que 424 établissements regroupés sous 356 conseils d'administration²⁶.

La Réforme proposait par ailleurs de modifier les pratiques hospitalières en mettant à profit le développement des technologies et l'évolution des connaissances. On devait ainsi diminuer le recours aux services spécialisés, réduire les taux d'hospitalisation et la durée des séjours hospitaliers. Les ressources ainsi dégagées devaient être redirigées vers les services de base, notamment vers les services ambulatoires et les services à domicile (ce qu'il fut convenu d'appeler par la suite le « virage ambulatoire »). Des changements dans le même sens étaient planifiés du côté des services de santé mentale et des services d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes en perte d'autonomie.

1993-1998 : la recherche de l'équilibre des finances publiques

Dès 1993, sous le thème du Défi «Qualité-Performance», le Ministère et son réseau commencèrent à planifier un accroissement draconien de la performance du système afin de contribuer à l'équilibre des finances publiques du Québec. Le cadre budgétaire dans lequel le réseau dut manœuvrer comportait un objectif global de rationalisation d'environ 750 M\$ à atteindre sur trois ans (1994-1997). Aucun nouveau développement budgétaire n'est survenu avant 1998.

C'est dans ce contexte que chacune des régies régionales dut élaborer un plan triennal de transformation du système de santé et de services sociaux pour la période 1995-1998, alors qu'elles venaient tout juste d'adopter leur plan d'action triennal de santé et

25. À l'exception de celui des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

26. Transformation du réseau public de la santé et des services sociaux depuis 1992, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1997 (données non publiées).

de bien-être ou s'apprêtaient à le faire. Ce contexte de restrictions entraîna la suppression ou la réorganisation de nombreux services à partir de ressources humaines et financières réduites.

Il fut également marqué par des suppressions de postes et par un programme d'incitation à la retraite qui, dans ce contexte difficile, favorisa le départ d'un très grand nombre d'infirmières et d'autres professionnels de la santé parmi les plus expérimentés. Ainsi, les effectifs salariés du réseau, incluant le personnel cadre et syndiqué, passèrent de 172 308 à 157 496 entre 1993-1994 et 1997-1998 (nombre d'équivalents temps plein). Les effectifs du Ministère, incluant le personnel cadre, professionnel et fonctionnaire, passèrent de 997 à 700 au cours de la même période. Quant au nombre de médecins, il demeura assez stable, aux environs de 14 000²⁷.

1999-2002 : les transformations se poursuivent

Après les plans de transformation, les régies régionales furent invitées à élaborer les plans de consolidation 1999-2002, dont la réalisation fut encadrée cette fois par des ententes de gestion. Ces nouveaux plans triennaux, marqués par la fin des compressions budgétaires, devaient permettre au réseau de consolider les transformations réalisées au cours des années précédentes.

Il s'avéra cependant qu'au cours de la période de compression, plusieurs établissements, en particulier des centres hospitaliers, avaient en réalité accumulé d'importants déficits. La nécessité du retour à l'équilibre budgétaire donna lieu à des négociations avec le Ministère qui se conclurent par l'effacement des déficits accumulés au 31 mars 2000 (540 M\$) et par l'adoption d'une loi destinée à renforcer l'obligation d'équilibre budgétaire²⁸. Au cours de l'année financière 2000-2001, le Ministère accorda également un rehaussement des bases budgétaires des établissements publics de l'ordre de 650 M\$.

Enfin, en juin 2001, l'adoption de nouvelles dispositions législatives apporta d'autres changements majeurs à la gouverne du système²⁹ en modifiant de nouveau les fonctions des régies régionales et de différentes instances du réseau et en leur appliquant des mécanismes de reddition de comptes inspirés de ceux qu'avait fait naître la réforme de l'administration gouvernementale³⁰. On devine donc que les nombreux changements décrits plus haut, conjugués à une forte décroissance budgétaire, ont pu avoir un impact défavorable sur la mise en œuvre de la Politique.

27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, INFO-SÉRHM – Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2003, tableaux 1, 3 et 5.

28. Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, L.R.Q., c. E-12.0001.

29. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, adoptée le 21 juin 2001.

30. Loi sur l'administration publique, L.R.Q., c. A-6.01, adoptée le 25 mai 2000.

3.3. L'AMORCE DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Nous décrivons dans la section qui suit les deux principales démarches qui furent entreprises pour amorcer la mise en œuvre de la Politique au cours des premières années suivant son adoption ainsi que les circonstances qui conduisirent à l'abandon de ce processus.

L'amorce du processus à l'échelle ministérielle : la priorisation des engagements à réaliser au cours de l'an 1

Au début de 1993, le Ministère forma un comité réunissant une vingtaine de directeurs et lui confia le mandat de déterminer, parmi les 91 engagements ministériels inscrits dans la Politique, lesquels, selon les responsabilités propres à chaque direction, pouvaient être réalisés en priorité avant juin 1993 et à plus long terme.

La réalisation de ce mandat fut amorcée mais ne fut pas complétée. D'après des personnes qui ont participé directement à ce comité, la Politique était alors considérée avec scepticisme par certains autres gestionnaires du Ministère, qui craignaient que sa mise en œuvre amène une inflation des demandes budgétaires de la part du réseau. Il semble que les directeurs présents à ce comité étaient prêts à faire face à ce scepticisme pour faire progresser la mise en œuvre. Mais après deux ou trois rencontres, leurs travaux furent interrompus par le départ de la directrice de la planification, qui en assumait la présidence, et le comité ne fut jamais convoqué par son successeur. La priorisation des engagements ministériels et leur suivi ne furent donc jamais réalisés, du moins de façon formelle.

L'amorce du processus à l'échelle régionale : les attentes signifiées aux régies par le Ministère

Dans une lettre qu'il leur adressait le 15 décembre 1992, le ministre invitait chacune des régies régionales à :

- traduire les objectifs et les stratégies de la Politique en fonction, d'une part, des caractéristiques socio-sanitaires de la population de leur région et, d'autre part, du résultat visé pour l'ensemble du Québec;
- mettre en œuvre un plan d'action pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixés en concertation avec les établissements et organismes du milieu³¹.

31. Voir la lettre du ministre à l'annexe 4.

Ce plan d'action devait être approuvé par l'Assemblée régionale³² et être révisé tous les trois ans. Le ministre demandait aux régies de lui soumettre ce plan d'ici la fin de l'année 1993. Il leur présentait également le Plan de mise en œuvre en réitérant son intention « de réaliser dès cette première année un ensemble d'actions structurantes essentielles à la mise en œuvre de la Politique, tel que l'illustre le document joint à la présente ».

Dans un premier temps, le sous-ministre adjoint à la planification et à l'évaluation et la directrice de la planification rencontrèrent la Table des directrices et directeurs généraux des régies régionales pour discuter des étapes de la mise en œuvre de la Politique à l'échelle régionale.

Lors d'une seconde rencontre avec les directrices et directeurs généraux, le 2 février 1993, le Ministère précisa ses attentes par rapport aux plans d'action régionaux, lesquelles étaient regroupées en cinq points (voir tableau 4). Un groupe de travail fut alors formé pour définir, à partir de ces attentes, le « bien livrable », c'est-à-dire le canevas commun à partir duquel seraient préparés les plans d'action régionaux.

À sa réunion du 21 avril 1993, la Table des DPRE (directeurs de planification, recherche et évaluation) rencontra la Direction de la planification pour lui présenter le rapport du groupe de travail, dans lequel étaient précisées les grandes lignes du « bien livrable »³³. On peut lire au compte rendu que, du point de vue des régies, l'échéance de décembre 1993 posait un problème majeur, considérant que « cette démarche nécessit[ait] la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs » et que « l'organisation interne de chaque régie régionale et la mise en place des régies régionales dans les nouvelles régions [venaient] jouer sur les délais ».

On soulignait enfin que « des efforts soutenus devr[aient] être consacrés pour vulgariser la démarche, la rendre accessible à tous les acteurs, dont les citoyens, les municipalités et les autres acteurs de l'intersectoriel³⁴ ». Ce rapport annonçait également que les plans d'action allaient préciser les attentes des régies régionales à l'égard du Ministère à titre « de facilitateur de concertation multisectorielle [et de] mobilisateur des divers secteurs gouvernementaux ».

32. Les assemblées régionales ont été créées par la Loi sur la santé et les services sociaux en 1991. Elles ont pour fonctions, entre autres choses, d'élire les membres du conseil d'administration de la régie régionale, d'approuver les priorités régionales en matière de services de santé et de services sociaux et d'approuver le rapport annuel de la régie régionale. Elles sont composées de personnes élues par les établissements sociosanitaires de la région (40 %), par les organismes communautaires (20 %), par les groupes socio-économiques et autres groupes intéressés au domaine de la santé et des services sociaux (20 %) et par les municipalités de la région (20 %).

33. GROUPE DE TRAVAIL MSSS-RÉGIES RÉGIONALES SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, Rapport du groupe de travail MSSS-régies régionales sur la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être : le bien livrable relativement aux priorités et le plan d'action régional, version d'avril 1993, 8 p. Ce document est reproduit à l'annexe 5.

34. Compte rendu de la réunion régulière des directeurs de planification, recherche et évaluation des régies régionales tenue le mercredi 21 avril 1993 à la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, p. 3-4.

TABLEAU 4
ATTENTES SIGNIFIÉES AUX RÉGIES RÉGIONALES EN VUE DE L'ÉLABORATION DES PLANS D'ACTION RÉGIONAUX POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE³⁵

1. Une mobilisation du milieu régional, des ressources humaines du réseau, des membres des conseils d'administration et des assemblées régionales vers l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être.
2. Une analyse de la situation de la région comprenant :
 - ❑ la description des problèmes, de leur ampleur et de leur distribution dans le temps et dans l'espace;
 - ❑ les facteurs associés;
 - ❑ les groupes les plus touchés;
 - ❑ une analyse critique des façons actuelles d'intervenir;
 - ❑ l'identification des actions les plus efficaces pour les prévenir et les réduire.
3. Les choix de la région (le plan d'action) :
 - ❑ une adaptation à la réalité régionale des objectifs et des stratégies nationaux;
 - ❑ le choix des objectifs régionaux;
 - ❑ le choix des stratégies sectorielles;
 - ❑ le choix des stratégies intersectorielles;
 - ❑ l'identification des attentes vis-à-vis les acteurs extérieurs à la région et notamment vis-à-vis le ministère de la Santé et des Services sociaux.
4. La traduction des choix régionaux au niveau de l'organisation des services et de l'allocation des ressources :
 - ❑ en fonction des bassins de population à desservir, des caractéristiques des populations et des territoires où les groupes vulnérables sont concentrés;
 - ❑ en recourant aux solutions jugées les plus efficaces et les plus appropriées;
 - ❑ en consacrant un minimum de 20 % des budgets de développement à des activités de promotion et de prévention.
5. Des éléments de suivi et de développement de la Politique :
 - ❑ évaluation et monitoring;
 - ❑ recherche dans les domaines priorités par la Politique;
 - ❑ continuité (rapport annuel, rapport triennal, Conseil de la santé et du bien-être, participation au forum national).

35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Compte rendu d'une rencontre MSSS-régies régionales sur la Politique de la santé et du bien-être, 2 février 1993, présidée par madame Hélène Morais.

En mai 1993, soit près d'un an après la publication de la Politique, le Ministère et les régies en étaient toujours à définir les mécanismes et les instruments de mise en œuvre à l'échelle régionale. On voit ainsi qu'il y a eu dès le départ une volonté commune, tant de la part du Ministère que des régies régionales, de mobiliser non seulement le réseau, mais aussi le milieu de façon très large, dans l'élaboration des plans d'action. On reconnaissait de part et d'autre que cette démarche comporterait plusieurs étapes et qu'elle s'étendrait sans doute sur plus d'un an.

L'élaboration des plans d'action régionaux

L'élaboration des plans d'action régionaux conformément aux attentes signifiées s'avéra effectivement un processus assez complexe dans la plupart des régions. Plusieurs régies régionales préparèrent d'abord différents documents préparatoires portant sur la prévalence des problèmes sociosanitaires et sur les caractéristiques de la population de leur territoire.

Les consultations régionales furent ensuite menées dans la collectivité de façon très large, impliquant de nombreux acteurs des milieux communautaire, municipal, économique et autres. Elles eurent souvent lieu en deux ou trois étapes, soit une première démarche visant à s'approprier le contenu de la Politique, puis des consultations visant à établir des priorités régionales (priorisation des problèmes) et à déterminer des objectifs de résultats, et une dernière démarche, parfois restreinte au réseau et à des partenaires plus ciblés, visant à produire le plan d'action en tant que tel, en précisant davantage les moyens et les stratégies retenus pour atteindre ces objectifs.

Les régions de l'Estrie et de l'Outaouais avaient adopté en janvier et en septembre 1991 des priorités régionales qui devaient orienter leur action jusqu'à la fin de la décennie, en conformité avec les Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec (1989). Elles reçurent ce nouveau mandat moins de deux ans plus tard et durent reprendre l'exercice.

Les deux régions nordiques, dont la population est majoritairement composée de communautés autochtones, soit les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik, furent également invitées à traduire la Politique en fonction des réalités de leur territoire.

Ainsi, la région du Nunavik mena une consultation auprès de 14 communautés inuites de son territoire afin de définir les priorités locales de santé et de bien-être et alloua 60 000 \$ aux deux centres de santé du territoire pour la réalisation de projets dans ces communautés³⁶. Cette consultation permit de réviser un premier plan d'action qui avait été produit à la suite des orientations de 1989. La nouvelle version du plan d'action déposée en 1994 déterminait 14 problèmes prioritaires, assortis d'objectifs de résultats et de moyens d'action³⁷.

36. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK, Rapport annuel 1995-1996, Kuujuaq, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, [1996], p. 12-13.

37. CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Pour la santé et le bien-être dans la région Kativik. Défis et objectifs prioritaires, (Version révisée, mars 1994), [Kuujuaq], Conseil régional Kativik de la Santé et des Services sociaux, 1994, 59 p.

Dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, la Politique a servi de toile de fond à la mise en place de la Direction régionale de santé publique et plus récemment, à la planification stratégique régionale³⁸.

Les plans d'action régionaux furent complétés et adoptés par les conseils d'administration des régies régionales, puis par chacune des assemblées régionales, entre le mois d'octobre 1993 et le mois de mars 1996.

Le Ministère mit sur pied un comité pour évaluer et analyser les plans d'action régionaux. Les critères devant orienter ce processus furent définis conjointement avec les régies régionales et déposés en juin 1994³⁹. Le travail d'analyse et d'approbation des plans se poursuivit de façon assez intensive au cours de l'année 1995.

On peut voir le chevauchement de cette démarche avec l'élaboration des plans régionaux de transformation du réseau dans le tableau 5 : la plupart de ces derniers furent adoptés dans la première moitié de 1995, et cinq autres le furent entre septembre 1995 et juin 1996. Dans certains cas, ces deux documents majeurs ont été adoptés par le conseil d'administration de la régie régionale à quelques semaines d'intervalle.

Le processus fut donc complété, mais la Table des DPRE estima après quelque temps qu'il n'y avait plus lieu de traiter des priorités de santé et de bien-être. La raison exacte de cette décision n'est pas connue, mais on peut supposer que les plans de transformation 1995-1998 étaient déjà passés au premier rang des priorités.

La traduction régionale de la Politique dans les plans d'action régionaux

Les régions procédèrent à ce qu'il fut convenu d'appeler la « régionalisation » de la Politique selon des approches fort variées. Ces documents, malgré le canevas de base convenu au départ entre les régies et le Ministère, se présentèrent sous des formes entièrement différentes d'une région à l'autre, et utilisaient des concepts et un vocabulaire particuliers à chacune.

Seules trois régions conservèrent l'ensemble des 19 problèmes prioritaires de la Politique⁴⁰. D'autres régions conservèrent la plupart des priorités nationales dans leur plan d'action, mais en ciblèrent un nombre plus limité comme priorités régionales⁴¹. Ailleurs, le nombre de problèmes retenus varia entre 5 et 18.

38. Information obtenue dans une correspondance de madame Manon Dugas le 19 février 2003 et lors d'une rencontre avec messieurs Marcel Villeneuve et James Bobish le même jour à Québec.

39. SERVICE DES POLITIQUES ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, Cadre d'analyse pour l'approbation des plans de mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être, Québec, Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1994, 2 p. (voir annexe 6).

40. Il s'agit de la Mauricie, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Chaudière-Appalaches.

41. Ce fut le cas notamment de Montréal-Centre et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

TABLEAU 5
DATES D'ADOPTION DES PLANS RÉGIONAUX DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE
ET DES PLANS RÉGIONAUX DE TRANSFORMATION

Région	Adoption du PAR ⁴²	Adoption du PTR ⁴³
(09) Côte-Nord	Octobre 1993	Février et avril 1995 (en trois documents)
(08) Abitibi-Témiscamingue	Janvier 1994	Juin 1996
(17) Nunavik	Mars 1994 (révision des priorités de 1991)	Décembre 1995
(01) Bas-Saint-Laurent	Mai 1994	Mai 1995
(05) Estrie	Juin 1994 (révision des priorités de janvier 1991)	Juin 1995
(10) Nord-du-Québec	Juin 1994	Avril 1995
(16) Montérégie	Juin 1994	Mars 1995
(12) Chaudière-Appalaches	Octobre 1994	Septembre 1995
(03) Québec	Novembre 1994	Juin 1995
(04) Mauricie et Centre-du-Québec	Priorités régionales, avril 1994 Stratégies d'action, février 1995	Mai 1995
(06) Montréal-Centre	Mars 1995	Juin 1995
(02) Saguenay-Lac-Saint-Jean	Mai 1995	Décembre 1995
(14) Lanaudière	Mai 1995	Février 1996 (modifié en mai et octobre 1996)
(07) Outaouais	Mai 1995 (révision des priorités de septembre 1991)	Mai 1995
(15) Laurentides	Juin 1995	Avril 1995
(11) Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Mars 1996	Juin 1996
(13) Laval	Priorités, novembre 1994 Plan d'action, mars 1996	Juin 1996
(18) Terres-Cries-de-la-Baie-James	(aucun plan spécifique adopté en lien avec la Politique)	***

42. PAR : Plan d'action régional pour l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être.

43. PTR : Plan de transformation du réseau 1995-1998.

Les objectifs rattachés à certains problèmes furent parfois repris textuellement ou légèrement modifiés pour ajuster l'objectif à la lumière des statistiques régionales. Dans d'autres cas, ils furent reformulés au point de modifier entièrement la cible (ex. dans l'Outaouais) ou furent décomposés en deux ou même trois niveaux d'objectifs plus spécifiques ou opérationnels.

La région des Laurentides fut la seule à choisir de centrer entièrement son plan d'action sur les stratégies plutôt que sur les objectifs à atteindre, comme l'avait suggéré le canevas de base convenu entre le Ministère et les régions⁴⁴.

Il est assez frappant de constater que la lutte contre la pauvreté, qui ne figurait pas comme objectif, mais plutôt parmi les stratégies de la Politique, fut inscrite au rang des priorités de santé et de bien-être dans sept régions. Neuf régions ajoutèrent des objectifs reliés à d'autres problèmes sociaux ou de santé non priorisés dans la Politique, par exemple les grossesses chez les adolescentes ou la surdité en milieu de travail (Abitibi-Témiscamingue), ou reliés à des déterminants de la santé, par exemple « la désintégration démographique des communautés rurales » (Outaouais) ou « les problèmes de manque de support aux familles » (Saguenay-Lac-Saint-Jean).

Le fait que les exercices régionaux de priorisation aient révélé une plus grande préoccupation collective à l'égard des problématiques sociales et de santé mentale qu'à l'égard des problèmes de santé physique a souvent été souligné. Mais on note que le cancer et les maladies cardiovasculaires apparaissaient quand même parmi les priorités dans la grande majorité des régions. Le tableau 6 indique les problèmes retenus selon le nombre de plans d'action dans lesquels ils figurent.

Quant aux six grandes stratégies de la Politique, la majorité des plans d'action ne les ont pas traduites explicitement dans les mesures planifiées, à l'exception de celui adopté par la région des Laurentides⁴⁵. Il est possible que le Ministère n'ait pas exprimé d'attente particulière à cet égard, mais le canevas de base convenu avec les régions suggérait pourtant que les plans soient développés autour de ces stratégies. La liste des plans d'action de santé et de bien-être adoptés dans chaque région est présentée à l'annexe 7.

3.4. LE PASSAGE VERS D'AUTRES PROCESSUS

Alors même que s'élaboraient les plans d'action régionaux devant traduire les objectifs et les stratégies de la Politique dans l'action du réseau et de ses partenaires, de nouveaux processus se dessinaient à l'échelon ministériel, qui allaient progressivement se substituer à la démarche de mise en œuvre de la Politique. Il s'agit de l'opération Défi « Qualité-Performance » et, un peu plus tard, des Priorités nationales de santé publique 1997-2002.

44. Ce canevas est décrit dans le rapport présenté à l'annexe 5.

45. Les consultations menées dans cette région conduisirent à prioriser non pas des problèmes, mais plutôt des orientations stratégiques se rapportant à des déterminants, tels que l'implication des personnes, des familles et des collectivités, le soutien aux groupes communautaires, la création d'emplois, le transport, etc.

TABEAU 6
LES PRIORITÉS NATIONALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Priorités nationales de santé et de bien-être	Nombre de régions où le problème figure parmi les priorités régionales
Abus et négligence envers les enfants	16
Alcool, psychotropes et toxicomanies	16
Violence envers les femmes	15
Cancer	15
Santé mentale	15
Maladies cardiovasculaires	14
Troubles de comportement des jeunes	12
Obstacles à l'intégration des personnes âgées	11
Traumatismes	10
MTS-sida	10
Maladies infectieuses	10
Délinquance	9
Suicide	9
Naissances prématurées et de faible poids	8
Maladies respiratoires	6
Santé dentaire	6
Situations de handicap	5
Maux de dos, arthrite et rhumatisme	4
Itinérance	3

Source : Compilation effectuée par le Conseil de la santé et du bien-être (document de travail non publié). Les régions nordiques (17 et 18) ne sont pas incluses dans cette compilation.

Le Défi « Qualité-Performance » et les plans de transformation 1995-1998

Avec l'arrivée d'un nouveau sous-ministre en titre en 1993, dans la foulée de la Commission parlementaire sur le financement de la santé et des services sociaux, et face aux mesures de redressement budgétaire devant s'appliquer dès l'année 1994-1995, le Ministère s'engagea dans une nouvelle opération stratégique sous le thème du Défi « Qualité-Performance ».

Le premier document ministériel rattaché à cette démarche a été le *Plan triennal d'orientations 1994-1997*⁴⁶ publié en novembre 1993. Ce document stratégique définissait pour le réseau la direction à prendre au cours des trois années suivantes afin :

- de consolider les fondements de la Réforme;
- d'actualiser la Politique de la santé et du bien-être;
- d'accroître la performance de l'ensemble du système.

Ce texte réaffirmait clairement que l'un des trois éléments de la mission centrale du Ministère était d'être le promoteur de la Politique de la santé et du bien-être⁴⁷. L'amélioration de la santé et du bien-être de la population conformément à la Politique figurait aussi parmi les trois grandes orientations qu'il mettait de l'avant⁴⁸.

Cependant, l'élément le plus déterminant de ce plan était sans contredit l'ampleur des compressions budgétaires annoncées. Les « améliorations d'efficacité et de performance » se chiffraient à 750 M\$ sur trois ans (1994-1997). De cette somme, 250 M\$ allaient être réinvestis dans le réseau pour répondre à de nouveaux besoins. Les 500 M\$ restants représenteraient la contribution du Ministère à l'équilibre financier gouvernemental. Les réductions budgétaires de la première année étaient établies à 200 M\$, dont 20 M\$ pourraient être réalloués pour des priorités nationales et régionales⁴⁹.

Le second document d'orientation rattaché au Défi « Qualité-Performance » fut publié au printemps 1994 et sous le titre de *Stratégie triennale d'interventions 1994-1997*⁵⁰. Il por-

-
46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Défi Qualité-Performance. Plan triennal d'orientations 1994-1997, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1993 (version révisée), 26 p. plus annexes, suivi d'une nouvelle version le 10 mars 1994, 29 p. plus annexes.
 47. Ibid., p. 3. Les deux autres éléments de la mission du Ministère sont d'être le garant du nouveau régime de santé et de bien-être issu de la Réforme et d'être le leader d'un système plus performant et respectueux des cibles budgétaires gouvernementales.
 48. Ibid., p. 12.
 49. Le Défi Qualité-Performance et les mesures de réduction des dépenses 1994-1995, document de 3 pages produit par le Service des politiques de financement, daté du 20 septembre 1994 et joint à la lettre du ministre Marc-Yvan Côté adressée aux établissements du réseau le 4 novembre 1993 (voir l'annexe 8).
 50. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Défi 'Qualité-Performance'. La stratégie triennale d'interventions 1994-1997 », Réforme Action, vol 2, no 3, mai-juillet 1994, 20 p.

tait sur les cibles budgétaires à atteindre et les réductions d'effectifs à réaliser. La Stratégie invoquait à nouveau les grands principes issus de la Réforme et de la Politique de la santé et du bien-être⁵¹. Elle annonçait également qu'un troisième document proposerait un plan d'action indiquant les interventions prioritaires pour les années suivantes; ce plan d'action a conduit à l'élaboration des plans de transformation 1995-1998 dans chacune des régions, lesquelles, comme on l'a vu plus haut, venaient tout juste d'adopter leur plan d'action régional de santé et de bien-être ou s'apprêtaient à le faire.

Signalons par ailleurs que vers la même période, soit en 1995, le Ministère mit sur pied, à l'intérieur de la Direction de la planification, une nouvelle unité administrative dédiée à la Politique de la santé et du bien-être. Cette unité disparut deux ans plus tard à l'occasion de la création de la Direction de la planification stratégique. Elle publia cependant un court bilan des retombées de la Politique à mi-chemin de sa mise en œuvre⁵².

Ce bilan soulignait trois impacts principaux témoignant de l'influence de la Politique, soit 1) l'appropriation régionale des objectifs de la Politique à l'intérieur des plans d'action régionaux, 2) le soutien accru au développement de la recherche dans des domaines encore négligés tels que les déterminants de la santé et du bien-être et la situation des groupes vulnérables, et 3) la réalisation des enquêtes sociales et de santé et le développement des indicateurs. Il constatait également que sur le plan de l'allocation des ressources, la Politique avait permis de faire progresser le principe de l'équité entre les territoires et entre les groupes de population.

Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002

À partir de janvier 1995, le Ministère et les nouvelles directions régionales de santé publique entreprirent l'élaboration des Priorités nationales de santé publique, qui furent adoptées en 1997. Ce document d'orientation s'adressait principalement aux milieux d'intervention en santé communautaire. Dès le début des travaux, plusieurs intervenants des directions de santé publique exprimèrent leur réticence à entreprendre une autre démarche parallèle à la mise en œuvre des plans d'action régionaux de santé et de bien-être. Le projet réussit quand même à prendre forme en s'inspirant assez largement des priorités et des stratégies énoncées dans la Politique, mais en formulant des objectifs plus précis sur les résultats intermédiaires à atteindre dans le cadre spécifique des interventions de santé publique, et selon les approches reconnues comme efficaces.

De plus, la mise en œuvre des Priorités fut appuyée par un ensemble de mécanismes de suivi parmi lesquels figurait la publication périodique de bilans présentant les résultats obtenus dans chacune des régions. La tenue des Journées annuelles de santé publique permit de faire le point sur cette démarche de façon continue jusqu'en 2001. Étant donné l'absence de mécanismes équivalents autour de la Politique de la santé et du bien-être et les nombreuses relations qu'on pouvait établir entre celle-ci et le champ de la santé publique, ces exercices de suivi assidus, participatifs et bien structurés ont en

51. Ibid., p. 2.

52. Michel CLERMONT et Marc-André MARANDA, « L'influence de la Politique québécoise de la santé et du bien-être : de la planification à l'allocation des ressources », Forum mondial de la santé, vol. 19, no 3, 1998, p. 243-249.

quelque sorte pris le relais du processus de mise en œuvre de la Politique aux yeux de nombreux acteurs du réseau.

Les plans de consolidation

Au terme des plans de transformation 1995-1998, le Ministère demanda à chacune des régies régionales d'élaborer un nouveau plan triennal, afin de faire le pont entre les mesures mises en place au cours des trois années précédentes et de nouvelles mesures destinées à consolider le réseau de services.

Ces plans de consolidation devaient s'inspirer des récentes orientations ministérielles formulées par le ministre Jean Rochon⁵³. Ces orientations, publiées dans quatre brochures, venaient signifier aux différents acteurs les objectifs à viser, les résultats à atteindre et les moyens à mettre en place afin de consolider les changements entrepris au cours des années précédentes.

Les quatre principes qui devaient demeurer les assises du système étaient l'universalité, l'équité, le caractère public des services sociaux et de santé ainsi que la nécessité pour le réseau de développer une capacité d'adaptation continue. Les quatre priorités ciblées pour l'organisation des services étaient d'assurer la qualité de ces services, d'en accroître l'accessibilité et de consolider les services de base dans tous les territoires de CLSC ainsi que les réseaux hospitaliers universitaires. Ces documents faisaient une seule mention de la Politique, réitérant que l'amélioration de la santé et du bien-être ne peut être la responsabilité d'un seul secteur de services, mais doit nécessairement être « un projet collectif, partagé par l'école, l'entreprise et les autres secteurs de services publics⁵⁴ ».

Les plans de consolidation s'accompagnèrent de développements budgétaires de l'ordre de 110 M\$, les premiers à survenir depuis le début des compressions amenées par le Défi « Qualité-Performance ». Des ententes de gestion couvrant la période 1999-2002 vinrent encadrer leur réalisation.

La recherche de cohérence dans les plans régionaux de transformation et de consolidation

Une analyse préparée en 1996 par la Direction de la planification du Ministère⁵⁵ conclut que les plans de transformation déposés par les régies régionales traduisent une volon-

-
53. Les orientations ont été publiées par le Ministère en 1998 sous la forme de quatre brochures intitulées :
Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001, 10 p. ;
Nos convictions, les assises du système, 8 p. ;
Nos forces, des personnes compétentes et dévouées 1998-1999 à 2000-2001, 12 p. ;
Notre souci, toujours mieux informer la population, 8 p.
 54. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Nos convictions, les assises du système, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 5.
 55. Les plans de transformation : une analyse sous l'angle des clientèles et de leurs besoins, Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1996, p. 6 et annexe (document non publié).

té d'accroître l'accessibilité des services et d'améliorer la concertation entre les organismes pour mieux assurer la continuité des services. On y constate aussi un consensus quant à la nécessité de prendre « le virage prévention et promotion : une orientation parfois appuyée par des décisions d'ordre budgétaire⁵⁶ ». Les plans de transformation témoignent également des préoccupations des régions concernant l'équité entre les territoires, mais ne semblent pas toujours manifester leur intention d'intensifier les efforts dans les zones où la pauvreté et les clientèles vulnérables sont concentrées. Cette analyse souligne que la recherche d'une cohérence entre l'opération de transformation du réseau et les principaux éléments de la Réforme et de la Politique de la santé et du bien-être ressort nettement de la quasi-totalité des plans.

En dépit de l'absence de référence à la Politique dans les orientations ministérielles, la majorité des plans triennaux régionaux élaborés pour les périodes 1995-1998 et 1998-2002 en font mention. En effet, tous les plans de transformation sans exception font référence soit à la Politique, soit aux priorités ou au plan d'action régional de santé et de bien-être. C'est également le cas de la majorité des plans de consolidation (14 régions sur 16).

Le Programme national de santé publique

L'adoption récente du Programme national de santé publique 2003-2012 vient compléter la liste des grandes orientations nationales qui encadrent l'action du réseau, en particulier celle des milieux de santé publique et d'intervention communautaire. Bien que sa publication survienne un peu au-delà de la période de mise en œuvre de la Politique, il est intéressant de souligner que ce programme s'appuie explicitement sur la Politique de la santé et du bien-être et se veut en accord avec les buts qu'elle a fixés, incluant notamment celui « d'atténuer les inégalités en matière de santé et de bien-être⁵⁷ ». Cette reconnaissance est également inscrite dans la nouvelle loi sur la santé publique adoptée quelques mois avant⁵⁸.

Les grandes orientations nationales en matière de santé publique auront ainsi joué un rôle plutôt paradoxal à l'égard de la Politique : les priorités de 1997-2000 ont d'abord eu pour effet de reléguer la mise en œuvre de la Politique à l'arrière-plan, tout en poursuivant l'objectif de concrétiser sa vision dans un champ d'intervention spécifique, tandis que le Programme national reconferme la Politique en tant que fondement des orientations du système.

56. Certains plans annoncent des réallocations de l'ordre de 5 à 20 % du budget ou encore des augmentations des dépenses en prévention/promotion allant jusqu'à 100 % selon les régions.

57. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. III et 1.

58. Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2, décembre 2001.

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

La description que nous venons de faire de la mise en œuvre de la Politique et du contexte qui a entouré ce processus permet de dégager les constats suivants.

- La démarche de priorisation des engagements ministériels, qui devait amorcer la mise en œuvre des actions relevant du Ministère, a été rapidement interrompue en raison de changements d'acteurs et de l'amorce de nouvelles démarches stratégiques.
- L'étape la plus marquante de la mise en œuvre de la Politique, à l'échelle régionale et locale, fut l'élaboration des priorités régionales et des plans d'action régionaux de santé et de bien-être, qui a généralement suscité une forte mobilisation du réseau et une large participation des partenaires du milieu. Cet exercice a débuté près d'un an après l'adoption de la Politique et s'est étendu sur une période d'environ deux ans (un à trois ans selon les régions).
- La majorité des plans d'action régionaux furent centrés sur les objectifs de santé et de bien-être. Un seul fut élaboré autour des stratégies de la Politique. Ces plans ont accordé une place importante aux problèmes sociaux et aux conditions de vie qui agissent comme déterminants de la santé et du bien-être.
- Les efforts pour assurer la mise en œuvre à l'échelle nationale se sont estompés dès le moment où le Ministère eut approuvé les plans d'action régionaux.
- Le réseau socio-sanitaire venait alors d'entrer dans une période de redéfinition qui ne s'est pas encore terminée. L'ampleur des changements organisationnels découlant de la Réforme et le rythme accéléré des compressions budgétaires imposées à compter de 1994-1995 ont créé un contexte défavorable à la réalisation des plans d'action.
- Tout en faisant référence à la Politique, les interventions ministérielles entourant le Défi « Qualité-Performance » (1994-1997) ont marqué le début d'un désengagement du Ministère à l'égard de la mise en œuvre de la Politique et les Priorités nationales de santé publique (1997) ont ensuite pris le relais. Ces démarches sont apparues comme les nouveaux cadres devant orienter directement l'action et la reddition de comptes dans le réseau.

On peut dire que le processus formel de mise en œuvre de la Politique a pris fin environ trois ans après son adoption, soit au cours de l'année 1995. Par la suite, à l'échelle nationale, on ne retrouve aucune trace de reddition de comptes ou de suivi de la réalisation des engagements ministériels ni des plans d'action régionaux.

La vision et les orientations définies dans la Politique ont sans doute influencé à certains égards les grandes démarches stratégiques ministérielles tout au long de cette période. Cependant, même si la nouvelle loi sur la santé publique et le récent Programme natio-

nal de santé publique 2003-2012 la désignent encore comme la politique-cadre du système sociosanitaire, le contexte a clairement réduit son impact et compromis sa mise en œuvre telle qu'elle avait été planifiée.

La seule mesure se rapportant directement au suivi de la Politique qui fut maintenue jusqu'à terme est le suivi des indicateurs de santé et de bien-être reliés aux 19 problèmes prioritaires; les principaux résultats de ce suivi sont présentés au chapitre 6. De nombreuses actions annoncées dans le Plan de mise en œuvre de la Politique furent néanmoins réalisées, comme nous le verrons au chapitre 4.

4. LE BILAN DES RÉALISATIONS MINISTÉRIELLES

Ce chapitre dresse un portrait des principales actions qui ont été réalisées par le Ministère dans le sens proposé par la Politique de la santé et du bien-être.

Ce portrait inclut un certain nombre d'actions qui étaient déjà en marche avant l'adoption de la Politique. Quelques-unes avaient été entreprises sous l'impulsion des orientations de 1989 adoptées par la ministre Lavoie-Roux ou étaient déjà annoncées dans le projet de réforme de 1991.

Il inclut également des actions plus récentes ou étendues sur de nombreuses années, au sujet desquelles on ne retrouve aucune référence à la Politique, bien que celle-ci ait pu constituer un cadre favorable à leur approbation et à leur poursuite.

À l'inverse, on peut supposer que des interventions présentées explicitement comme s'appuyant sur la Politique ont, en fait, profité de cette caution alors qu'elles auraient de toute façon été menées à bien.

L'objectif visé ici n'est pas surtout d'établir si la Politique a été déterminante ou non sur la mise en marche ou sur l'aboutissement de ces réalisations, mais de donner une vue d'ensemble des progrès qui ont pu être accomplis dans le sens attendu.

Dans les trois premières sections du chapitre, nous mettrons d'abord l'accent sur les grandes actions structurantes inscrites au Plan de mise en œuvre de la Politique et qui avaient été ciblées comme prioritaires en 1992. Rappelons que ces actions étaient de trois ordres : elles visaient 1) la sensibilisation et la mobilisation des acteurs, 2) la mise en œuvre des engagements ministériels et 3) le suivi et la mise à jour de la Politique. On peut se référer au tableau 3 pour une vue d'ensemble de ces mesures.

La dernière section du chapitre donne un aperçu des interventions les plus importantes du Ministère reliées aux objectifs de la Politique. Les actions ministérielles reliées à d'autres engagements inscrits dans les stratégies de la Politique sont présentées à l'annexe 9.

4.1. LES ACTIONS STRUCTURANTES RELIÉES À LA SENSIBILISATION ET À LA MOBILISATION DES ACTEURS

Les actions planifiées afin de sensibiliser et de mobiliser les acteurs consistaient à tenir des activités régionales de sensibilisation, des séminaires à l'intérieur du Ministère et des présentations à l'échelle gouvernementale, et à mener une campagne publique de sensibilisation.

Le rapport annuel du Ministère pour l'année 1992-1993 fait état de « nombreuses présentations⁵⁹ », mais sans fournir plus de détails. Les présentations faites à l'intention d'autres organismes gouvernementaux semblent avoir été peu nombreuses en réalité; le seul exemple qui fut mentionné est une présentation faite au ministère des Loisirs par le sous-ministre adjoint à la planification et à l'évaluation. La campagne publique de sensibilisation se limita apparemment aux communiqués de presse, entrevues et autres activités médiatiques habituelles au moment de la publication de la Politique.

4.2. LES ACTIONS STRUCTURANTES RELIÉES AUX ENGAGEMENTS MINISTÉRIELS

Cette section présente d'abord les réalisations se rapportant aux interventions gouvernementales, soit la mise en place du Conseil de la santé et du bien-être et l'adoption d'un plan intersectoriel pour la réduction de la pauvreté, puis les réalisations se rapportant aux interventions ministérielles proprement dites. Plusieurs de ces éléments sont évidemment interreliés. L'ordre de présentation a été établi en vue de respecter autant que possible des considérations logiques et chronologiques.

La création du Conseil de la santé et du bien-être

Cette initiative, qui est l'une des deux mesures annoncées à l'échelle gouvernementale, s'était déjà en partie concrétisée le 14 mai 1992 par l'adoption de la Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être. Elle fut complétée par la mise en place du Conseil le 25 octobre 1993. Celui-ci a pour fonction « de conseiller le ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. [...] Le Conseil doit donner son avis au ministre sur les objectifs de la politique de la santé et du bien-être que le ministre élabore ainsi que sur les moyens appropriés pour atteindre ces objectifs, en tenant compte des capacités de la collectivité à mobiliser les ressources en conséquence⁶⁰. »

En plus de l'avis sur le renouvellement de la Politique présenté au ministre en 2002⁶¹, le Conseil a produit depuis sa création des avis, des rapports et des mémoires sur divers sujets, notamment sur l'évolution des services de santé et des services sociaux, la fiscalité et le financement des services publics, la lutte contre la pauvreté, le soutien à domicile pour les personnes âgées, les enjeux éthiques dans le secteur de la santé, l'information génétique, la participation sociale des jeunes et l'assurance médicaments. Il a aussi publié le Bulletin sur le développement social⁶².

La Politique comportait un engagement du ministre à « solliciter les avis du Conseil [...] sur l'implantation de la politique et sa mise à jour » de même qu'à « s'associer au

59. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Rapport annuel 1992-1993, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, p. 19.

60. Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, L.R.Q., c. C-56.3.

61. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, Pour une stratégie du Québec en santé. Décider et agir, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2002, 48 p.

62. On peut trouver plus d'information sur les activités et publications du Conseil à l'adresse suivante : www.csbe.gouv.qc.ca.

Conseil [...] afin de tenir, à tous les trois ans, un forum national, dans le but d'évaluer les progrès réalisés⁶³ ». Les suites données à ces engagements sont décrites plus loin.

Le plan d'action intersectoriel pour la lutte contre la pauvreté

Cette mesure est la première initiative annoncée à l'échelle gouvernementale dans le Plan de mise en œuvre de la Politique. Elle correspond à l'engagement ministériel devant conduire à « un plan d'action gouvernemental de réduction de la pauvreté visant prioritairement les familles ayant de jeunes enfants⁶⁴ ».

En octobre 1993, la Direction de la planification du Ministère proposait une première démarche en vue de l'élaboration d'*orientations ministérielles* pour améliorer la santé et le bien-être des personnes pauvres, dans la perspective de donner suite à la politique de la santé et du bien-être de 1992. Un comité composé de représentants de plusieurs directions générales⁶⁵ du Ministère fut mis sur pied à cet effet en janvier 1994, sous la responsabilité de la Direction de la planification et de l'évaluation⁶⁶.

À l'automne de la même année, ce comité avait réalisé ou commandité divers travaux, dont un bilan des activités ministérielles à l'égard des clientèles défavorisées⁶⁷ et un bilan des expériences étrangères visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes pauvres⁶⁸. En septembre 1995, une proposition d'orientations ministérielles était déposée à la Direction de la planification, à la suite de quoi la responsabilité du dossier de la pauvreté fut transférée à la Direction de la promotion de la santé et du bien-être de la Direction générale de la santé publique (DGSP).

Entre-temps, au cours de l'année 1994, un comité piloté par le ministère de la Sécurité du revenu (MSR) et auquel participait le ministère de la Santé et des Services sociaux était formé en vue d'élaborer un projet d'*orientations gouvernementales*. Cette collaboration faisait suite à la publication d'un rapport du MSR⁶⁹ qui manifestait une convergence

63. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La Politique de la santé et du bien-être, op. cit., p. 183.

64. Ibid., p. 157.

65. Les directions impliquées étaient celles de la planification et de l'évaluation, de la santé physique, des programmes, des relations professionnelles, de la coordination régionale et le cabinet du sous-ministre.

66. Orientations ministérielles pour améliorer la santé et le bien-être des personnes pauvres; proposition d'une démarche, Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1993 (document interne).

67. Bilan des activités ministérielles. Comité sur les orientations ministérielles pour améliorer la santé et le bien-être des personnes pauvres, Service des politiques et orientations stratégiques, Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1994 (document interne).

68. Madeleine GAUTHIER et Johanne Bujold, Bilan des expériences étrangères visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes pauvres, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, septembre 1994, 121 p.

69. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ DU REVENU, La pauvreté au Québec : état de situation, problématique et exemples d'interventions possibles de lutte à la pauvreté. Rapport du Comité sur la lutte à la pauvreté, Québec, Ministère de la Sécurité du revenu, septembre 1994, 300 p.

de vues avec les travaux entrepris au Ministère. Ces deux démarches semblent cependant avoir été mises en veilleuse pendant les années qui suivirent.

C'est en février 1999 que la DGSP entreprit de nouveaux travaux en vue d'élaborer des *orientations ministérielles* pour réduire les inégalités de santé liées à la pauvreté. Elle mit en place un comité réunissant des représentants du Ministère, des régies régionales et des CLSC. Ce comité effectua une consultation des régions de septembre 1999 à mai 2000⁷⁰. Deux études^{71, 72} furent réalisées sous sa gouverne et le comité remit son rapport aux autorités du Ministère à l'automne 2000⁷³.

Simultanément au mandat confié à la DGSP en 1999, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avait été mandaté pour élaborer une stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion accompagnée d'un projet de loi. À compter du printemps 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux a participé au comité interministériel formé et dirigé par le MESS et aux chantiers de travail mis en place dans le cadre de ces travaux. La Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale fut rendue publique en juin 2002⁷⁴. Elle s'articule autour de cinq buts :

1. Promouvoir le respect et la dignité des personnes;
2. Améliorer leur situation sociale et économique;
3. Réduire les inégalités;
4. Favoriser la participation des personnes;
5. Développer et renforcer le sentiment de solidarité.

En décembre 2002, l'Assemblée nationale adoptait à l'unanimité la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale⁷⁵, laquelle institue :

- La Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale;

70. COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ. Le point de vue des régions (Compte-rendu de la consultation menée auprès d'acteurs clés sur l'action des personnes en situation de pauvreté), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 17 p.

71. Francine MAYER et coll., *Le faible revenu après impôt au Québec : situation actuelle et tendances récentes*, Étude réalisée dans le cadre du mandat du Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 125 p.

72. Lise DUBOIS et Édith BEAUCHESNE, *Politiques, priorités et stratégies d'interventions socio-sanitaires visant à diminuer les inégalités de santé liées à la pauvreté*, Document présenté au Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, novembre 2000.

73. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action!*. Rapport du comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, Québec, décembre 2002, 52 p.

74. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : un effort sans précédent pour améliorer le sort des plus démunis*, Québec, Gouvernement du Québec, juin 2002, 67 p.

75. Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, L.Q., c. 61, adoptée le 13 décembre 2002, sanctionnée le 18 décembre 2002.

- Un comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale;
- Un observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale;
- Le Fonds québécois d'initiatives sociales.

Cette loi vise à amener progressivement le Québec (d'ici dix ans) au nombre des nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres.

Son adoption fait du Québec le deuxième État au monde⁷⁶ à assurer par une loi la constance et la cohérence des actions de lutte contre la pauvreté.

Le budget gouvernemental pour 2003-2004 prévoit un montant de près de 48 M\$ pour le Fonds québécois d'initiatives sociales. Tel que stipulé dans la Loi, un plan d'action quinquennal relatif à la Stratégie nationale doit suivre l'entrée en vigueur de la Loi, décrétée le 5 mars 2003. En raison du récent changement de gouvernement, le futur plan d'action est maintenant prévu pour l'automne 2003.

Le cadre de gestion par programme

Des travaux portant sur la nouvelle approche de gestion par programme avaient été entrepris à la suite de la Réforme, afin de recentrer le système autour de la personne. La réorganisation du système proposée par la Réforme s'appuyait en effet sur quatre éléments clés :

- les politiques et les orientations;
- les programmes centrés sur les clientèles;
- l'allocation des ressources;
- les plans régionaux d'organisation des services.

Il s'agissait de passer d'une organisation de services par type d'établissement à un modèle axé sur les clientèles, en vue de donner une réponse intégrée à leurs besoins.

Ces travaux se poursuivirent simultanément à l'élaboration de la Politique. Un document de travail en vue de l'élaboration d'un cadre conceptuel pour l'opérationnalisation de la notion de programme avait été déposé en avril 1992 au Comité MSSS-CRSSH sur la gestion par programme et l'allocation des ressources^{77, 78}. Les grandes lignes de ce document furent reprises dans la Politique. Ainsi, les 19 problèmes prioritaires y sont regroupés selon les cinq champs d'activités qu'il proposait et une série d'engagements ministériels y figurent en vue de concrétiser la gestion par programme, à savoir :

76. En juillet 1998, la France a adopté la Loi française d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion (Loi no 98-657).

77. Patricia CARIS et coll., Cadre conceptuel pour l'opérationnalisation de la notion de programme, Document de travail préparé pour le Comité MSSS-CRSSH sur la gestion par programme et l'allocation des ressources, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1er avril 1992, 12 p.

78. Il fut suivi d'une nouvelle version adoptée en décembre 1992 par le Sous-comité MSSS-régies sur la gestion de programme et l'allocation des ressources, sous le titre Proposition de configuration des programmes, décembre 1992, 12 p.

- *utiliser comme base d'organisation des activités les cinq grands champs suivants : l'adaptation sociale; la santé physique; la santé publique; la santé mentale; l'intégration sociale; [...]*
- *définir les orientations et les priorités et identifier les résultats attendus en lien avec les objectifs de la politique de la santé et du bien-être;*
- *concevoir les programmes de façon à intégrer l'ensemble des activités destinées à une clientèle ou à une problématique particulière pour lesquelles sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières;*
- *demander aux régies régionales d'organiser l'ensemble des services requis en fonction de ces orientations, priorités, objectifs et ressources, en assurant un équilibre et une intégration de la gamme des interventions : prévention, promotion, diagnostic, traitement, protection, réadaptation, compensation, intégration sociale⁷⁹.*

La difficulté d'opérer ce passage vers la gestion par programme-clientèle était reliée notamment à la nature des outils de gestion existants et à la structure organisationnelle déjà en place.

Cette nouvelle approche de gestion exigeait également de modifier les méthodes d'allocation des ressources pour qu'elles appuient l'intégration des services en fonction des clientèles. Une enveloppe incluant l'ensemble des ressources humaines et financières devait pouvoir être allouée pour chacun des programmes, plutôt que selon les établissements. Les programmes devaient être suffisamment bien définis, mais assez flexibles, pour permettre aux régions d'effectuer des choix quant aux modalités de prestation et d'organisation des services ainsi que d'allocation intrarégionale des ressources.

Les travaux du Comité MSSS-régies sur la gestion par programme se terminèrent en juin 1994 par le dépôt d'un nouveau rapport qui fut alors peu diffusé⁸⁰.

À peu près au même moment, la Stratégie triennale d'interventions 1994-1997 annonçait la mise en place de cinq grands dispositifs pour concrétiser la gestion intégrée par programme :

- 1) *Des politiques et orientations, qui fixeront les objectifs et feront état des résultats qui sont attendus, dont ceux exprimés en termes de réduction d'écart.*
- 2) *Des programmes-clientèles qui, sur les plans local et régional, viseront l'intégration des services autour des clientèles, des populations et des pro-*

79. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La Politique de la santé et du bien-être, op. cit., p. 175.

80. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Rapport – Comité MSSS-régies sur la gestion par programme, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 10 juin 1994, 45 p.

blématiques concernées et, sur le plan national, l'intégration des perspectives et des modes de budgétisation en fonction des mêmes paramètres.

- 3) *Une allocation des ressources par programme, entre les régions, entre des services intégrés et entre les différents producteurs de services et les organismes du territoire, qui permettra de concrétiser les politiques et orientations, tout en cherchant à améliorer l'efficacité et l'efficacités et en dirigeant les efforts vers les lieux où les besoins sont les plus grands.*
- 4) *Des plans régionaux d'organisation de services (PROS), qui deviendront au niveau régional, le véhicule privilégié des orientations, de l'opérationnalisation des programmes et le cadre de partage des ressources entre les différents établissements et organismes.*
- 5) *Des processus d'évaluation, qui permettront enfin de signifier aux différents acteurs le degré d'atteinte des résultats pour lesquels ils sont imputables, et au besoin de corriger le tir⁸¹.*

Par la suite, aucun autre document ne fut officiellement produit par le Ministère sur cette question. Il apparut que le cadre de gestion par programme imposait des contraintes importantes au processus de régionalisation et le nouveau ministre Jean Rochon prit la décision de renoncer à cette démarche pour mettre de l'avant la démarche de détermination des enveloppes régionales basées sur les indicateurs de besoins.

Même si le cadre conceptuel proposé par le Comité MSSS-régies n'a jamais été adopté formellement par le Ministère, il a été largement utilisé comme document de référence et a marqué l'évolution de la pensée des planificateurs au Ministère et dans l'ensemble du réseau, en traçant la voie vers un concept de réseau de services intégrés. Il a également influencé la restructuration organisationnelle du Ministère au fil des années, en amenant la création d'unités administratives dont la mission était définie en fonction de clientèles et de champs d'activités plutôt que de catégories d'établissements⁸².

Cette démarche a aussi permis de raffiner les instruments d'allocation des ressources. Le Ministère a procédé annuellement à un suivi des dépenses des établissements regroupées selon les cinq grands champs d'activités afin d'en observer l'évolution. Les cinq champs initialement proposés sont encore utilisés à ce jour; ils sont maintenant redécoupés en huit programmes-clientèles⁸³ (tableau 7). Les dépenses par programme-

81. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Défi 'Qualité-Performance'. La stratégie triennale d'interventions 1994-1997 », Réforme Action, vol 2, no 3, mai-juillet 1994, p. 14-15.

82. Ainsi, en 1991-1992, les missions des directions générales du Ministère se rapportaient aux activités des différentes catégories d'établissements : CLSC, centres de services sociaux, centres hospitaliers de courte durée, etc. En 1992-1993, le Ministère créa la Direction générale de la santé publique et la Direction générale des programmes, cette dernière comprenant quatre directions structurées selon les champs de la santé physique, de la santé mentale, de l'adaptation sociale ainsi que de l'intégration sociale (Source : Rapports annuels du Ministère, 1990-1991 et 1991-1992).

83. Les champs de la santé physique, de la santé mentale et de la santé publique ont chacun donné naissance au programme-clientèle correspondant. Le champ de l'adaptation sociale

clientèle ont d'ailleurs été utilisées à quelques occasions dans la détermination des enveloppes budgétaires régionales, comme on le verra ci-après.

La détermination d'enveloppes régionales par champ d'activités et par programme

L'idée qui a germé pendant plusieurs années d'implanter une gestion par programme dans laquelle il était question d'établir des enveloppes régionales par programme ne s'est pas concrétisée. On a plutôt choisi de mettre l'accent sur l'objectif d'équité interrégionale dans le cadre de la répartition d'enveloppes de développement ou de compressions budgétaires.

En effet, au cours des années 1980, un modèle avait été élaboré afin de répartir des budgets de développement pour certaines clientèles en tenant compte des principes d'équité⁸⁴. Des travaux avaient été entrepris pour développer des indicateurs de besoins à cet effet⁸⁵. La démarche d'équité consistait à mesurer et à réduire les écarts de ressources entre les régions en tenant compte des besoins de la population et de ses caractéristiques. La présence de ces écarts était attribuable, entre autres, au financement des établissements sur une base historique⁸⁶ et à la croissance de la population, particulièrement dans les régions en périphérie de Montréal.

Dans son application, le nouveau modèle fait en sorte d'avantager les régions dont la population présente une consommation globale inférieure à la moyenne québécoise en regard de l'offre de services.

a été scindé en deux programmes-clientèles, « Alcoolisme et toxicomanies » et « Jeunes et leur famille », auxquels se sont ajoutés les « Services aux femmes et aux conjoints en difficulté » offerts par les organismes communautaires. Le champ de l'intégration sociale a été scindé en trois programmes-clientèles : « Personnes âgées en perte d'autonomie », « Déficience intellectuelle » et « Déficience physique ».

84. Modifications suggérées aux critères d'allocation des ressources, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1987, 63 p. (document non publié).
85. Robert PAMPALON, Hung NGUYEN et Danièle FRANCOEUR, Cadre de référence et stratégie d'élaboration d'indicateurs de besoins pour l'allocation régionale des ressources, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1990, 71 p. (Collection Méthodologie et instrumentation, no 2). Voir aussi le document produit par le Groupe technique sur les indicateurs de besoins, auquel participaient le Ministère et trois régions régionales : Robert PAMPALON et coll., Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1995, 354 p. (Collection Méthodologie et instrumentation, no 7).
86. C'est-à-dire que les budgets de chaque établissement sont rehaussés ou indexés d'une année à l'autre.

TABLEAU 7
DÉPENSES RÉELLES NETTES DU RÉSEAU SOCIO SANITAIRE SELON LE PROGRAMME-CLIENTÈLE,
AU QUÉBEC, DE 1994-1995 À 2000-2001

Programme-clientèle	1994-1995		1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001		Variation 1994-2001	Variation 1994-2001
	En milliers \$	% du total	En milliers \$	% du total	En milliers \$	% du total	En milliers \$	% du total	En milliers \$	% du total	En milliers \$	% du total	En milliers \$	% du total	En %	En milliers \$
Santé physique	4 434 659	47,1	4 400 022	46,9	4 141 671	44,8	4 095 930	44,6	4 281 721	45,4	4 537 516	45,7	5 017 064	46,0	13,1	582 405
Santé mentale	853 491	9,1	846 736	9,0	874 182	9,5	906 824	9,9	890 017	9,4	928 623	9,4	1 002 523	9,2	17,	149 032
Santé publique ¹	181 950	1,9	188 874	2,0	219 976	2,4	238 327	2,6	238 451	2,5	244 678	2,5	249 783	2,3	37,3 (4)	67 833
Personnes âgées en perte d'autonomie	2 285 725	24,3	2 283 167	24,4	2 356 816	25,5	2 318 535	25,2	2 297 760	24,4	2 388 021	24,1	2 611 615	24,0	14,3	325 890
Déficience intellectuelle	503 979	5,4	491 033	5,2	479 347	5,2	466 818	5,1	488 906	5,2	509 800	5,1	575 185	5,3	14,1	71 206
Déficience physique	340 424	3,6	341 349	3,6	358 331	3,9	361 477	3,9	385 495	4,1	425 495	4,3	474 844	4,4	39,5	134 420
Alcoolisme et toxicomanie	46 824	0,5	50 934	0,5	54 117	0,6	53 852	0,6	57 259	0,6	62 159	0,6	68 248	0,6	45,8	21 424
Jeunes et leur famille ²	742 582	7,9	741 213	7,9	730 850	7,9	705 910	7,7	747 172	7,9	791 774	8,0	858 082	7,9	15,6	115 500
Services aux femmes et aux conjoints en difficulté ³	29 712	0,3	30 975	0,3	33 270	0,4	34 839	0,4	37 233	0,4	37 534	0,4	37 979	0,3	27,8	8 267
Ensemble des programmes	9 419 346	100	9 374 303	100	9 248 560	100	9 182 512	100	9 424 014	100	9 925 600	100	10 895 323	100	15,7	1 475 977

1. Les dépenses de 1994-1995 à 1999-2000 incluent le budget des laboratoires de santé publique; ces budgets ont ensuite été transférés à l'Institut national de santé publique et ne sont pas inclus dans les dépenses par programme-clientèle pour l'année 2000-2001.
2. Les dépenses du centre d'activités « Enseignement scolaire » sont exclues des dépenses de ce programme.
3. Les dépenses des organismes communautaires au titre des « Services aux femmes et aux conjoints en difficulté » appartiennent au champ d'activités « Adaptation sociale », mais ne peuvent être réparties selon les programmes-clientèles actuellement en vigueur au Ministère; ces dépenses sont donc exclues de la répartition par programme dans les dépenses des établissements.
4. Les dépenses du centre d'activités « Santé maternelle et infantile » ont été imputées au programme « Santé publique » à 100 % à compter de 1996-1997, de même que les dépenses des centres d'activités « Nutrition » et « Intervention communautaire – Autre » à compter de 1997-1998. En tenant compte de ces ajustements *a posteriori*, les dépenses pour ce programme s'établiraient à 228,9 M\$ en 1994-1995, à 230,3 M\$ en 1995-1996 et à 234,9 M\$ en 1996-1997, ce qui ramène l'augmentation des dépenses dans ce programme à 9,1 % au cours de la période observée.

Sources : données tirées des rapports intitulés *Les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par programme clientèle*, René Kirouac et Marc-André Saint-Pierre, DGPSEGI, pour les années 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001, ainsi que de données complémentaires obtenues auprès de René Kirouac (DGPSEGI) pour les programmes « Santé publique » et « Jeunes et leur famille » de 1994-1995 à 1996-1997. Pour une analyse détaillée de ces données, il est préférable de se référer aux sources premières qui contiennent toutes les indications nécessaires à leur interprétation. MSSS, Service de l'évaluation, juin 2003

À partir de 1994-1995 et pour les quatre années suivantes, les principes d'équité interrégionale ont été appliqués dans le cadre de la répartition des compressions budgétaires imposées au réseau et de certaines réallocations de ressources entre les régions.

Plus récemment, soit à compter de 1998, le modèle d'allocation des ressources a été utilisé afin d'allouer des crédits de développement sur la base des programmes-clientèles ou de problématiques (ex. maintien à domicile). Pour l'année financière 2000-2001, le modèle d'allocation interrégionale a été utilisé à la fois pour répartir des crédits de développement destinés à différentes clientèles et pour rehausser les budgets de certains CLSC et CHSLD les plus en besoin; les sommes ainsi distribuées totalisaient plus de 125 M\$ (voir tableau 8).

Selon les sources consultées, deux grands constats n'ont pas tardé à se dégager de l'application de ce modèle. Le premier est que l'approche historique, qui prévaut encore en ce qui concerne les budgets des établissements, continue à créer des écarts de disponibilité des ressources et d'accessibilité des services. Elle ne permet pas d'atteindre l'objectif d'équité interrégionale qui doit prendre appui sur les besoins et les caractéristiques de la population. Le second est que la méthode actuelle d'équité interrégionale, appliquée uniquement à certains crédits de développement, ne peut suffire à redresser les écarts générés par l'approche historique.

Dans le but de corriger cette situation, un comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés fut créé en juin 2000, sous la présidence de monsieur Denis Bédard. Son mandat était de proposer à la fois une méthode de répartition interrégionale et un mode de budgétisation des ressources. Le Comité reprit ensuite le même exercice pour les CLSC et les CHSLD.

Le rapport sur les centres hospitaliers a été rendu public en avril 2002⁸⁷ et celui sur les CLSC et les CHSLD, en novembre 2002⁸⁸. Ces rapports recommandent de tenir compte de la performance des établissements, mais proposent aussi qu'un nouveau processus budgétaire soit établi et ventilé selon les programmes-clientèles en tenant compte des besoins de la population.

Pour donner suite à ces recommandations, une table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources a été mise en place en novembre 2002. Elle est composée, en plus de représentants ministériels, de représentants d'établissements et d'organismes de la santé et des services sociaux ainsi que des régies régionales. Le mandat de cette table consiste à poursuivre les travaux déjà entrepris en matière d'allocation des ressources par le comité Bédard et, plus particulièrement, à mettre en place un nouveau mode d'allocation par programme-clientèle et selon une approche populationnelle, qui s'appliquerait à l'ensemble du budget du réseau.

87. Denis BÉDARD (prés.), *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 152 p.

88. Denis BÉDARD (prés.), *L'allocation des ressources et la budgétisation des services de CLSC et de CHSLD*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 117 p.

TABLEAU 8
PRINCIPAUX DÉVELOPPEMENTS BUDGÉTAIRES 1998-2003

Année financière	Régions ou programmes ciblés	Montants accordés
1998-1999	Régions nordiques - 3 M\$ Régions déficitaires ⁸⁹ - 25 M\$	28 M\$
1999-2000	Régions nordiques - 3 M\$ Régions déficitaires - 15 M\$ Maintien à domicile (toutes les régions) - 40 M\$	58 M\$
2000-2001	Régions nordiques - 2 M\$ Régions déficitaires - 8 M\$ Maintien à domicile - 20 M\$ (toutes les régions, sauf les régions nordiques) Alourdissement de la clientèle - 30 M\$ (toutes les régions, sauf les régions nordiques) Santé mentale - 8 M\$ (toutes les régions) Déficience intellectuelle - 8,5 M\$ (toutes les régions) Déficience physique - 9,3 M\$ (six régions parmi les plus déficitaires) Services spécialisés de réadaptation - 5 M\$ (toutes les régions) CLSC - 23 M\$ (six régions parmi les plus déficitaires) ; CHSLD - 12 M\$ (toutes les régions, sauf les régions nordiques)	125,8 M\$
2001-2002	Personnes âgées en perte d'autonomie - 30 M\$ (toutes les régions) Jeunes et leur famille - 10 M\$ (toutes les régions) Déficience intellectuelle - 8,75 M\$ (toutes les régions) Autisme et troubles envahissants du développement - 2 M\$ (toutes les régions) Déficience physique - 7,3 M\$ non récurrents (toutes les régions) et 3,45 M\$ récurrents (quelques régions)	61 M\$
2002-2003	Régions dont la population présente une consommation globale inférieure à celle de la moyenne québécoise ⁹⁰	50 M\$
TOTAL		322 M\$

89. Quatre régions déficitaires en périphérie de Québec et de Montréal, soit les régions Chaudière-Appalaches (12), Laurentides (15), Lanaudière (14) et Montérégie (16).

90. Régions Mauricie-Centre-du-Québec (04), Estrie (05), Outaouais (07), Chaudière-Appalaches (12), Laval (13), Lanaudière (14), Laurentides (15) et Montérégie (16).

Le tableau 7 montre que les dépenses nettes du réseau socio-sanitaire s'établissaient à 10,9 milliards \$ en 2000-2001, soit environ 16 % de plus qu'en 1994-1995. Mais la répartition de ces dépenses selon les programmes demeure sensiblement la même. Les deux programmes-clientèles qui génèrent à eux seuls la plus grande part des dépenses totales sont le programme « Santé physique » (46 %) et le programme « Personnes âgées en perte d'autonomie » (24 %).

En montants absolus, le programme qui a connu la plus forte augmentation au cours de cette période est le programme « Alcoolisme et toxicomanies » (45,8 %), bien qu'il compte toujours pour moins de 1 % des dépenses totales. La deuxième augmentation en importance est apparue dans le programme « Déficience physique » (39,5 %). Le programme « Santé publique » vient au troisième rang avec une augmentation de 37,3 %, mais cet écart est en grande partie attribuable aux modifications apportées au contour financier de ce programme à compter de 1996. Si l'on applique une méthode comparable pour toute la période considérée, l'écart s'établit plutôt à 9,1 %, soit la plus faible augmentation parmi tous les programmes-clientèles.

La mise en place d'un système de reddition de comptes en fonction des programmes

La notion de reddition de comptes avait fait son entrée dans le discours des gestionnaires depuis longtemps, mais la mise en place de véritables mécanismes de reddition de comptes est apparue assez tardivement à l'échelle régionale. La première tentative concrète en ce sens se rattache aux plans de consolidation régionaux 1999-2002. La réalisation de ces plans fut encadrée pour la première fois par des ententes de gestion comportant des objectifs de résultats.

Ces ententes s'appuyaient sur des contrats de performance et d'imputabilité signés entre la ministre Pauline Marois et les présidents de conseils d'administration de chaque région régionale, par lesquels les parties convenaient de l'importance de la poursuite d'objectifs communs en matière d'organisation de services, d'investissements prioritaires, de gestion des ressources humaines et de retour à l'équilibre budgétaire.

L'atteinte des objectifs de résultats inscrits aux ententes devait faire l'objet d'un suivi à partir d'indicateurs convenus avec chacune des régions régionales. Mais ce suivi ne fut effectué que pour la première année des ententes (1999-2000), et la reddition de comptes ne fut jamais complétée.

Le Ministère entreprit plutôt d'inscrire cette reddition de comptes dans un nouveau cadre législatif. En effet, l'entrée en vigueur de la Loi sur l'administration publique, adoptée en mai 2000, a donné le feu vert à une réforme importante de l'administration gouvernementale : les ministères et organismes du gouvernement du Québec ont dorénavant un nouveau cadre de gestion qui doit leur permettre de devenir plus performants et de mieux servir la population. Les citoyens, de même que les parlementaires, doivent dorénavant être mieux informés sur les intentions de l'Administration et sur les résultats qu'elle compte atteindre.

En juin 2001, la « loi 28 » a été adoptée. Elle est venue modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux et a apporté des modifications majeures à la gouverne

du système en étendant aux régies régionales et aux établissements de santé et de services sociaux les éléments de réforme de l'administration gouvernementale. Elle prévoit « l'obligation pour une régie régionale de soumettre au ministre pour approbation [...] un plan stratégique triennal d'organisation de services [ainsi que] la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre la régie régionale et le ministre, de même qu'entre la régie régionale et les établissements publics⁹¹ ».

Les premières ententes de gestion entre le Ministère et les régies régionales dans le cadre de ce nouveau régime ont été signées à l'été 2003.

La consolidation des services de première ligne

La réforme de 1991 avait déjà tracé la voie à suivre dans le sens de la consolidation des services de première ligne et d'un rôle accru des CLSC à ce chapitre. Nous disposons de peu de données chiffrées pour mesurer les changements survenus à cet égard. Le nombre important de fusions entre des CLSC et des établissements hospitaliers (surtout des CHSLD) a notamment fait en sorte que les données de suivi budgétaire ne permettent pas d'observer cette évolution.

C'est dans le cadre de la transformation du réseau (1995-1998) que devait s'opérer l'accroissement des services de première ligne, notamment par l'augmentation des heures d'ouverture des CLSC, l'accroissement des services de maintien à domicile pour les personnes qui viennent de subir une chirurgie et les personnes âgées en perte d'autonomie, la consolidation des services Info-Santé CLSC et des activités de prévention et de promotion⁹².

La majorité⁹³ des plans de transformation régionaux 1995-1998 manifestent effectivement une intention de développer les services de première ligne⁹⁴, de les consolider, d'en assurer l'accessibilité sur une base locale ou dans chaque territoire de MRC.

91. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, adoptée le 21 juin 2001.

92. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Portrait de la transformation du système de santé et de services sociaux du Québec à mi-chemin du parcours (1995-1998), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1997, 23 p.

93. Les quatre plans régionaux de transformation où l'on ne retrouve pas d'orientation explicite en ce sens sont ceux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Québec, de la Chaudière-Appalaches et de la Côte-Nord.

94. Les documents régionaux utilisent parfois les termes de services de base, de services généraux, de services courants, d'assurer des services sur une base locale, près du milieu, que nous avons considérés comme équivalents.

En juin 1998, sur les 110 M\$ octroyés aux régions, 60 M\$ devaient être consacrés à la consolidation des services de première ligne et aux services à la jeunesse⁹⁵. Même si ces montants étaient peu élevés en regard des compressions qui venaient d'être faites, presque tous les plans de consolidation 1999-2002⁹⁶ annonçaient la poursuite de cette démarche, proposant cette fois des définitions plus opérationnelles ou de nouveaux objectifs à la lumière du bilan des plans de transformation, et affirmant le rôle central des CLSC à cet égard. La contribution des organismes communautaires dans l'offre de services de première ligne a aussi été plus d'une fois mise en évidence.

En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux⁹⁷, présidée par Michel Clair, a réitéré le besoin de consolider les services sociaux et médicaux de première ligne et d'en faire l'une des assises du système. La Commission recommandait que ce réseau soit formé à partir des CLSC et des cabinets de médecins, le volet social devant relever des CLSC et le volet médical devant être organisé autour des groupes de médecine de famille (GMF).

En ce qui a trait au volet médical, le Ministère a entrepris rapidement de donner suite à la recommandation de la commission Clair, en annonçant dans son plan stratégique 2001-2004 l'amorce de la mise en place des GMF. Un groupe de médecine de famille « est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. Le médecin de famille appartenant à un groupe est aussi en relation étroite avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans les CLSC, les centres hospitaliers, les pharmacies communautaires, etc⁹⁸ ».

En juin 2002, afin de soutenir les activités des GMF, le Ministère a alloué 15 M\$ pour la rémunération du personnel non médical, le budget informatique, l'aménagement des locaux nécessaires ainsi que pour la rémunération prévue des médecins.

Dans le cadre du Plan de la santé et des services sociaux rendu public en novembre 2002, le Ministère a annoncé l'accréditation des six premiers GMF au Québec et prévoit qu'une centaine de GMF seront créés au cours de 2003-2004. D'ici 2005, toutes les

95. L'enveloppe de 60 M\$ comprenait un montant de 10 M\$ destiné aux services aux jeunes en difficulté et à leur famille, à la prévention du suicide et à la lutte contre la toxicomanie. Source : Modalités de répartition de l'enveloppe budgétaire additionnelle de 110 millions \$ accordée au réseau, document de 3 pages annexé à la lettre adressée aux directrices et directeurs généraux des régies régionales le 17 juin 1998 par la sous-ministre en titre, Lise Denis.

96. Les trois plans régionaux de consolidation qui font exception sont ceux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (mention non spécifique).

97. Michel CLAIR (prés.), Les solutions émergentes – Rapport et recommandations, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 43 et suivantes.

98. DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES, Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2002, (dépliant non paginé).

familles québécoises pourront avoir accès à ce nouveau modèle de services, dont le nombre devrait atteindre 300⁹⁹.

En ce qui a trait au volet social, le Ministère a procédé à l'amélioration des services de base offerts en CLSC à l'intention des jeunes et de leur famille en allouant, en 2001-2002, une somme de 10 M\$ aux CLSC, notamment pour les services psychosociaux, de soutien aux compétences parentales, d'intervention de crise ou en situation de détresse, de suivi intensif auprès des familles en difficulté, de stimulation précoce et de répit-dépannage.

En février 2002 des investissements importants furent annoncés pour le rehaussement des services de première ligne sur tout le territoire du Québec. Ce n'est cependant qu'en mai 2003 que le nouveau ministre de la Santé octroya effectivement au réseau des budgets supplémentaires récurrents de 240 M\$, dont la moitié (120 M\$) étaient destinés aux services de proximité¹⁰⁰.

Par ailleurs, des orientations ministérielles sur les services généraux en CLSC sont en préparation à la Direction générale des services à la population (DGSP).

L'allocation d'un minimum de 20 % des budgets de développement aux activités de prévention et de promotion

La proportion des budgets de développement qui a été allouée par le Ministère à des activités de promotion et de prévention n'a pas fait l'objet d'un suivi spécifique. On constate que le Ministère avait effectivement inclus cette mesure dans les attentes signifiées aux régies pour l'élaboration des plans d'action régionaux de santé et de bien-être (voir le tableau 4 à la section 3.3.).

La cible de 20 % semble cependant avoir été perdue de vue par la suite. Ainsi, le Plan triennal d'orientations 1994-1997 (mars 1994) ne formule plus qu'un vague objectif de « mettre l'accent sur la promotion, sur la prévention et sur une plus grande prise en charge par les personnes de leur santé et de leur bien-être », sans mentionner aucune cible quantifiable (objectif 2.1)¹⁰¹.

99. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix, op. cit., p. 9.

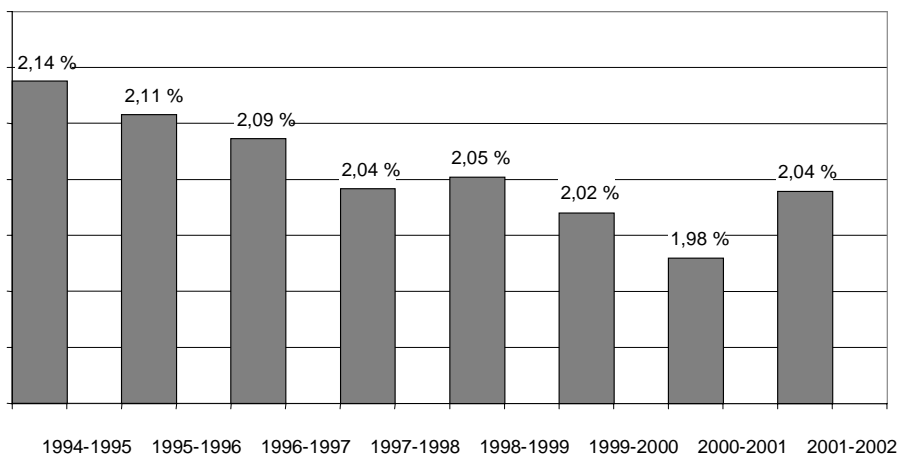
100. Ce montant comprend 30 M\$ pour les groupes de médecine de famille, 50 M\$ pour les services aux personnes âgées ou dont l'autonomie est restreinte en raison d'une déficience, et 40 M\$ pour les services offerts aux personnes vulnérables (jeunes en difficulté, violence conjugale, santé mentale, etc.).

101. Les deux priorités d'action associées à cet objectif consistent à « prioriser les activités de promotion et de prévention dans l'élaboration des programmes, des plans d'action et des PROS » et à « mettre en œuvre des activités de sensibilisation et de mobilisation des personnes et des intervenants aux objectifs et aux stratégies de promotion et de prévention de la Politique de la santé et du bien-être (plans régionaux d'actions, forums, etc.). » (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Défi « Qualité-Performance ». Plan triennal d'orientations 1994-1997, op. cit., p. 22).

Dans la Stratégie triennale d'interventions 1994-1997 diffusée au printemps suivant, on retrouve, au chapitre des principes généraux, un énoncé affirmant qu'un changement fondamental de perspective doit avoir lieu, ce qui implique notamment qu'il faut « accentuer les actions de prévention et de promotion, et ce, en interaction avec les autres intervenants de la communauté¹⁰² »; mais cette préoccupation ne se retrouve pas sous une forme plus précise ailleurs dans le document.

Par ailleurs, dans le cadre du suivi des Priorités nationales de santé publique 1997-2002, la DGSP a fait le suivi de la part des investissements consacrés aux activités de prévention sur les plans local et régional. Au cours de la période 1992-1993 à 2001-2002, les investissements rapportés dans les dépenses des établissements pour les centres d'activités concernés ont connu une augmentation totale de 22,1 M\$¹⁰³. La part consacrée à ces dépenses parmi l'ensemble des dépenses socio-sanitaires a connu cependant une diminution à peu près continue au cours de la période de 1994 à 2001, à l'exception d'une légère remontée en 1998-1999. Elle est passée de 2,14 % à 1,98 % au cours de cette période.

FIGURE 1
DÉPENSES EN PRÉVENTION/PROMOTION
(ACTIVITÉS LOCALES ET RÉGIONALES) / DÉPENSES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



102. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Défi Qualité-Performance. Stratégie triennale d'interventions 1994-1997, op. cit., p. 2.

103. Sur le plan local, ce suivi est basé sur les dépenses rapportées dans les centres d'activités suivants : « Santé maternelle et infantile », « Services dentaires préventifs », « Prévention et protection de la santé publique », « Santé scolaire » et « Intervention communautaire – Autre »; sur le plan régional, il est basé sur les dépenses rapportées dans le centre d'activités « Prévention, promotion et protection de la santé publique ».

Le développement de systèmes d'information « clientèle » et « population »¹⁰⁴

Afin de soutenir le développement et la gestion des programmes, de nouveaux systèmes d'information devaient être définis selon la même approche « clientèle ». Au fil des années qui ont suivi, beaucoup d'efforts et de ressources financières ont été consacrés au développement et au déploiement de tels systèmes d'information pour la gestion de clientèles et pour le soutien aux intervenants, notamment pour le système d'information sur l'hémovigilance (SIIATH), celui sur les services dispensés dans les centres jeunesse (Intégration jeunesse) et celui sur les activités des CLSC (Intégration CLSC)¹⁰⁵.

Il faut souligner que deux projets, l'un concernant un système d'information pour la santé mentale (SISM) et l'autre concernant la clientèle à domicile (SISMAD) ont bénéficié d'investissements importants sur plusieurs années, mais ont dû être abandonnés. Le premier était parvenu au stade de l'architecture détaillée et le second, au stade de l'expérimentation.

Le déploiement de ces systèmes s'est fait de façon continue depuis 1992. Des sommes totalisant 164 M\$ ont été investies à ce jour et 76 M\$ sont prévus pour compléter les projets en cours de développement (voir annexe 10). La Direction des ressources informationnelles a agi en soutien à l'ensemble de ces projets et a servi de levier pour leur financement.

L'identification par le CQRS et le FRSQ de nouvelles priorités de recherche

En mai 2002, un colloque intitulé *La Politique de la santé et du bien-être 10 ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche* a été organisé sous l'égide du Conseil de la santé et du bien-être, dans le cadre du Congrès de l'ACFAS¹⁰⁶. Les participants à ce colloque ont d'abord fait état du rôle important qu'a joué le milieu de la recherche universitaire dans l'élaboration de la Politique. Quant à savoir si la Politique a eu, à son tour, un impact favorable sur le développement de la recherche autour des problèmes prioritaires et des stratégies retenues, personne ne disposait de données précises pour l'établir. Il semblait cependant exister un certain consensus sur le fait que la Politique a contribué de façon particulière à l'essor de la recherche dans le domaine social.

La manifestation la plus importante de cet essor se situe dans le nombre d'équipes de recherche. Ainsi, on comptait 25 équipes de recherche sociale en 2000, alors qu'il n'en existait aucune avant 1990. Le nombre de chercheurs universitaires associés aux équipes financées par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) est passé de 13 à 208 entre 1992 et 2000, le nombre d'organismes partenaires provenant des milieux de pratique est passé de 10 à 290 et le nombre de régions impliquées dans les partenariats

104. Informations obtenues auprès de Braham Benhacine, Direction de la gestion de l'information, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information.

105. Voir le détail des investissements à l'annexe 10.

106. ACFAS : Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.

avec ces équipes est passé de 4 à 16¹⁰⁷, une évolution remarquable au Canada, selon plusieurs. À peu près tous les problèmes prioritaires de la Politique se rapportant à l'adaptation, à l'intégration sociale et à la santé mentale ont vu la création d'au moins une équipe de recherche leur étant consacrée.

Par ailleurs, le CQRS a entièrement structuré ses programmes de subvention ainsi que ses rapports annuels d'activité autour des priorités de la Politique. Les budgets disponibles pour ses programmes sont passés de 7,3 M\$ en 1993-1994 à 12,9 M\$ en 2000-2001, soit une augmentation de 76 %¹⁰⁸. Les sommes allouées à la recherche sociale, par l'entremise du CQRS, correspondaient donc, en 2000, à 20 % de celles allouées au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), alors qu'elles correspondaient à 13 % de celles-ci en 1993, ce qui constitue un certain progrès¹⁰⁹.

Du côté des équipes de recherche en santé, l'un des impacts signalés lors du colloque de mai 2002 est l'impulsion donnée au développement de la recherche multidisciplinaire. Certains estiment que les liens entre les équipes de recherche sociale et les équipes de recherche en santé se sont significativement développés.

Le FRSQ rapporte aussi que sur une centaine d'axes de recherche auxquels s'intéressent ses 15 réseaux de recherche thématique, environ 80 sont en lien direct avec les priorités de la Politique¹¹⁰. Jusqu'en 1999-2000, les rapports annuels de l'organisme mentionnent que les priorités de la Politique constituent l'un des quatre principes directeurs dont il tient compte dans l'établissement de ses programmes. Le rapport annuel de 2000-2001 ne fait plus mention de la Politique dans l'énoncé de sa mission, ce changement découlant de la Politique québécoise de la science et de l'innovation¹¹¹ et du rattachement de l'organisme au ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie.

Les données disponibles dans la Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS) permettent de connaître le nombre de subventions de recherche ainsi que les montants octroyés au Québec par une vingtaine d'organismes subventionnaires impliqués dans le domaine socio-sanitaire. Sept de ces organismes sont rattachés au réseau de la santé et

107. CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE, *Thématiques de recherche selon les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale, mars 2000, 17 p.

108. Par comparaison, les budgets du FRSQ sont passés de 57,5 M\$ à 65,2 M\$ au cours de la même période, soit une augmentation de 13 %.

109. Données tirées des rapports annuels du CQRS et du FRSQ de 1993-1994 à 2000-2001.

110. FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC, *Congruence des axes de recherche avec la Politique de la santé et du bien-être du Québec*, Fonds de la recherche en santé du Québec, mars 2000, 13 p. (document non publié)

111. MINISTÈRE DE LA RECHERCHE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, *Politique québécoise de la science et de l'innovation – Savoir changer le monde*, Québec, Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, janvier 2001, 169 p.

des services sociaux et doivent donc prendre en considération les orientations proposées dans la Politique¹¹². Les 13 autres organismes subventionnaires ne sont pas formellement liés par la Politique de la santé et du bien-être, soit parce qu'ils ont un mandat pancanadien (ex. la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé), soit parce qu'ils relèvent de secteurs gouvernementaux autres que celui de la santé et des services sociaux (ex. l'Institut québécois de recherche en santé et sécurité du travail). Les projets sont présentés selon le sujet et le type de recherche; mais ces données doivent être interprétées avec prudence puisque dans la plupart des cas¹¹³, la seule information disponible pour catégoriser le sujet traité se limite au titre du projet. Enfin, soulignons que les données de la BRSS ne comprennent pas les recherches financées par le secteur privé.

En juin 2001, le Ministère publiait un portrait de la recherche subventionnée au Québec au cours de la période 1992-1999¹¹⁴ basé sur les données de la BRSS¹¹⁵. Les données présentées ici proviennent de compilations effectuées à partir des données contenues dans la BRSS en date de juin 2003 et couvrent la période 1992-2000.

Si l'on examine les montants octroyés en fonction des cinq grands champs d'activités proposés par la Politique, on remarque que le champ de la santé physique a reçu plus de 31 M\$ au cours de la période observée, suivi de près par le champ de la santé mentale (incluant la problématique du suicide), qui a reçu un peu plus de 30 M\$¹¹⁶. Au fil des années, le champ de la santé mentale a d'abord tenu le premier rang, pour le céder à la santé physique à partir de 1995. Le champ de l'adaptation sociale vient au troisième rang avec 25,1 M\$.

112. Ces organismes sont le FRSQ, le CQRS, intégré le 21 juin 2001 au nouveau Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Programme de subventions en santé publique géré par le MSSS, l'Office des personnes handicapées du Québec, le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec (auparavant connue sous le nom de Conseil d'évaluation des technologies de la santé).

113. Les deux tiers des projets répertoriés ne comportent pas de résumé et doivent être codifiés à partir du titre du projet; c'est le cas notamment des projets financés par l'Institut de recherche en santé du Canada et par le FRSQ, qui comptent à eux seuls pour environ la moitié des subventions répertoriées dans la BRSS.

114. Annik PARIS, La Politique de la santé et du bien-être et la recherche subventionnée au Québec, Québec, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2001, 132 p. (Collection Études et analyses).

115. Parmi l'ensemble des subventions répertoriées dans la BRSS, on comptait alors 1 167 projets de recherche portant sur l'un des 19 problèmes prioritaires dans la Politique de la santé et du bien-être. Depuis la publication de cette étude, le nombre de subventions répertoriées dans la BRSS est passé d'environ 3 000 à près de 10 000 et les données permettent maintenant de couvrir la période 1992-2000.

116. Du côté des organismes non reliés au réseau de la santé et des services sociaux, les subventions accordées aux problèmes correspondant à la santé physique au cours de la période 1992-1999 (les données de l'année 2000 étant incomplètes) occupent de loin le premier rang (61 M\$) et représentent à elles seules près de la moitié des subventions totales se rapportant aux priorités de la Politique (voir tableaux détaillés à l'annexe 11).

Dans l'étude publiée par le Ministère en 2001, on trouve une analyse plus fine des projets de recherche selon leurs liens avec les 56 sous-objectifs de recherche définis dans la Politique; ces sous-objectifs précisait pour chaque problème les principaux besoins de développement des connaissances. Parmi l'ensemble des projets analysés, la proportion des montants investis pour répondre spécifiquement à ces besoins varie de 20 à 90 % selon les problèmes¹¹⁷.

L'une des questions les plus importantes qui ait été soulevée au cours des entrevues portant sur ce volet de la mise en œuvre de la Politique est celle des retombées concrètes de tous ces résultats de recherche sur l'amélioration des interventions sur le terrain. Même si les subventions prévoient généralement des budgets spécifiques pour la diffusion des résultats et que les chercheurs doivent en rendre compte aux organismes subventionnaires, nous avons constaté qu'il n'existe aucun bilan de ces activités concernant les projets dont il a été question plus haut.

117. Voir le graphique 18 dans PARIS, op. cit., p. 24.

TABLEAU 9
RÉPARTITION DES SUBVENTIONS DE RECHERCHE ACCORDÉES PAR LES ORGANISMES RATTACHÉS
AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR CHACUN DES 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PAR ANNÉE,
QUÉBEC, 1992-2000

OBJECTIF	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Santé mentale	2 121 565 \$	2 968 234 \$	3 619 515 \$	3 108 278 \$	2 989 409 \$	3 266 476 \$	3 567 585 \$	3 448 927 \$	3 591 107 \$	28 681 095 \$
Maladies cardiovasculaires	1 109 873 \$	1 628 190 \$	1 723 174 \$	1 723 386 \$	1 880 340 \$	1 967 574 \$	2 100 181 \$	1 832 052 \$	1 962 728 \$	15 927 498 \$
Situations de handicap	919 135 \$	744 230 \$	332 644 \$	779 470 \$	747 334 \$	1 184 448 \$	1 827 932 \$	1 698 787 \$	1 549 490 \$	9 783 470 \$
Troubles de comportement	511 603 \$	933 916 \$	962 894 \$	847 433 \$	1 284 983 \$	1 268 343 \$	1 097 236 \$	1 117 296 \$	1 439 786 \$	9 463 491 \$
MTS-sida	872 863 \$	1 489 920 \$	1 007 824 \$	635 800 \$	689 485 \$	712 287 \$	440 414 \$	542 110 \$	670 801 \$	7 061 503 \$
Personnes âgées	706 629 \$	560 607 \$	754 337 \$	656 496 \$	571 520 \$	949 931 \$	774 166 \$	836 514 \$	1 029 380 \$	6 839 580 \$
Alcoolisme et psychotropes	433 010 \$	668 548 \$	884 673 \$	1 079 844 \$	857 153 \$	816 024 \$	640 196 \$	635 411 \$	641 795 \$	6 656 656 \$
Maladies du système respiratoire	313 805 \$	378 176 \$	562 480 \$	552 270 \$	497 663 \$	741 043 \$	959 409 \$	996 901 \$	1 239 173 \$	6 240 920 \$
Abus et négligence	461 819 \$	101 836 \$	335 411 \$	437 640 \$	550 701 \$	745 887 \$	634 689 \$	800 083 \$	873 243 \$	4 941 308 \$
Périnatalité	300 531 \$	387 917 \$	520 918 \$	406 162 \$	656 338 \$	728 371 \$	341 994 \$	292 455 \$	269 405 \$	3 904 092 \$
Cancer	155 223 \$	333 893 \$	469 491 \$	421 686 \$	333 143 \$	505 058 \$	400 780 \$	214 240 \$	306 630 \$	3 140 144 \$
Violence faite aux femmes	17 677 \$	119 524 \$	306 198 \$	320 666 \$	196 965 \$	307 375 \$	343 305 \$	212 940 \$	426 152 \$	2 250 802 \$
Suicide	143 864 \$	29 945 \$	20 854 \$	79 993 \$	117 518 \$	248 622 \$	293 262 \$	327 166 \$	136 379 \$	1 397 603 \$
Délinquance	222 257 \$	77 062 \$		100 650 \$	220 789 \$	314 184 \$	144 997 \$	57 894 \$	183 047 \$	1 320 880 \$
Itinérance	10 272 \$	85 663 \$	175 717 \$	223 404 \$	279 946 \$	172 818 \$	69 621 \$	25 714 \$	165 083 \$	1 208 238 \$
Maux de dos, arthrite, rhumatismes			38 227 \$	95 938 \$	242 387 \$	210 801 \$	167 899 \$	206 864 \$	139 407 \$	1 101 523 \$
Traumatismes	5 725 \$	49 176 \$	28 335 \$	90 165 \$	65 715 \$	78 731 \$	36 084 \$	340 853 \$	216 388 \$	911 172 \$
Santé dentaire	128 955 \$	99 225 \$	34 980 \$	7 779 \$	10 364 \$	58 401 \$	10 005 \$	28 503 \$	62 808 \$	441 020 \$
Maladies infectieuses						44 742 \$	47 275 \$	71 206 \$	38 840 \$	202 063 \$
TOTAL	8 434 806 \$	10 656 063 \$	11 777 671 \$	11 567 060 \$	12 191 753 \$	14 321 116 \$	13 897 031 \$	13 685 916 \$	14 941 642 \$	111 473 058 \$

* Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » en incluant les subventions se rapportant à des projets de recherche spécifiques (codés 10 à 22 et 41) et en excluant les subventions allouées pour des projets d'infrastructure, les congrès, les dépenses de fonctionnement, etc.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 18 juin 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

Le transfert des connaissances par l'entremise d'équipes spécialement dédiées à cette fin dans un domaine particulier apparaît depuis quelques années comme une mesure essentielle et stratégique pour assurer la mise à profit des résultats de recherche dans les milieux d'intervention. C'est la voie qu'a indiquée en 2001 la Politique québécoise de la science et de l'innovation.

4.3. LES ACTIONS STRUCTURANTES RELIÉES AU SUIVI ET À LA MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

Les mesures prévues dans le Plan de mise en œuvre pour assurer le suivi et la mise à jour de la Politique sont le développement d'indicateurs de santé et de bien-être, la poursuite des enquêtes de Santé Québec, le dépôt périodique de rapports à la Commission parlementaire des affaires sociales et la tenue de forums nationaux tous les trois ans.

Le développement d'indicateurs de l'état de santé et de bien-être

La Politique étant orientée vers des objectifs de santé et de bien-être, la tâche d'assurer son suivi exigeait un effort particulier pour définir les indicateurs appropriés relatifs à chacun des objectifs et pour en observer l'évolution. De plus, plusieurs problèmes ne pouvaient être mesurés de façon satisfaisante et nécessitaient le développement de nouveaux indicateurs.

En janvier 1993, un comité de travail fut mis sur pied par la Direction générale de la planification et de l'évaluation, et reçut le mandat de concevoir, développer et analyser les indicateurs de suivi de la Politique afin d'établir le degré d'atteinte de chacun des 19 objectifs¹¹⁸. Des sous-comités furent formés pour élaborer des indicateurs dans chacun des cinq champs proposés par la Politique. Les indicateurs choisis devaient permettre, autant que possible, des comparaisons avec d'autres pays et entre les régions socio-sanitaires. Une liste de 45 indicateurs fut retenue en juin 1994¹¹⁹.

118. Ce comité réunissait 20 personnes, dont 11 du Ministère, 5 des directions régionales de la santé publique (et de médecine préventive), 3 des régies régionales et 1 du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

119. Pierre MONTAMBAULT (dir.), Les fiches descriptives des indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1995, 207 p. (Collection Méthodologie et instrumentation, no 9).

Le premier exercice de suivi des objectifs de la Politique, publié en 1995, couvrait 39 de ces indicateurs¹²⁰. L'ensemble des indicateurs fut documenté lors des exercices suivants en 1998 et en 2002. Les résultats furent publiés et diffusés dans les régies régionales¹²¹.

Par ailleurs, en plus d'être orientée vers l'amélioration de l'état de santé, la Politique poursuit également un objectif de réduction des écarts de santé entre les groupes, et en particulier des écarts reliés aux conditions socio-économiques. À cet égard, les données couramment recueillies dans le système sociosanitaire ne fournissent généralement pas de données permettant l'analyse de ces écarts.

Des travaux sur le sujet furent réalisés au Ministère en collaboration avec le réseau et le milieu universitaire. Plus récemment, une équipe réunissant des chercheurs du Ministère et de l'Institut national de santé publique a développé un indice de défavorisation qui offre de nouvelles possibilités pour analyser sous cet angle les données disponibles dans les principaux systèmes d'information sociosanitaires^{122, 123}.

Les enquêtes quinquennales de Santé Québec ont également permis de faire certains progrès dans ce type d'analyse, comme on le verra plus loin.

L'enquête Santé Québec de 1992

La première enquête générale sur l'état de santé des Québécois et des Québécoises avait été réalisée en 1987 et plus de 11 000 ménages y avaient participé. Ses résultats avaient servi à documenter les objectifs et plusieurs autres aspects de la politique de 1992.

Elle fut suivie par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, qui rejoignit plus de 13 000 ménages et dans laquelle les aspects sociaux reliés à la santé furent plus largement traités. L'introduction générale du rapport rappelle que cette enquête devait contri-

120. Les indicateurs qui n'ont pu être présentés lors de ce premier exercice de suivi sont reliés à la violence faite aux femmes en milieu familial (taux de mortalité et proportion des homicides), à l'itinérance (nombre de nuitées dans les refuges), au sida et aux MTS (taux d'incidence des principales MTS à déclaration obligatoire) et aux maladies infectieuses (taux d'incidence et taux de couverture vaccinale).

121. Pierre LEGAULT (dir.), *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 2001*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 128 p. Voir aussi Pierre LEGAULT (dir.), *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 1998*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 125 p., et le premier rapport de cette série, Pierre LEGAULT (dir.), *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 1995*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 100 p.

122. Robert PAMPALON et Guy RAYMOND, « Indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, no 3, 2002, p. 113-128.

123. Robert PAMPALON et Guy RAYMOND, « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, Société et Solidarité*, no 3, 2003, p. 191-208.

buer à soutenir la planification et la prise de décision « notamment en ce qui a trait à la Politique de la santé et du bien-être » (p. XXI)¹²⁴.

Cette nouvelle enquête comportait des sections spécifiques sur quelques-uns des problèmes prioritaires, à savoir les accidents avec blessures (objectif 10), la santé mentale (objectif 16), les idées suicidaires et les parasuicides (objectif 17) ainsi que les incapacités (objectifs 18 et 19). On y abordait aussi certains déterminants de la santé et du bien-être se rapportant aux habitudes de vie, aux milieux de vie et aux conditions socio-économiques.

Elle comportait aussi une analyse des écarts de santé associés au niveau de défavorisation des individus. Elle a également donné lieu à une analyse des variations géographiques, c'est-à-dire des disparités de santé associées aux caractéristiques de différents territoires¹²⁵. Ces analyses sont brièvement rapportées au chapitre 6.

La troisième enquête quinquennale fut menée en 1998 auprès d'environ 12 000 ménages répondants. Le rapport souligne à nouveau que cette enquête avait pour objectif, entre autres, de « fournir des renseignements utiles à l'évaluation et au suivi de la Politique de la santé et du bien-être¹²⁶ ».

En plus de reprendre les sujets de l'enquête précédente se rapportant à des problèmes prioritaires et à plusieurs déterminants ciblés dans la Politique, cette enquête comportait un sous-échantillon qui a aussi permis de documenter les problèmes de violence conjugale (objectif 4).

Les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 ont été réalisées à l'aide d'un financement provenant du Ministère et des régions régionales.

Les comparaisons des indicateurs entre 1987, 1992-1993 et 1998 ont permis de voir l'évolution des phénomènes observés sur un horizon d'une dizaine d'années. On peut lire au chapitre 6 les grandes lignes des tendances observées.

124. SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSÉ, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD ET M. LEVASSEUR (dir.), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 412 p.

125. SANTÉ QUÉBEC, C. LAVALLÉE, C. BELLEROSÉ, J. CAMIRAND ET P. CARIS (dir.), *Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Volume 2*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 196 p.

SANTÉ QUÉBEC, R. PAMPALON, L. LOSLIER, G. RAYMOND ET P. PROVENCHER, *Variations géographiques de la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Volume 3*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 97 p..

C. DAVELUY, L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et coll., *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 642 p..

126. C. DAVELUY, L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et coll., op. cit., p. 53.

Ces comparaisons ne pourront malheureusement pas être poursuivies. En effet, Statistique Canada réalise maintenant des enquêtes comparables tous les deux ans avec des échantillons pour chaque région sociosanitaire, et ce, sans contribution financière de la part du Québec, ce qui a conduit à la décision de mettre fin à la série des enquêtes quinquennales québécoises. Les enquêtes de Statistique Canada traiteront des mêmes thèmes, mais à partir d'une méthodologie et d'indicateurs différents.

Les rapports à la Commission parlementaire des affaires sociales

En ce qui concerne le développement continu de la Politique, le ministre s'était engagé à « faire part annuellement au gouvernement et à la Commission parlementaire des affaires sociales, des principales mesures adoptées par son ministère pour favoriser l'atteinte des objectifs et l'adhésion aux stratégies d'action de la politique ». Il indiquait également son intention de « faire en sorte que les régies régionales lui fassent part annuellement, et rendent compte à tous les trois ans à la Commission parlementaire des affaires sociales, de l'état d'avancement du plan d'action régional pour rencontrer les objectifs et les stratégies de la politique »¹²⁷.

Bien qu'il n'ait pas été possible de procéder à une étude fouillée des archives de la Commission, tout laisse croire que ces démarches de reddition de comptes n'ont pas eu lieu, ni de la part du Ministère ni de la part des régies régionales. Ces derniers ont régulièrement comparu devant la Commission, mais l'information dont nous disposons suggère que ces comparutions n'ont jamais porté sur la mise en œuvre de la Politique ou sur les plans d'action régionaux de santé et de bien-être.

Les forums nationaux

L'objectif initial des forums nationaux, tel que formulé dans la Politique et dans le Plan de mise en œuvre, était à la fois de sensibiliser et d'informer, mais également de contribuer au suivi et à la mise à jour de la Politique. Ces forums devaient notamment « permettre d'évaluer les progrès réalisés, de partager les connaissances, de faire état des expériences vécues dans différents milieux et d'informer la population¹²⁸ ». Ils étaient donc essentiellement conçus comme un outil devant appuyer le processus de mise en œuvre.

Le Conseil de la santé et du bien-être organisa, en 1995, un colloque intitulé *Pour favoriser le potentiel des personnes et des communautés avec les milieux municipal, éducationnel, socio-économique et communautaire*. Ce colloque remplaçait d'une certaine façon le premier forum national prévu pour le suivi et la mise à jour de la Politique, qui s'avérait prématuré puisque les plans d'action régionaux venaient à peine d'être adoptés pour la plupart.

C'est au terme de ce colloque que le ministre Jean Rochon avait confirmé le mandat du Conseil pour la préparation et la tenue d'un véritable forum national comme le prévoyait

127. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La Politique de la santé et du bien-être*, op. cit., p. 183.

128. Ibid., p. 183.

le Plan de mise en œuvre de la Politique. Cependant, le mandat donné au Conseil par le ministre Rochon était de tenir un forum sur le développement social. L'analyse soutenant ce choix était que ce thème correspondait à la stratégie fondamentale de la Politique, à savoir la nécessité d'une action intersectorielle portant sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être, c'est-à-dire les conditions de vie, la pauvreté et le développement des communautés.

Le Forum national eut lieu en avril 1998, après plus de 70 forums régionaux et locaux auxquels avaient participé 8 000 personnes partout au Québec. Les grands constats formulés lors de ce forum portaient encore une fois sur les thèmes de la pauvreté, de l'exclusion des jeunes, du besoin d'emplois et de l'importance de resserrer les liens sociaux. Les participants y exprimèrent la volonté de s'engager concrètement dans la recherche d'un nouveau modèle de développement social, en misant particulièrement sur l'action intersectorielle¹²⁹.

L'effet mobilisateur de ces forums fut indéniable. Mais en dépit de leur succès, on doit constater que les thèmes de la santé et du bien-être en tant que tels sont demeurés pratiquement absents du contenu des échanges. Sans doute les déterminants sociaux y furent largement traités et le thème du développement social avait le mérite de correspondre à des préoccupations bien réelles dans plusieurs régions. Mais les liens entre ces déterminants et l'état de santé et de bien-être n'étaient pas l'enjeu premier de ces discussions. À peine fut-il question de la Politique dans l'allocution de clôture du Forum national prononcée par le ministre Jean Rochon, qui annonça qu'il allait « voir, avec le Conseil de la santé et du bien-être et l'ensemble des partenaires du réseau, à faire le point sur la Politique de la santé et du bien-être¹³⁰ ».

Ce qui devait être l'un des temps forts de la mise en œuvre de la Politique, impliquant la participation de l'ensemble des acteurs, fut en fin de compte orienté dans une perspective fort différente de l'intention initiale.

Les engagements ministériels touchant le développement continu de la Politique indiquaient également l'intention du ministre de « solliciter les avis du Conseil [...] sur l'implantation de la politique et sa mise à jour¹³¹ ».

C'est au printemps 2002 que le Conseil présenta au ministre de la Santé et des Services sociaux un avis portant sur un scénario d'évolution de la Politique, dans lequel il recommandait « d'en réviser les fondements et les objectifs et de cibler davantage les conditions garantissant le succès de sa mise en œuvre¹³² ». À l'automne de la même

129. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, Bulletin d'information, vol. 5, no 2, été 1998, p. 5.

130. FORUM SUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL, Forum sur le développement social – Allocutions et échanges, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, octobre 1998, p. 118.

131. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La Politique de la santé et du bien-être, op. cit., p. 183.

132. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, Pour une stratégie du Québec en santé. Décider et agir, op. cit., p. 4.

année, le Conseil entreprit une tournée de consultation dans six régions¹³³ sur les recommandations présentées dans cet avis. Le compte rendu de la tournée indique que la majorité des recommandations du Conseil ont été accueillies favorablement¹³⁴.

4.4. APERÇU DE L'ACTION MINISTÉRIELLE EN LIEN AVEC LES 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

En plus des actions structurantes que nous venons de décrire et qui ont pour but d'orienter l'action du réseau de façon globale, nous présentons ici les interventions ministérielles les plus marquantes se rapportant à chacun des 19 objectifs de la Politique.

Ces interventions peuvent concerner à la fois l'élaboration d'orientations (politiques, cadres de référence, stratégies, lignes directrices, etc.) et différentes mesures de soutien aux actions du réseau (développements budgétaires, activités de formation ou de communication, concertation à l'échelle nationale, etc.).

Rappelons encore une fois que ce relevé ne présuppose pas nécessairement que toutes ces interventions aient découlé directement ou principalement d'une volonté de mise en œuvre de la Politique. Celle-ci a pu néanmoins favoriser ou servir de toile de fond à leur développement.

Le contenu de cette section a été documenté principalement à partir de fiches synthèses préparées par les responsables de dossiers correspondant à ces problématiques ainsi que des rapports annuels du Ministère. Ces fiches sont réunies dans un document de soutien disponible sur demande. Un aperçu de ces interventions est présenté ici selon le champ d'activités auquel chaque objectif se rattache. La liste des politiques et orientations adoptées par le Ministère depuis 1992 en lien avec ces 19 objectifs est présentée à l'annexe 12.

Dans le champ de l'adaptation sociale

Dans le champ de l'adaptation sociale, la Politique cible six problèmes prioritaires, à savoir :

- les abus sexuels, la violence et la négligence à l'endroit des enfants;
- les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes;
- la délinquance;
- la violence faite aux femmes;
- l'itinérance;
- l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes.

Des groupes d'experts ont été chargés d'étudier et de faire des recommandations sur certains aspects de ces problématiques, en particulier sur les questions reliées à la pro-

133. Les régions visitées étaient Montréal-Centre, Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Québec et Mauricie-Centre-du-Québec.

134. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, Avis pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir. Compte rendu de la tournée régionale, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, octobre 2002, 14 p.

tection de la jeunesse et aux jeunes en difficulté. Le Ministère a adopté des documents d'orientation à portée ministérielle sur la plupart des problématiques (dont le Programme de soutien aux jeunes parents, le programme Naître égaux – Grandir en santé, le Programme de stimulation infantile en milieu de garde, les orientations en toxicomanie, suicide et prostitution, le Plan d'action ministériel pour le secteur des jeunes contrevenants, le Plan d'action sur la détresse sociale chez les jeunes, incluant l'itinérance) et s'est associé à deux politiques à portée gouvernementale portant respectivement sur la violence conjugale et sur les agressions sexuelles.

On relève aussi plusieurs plans d'action axés sur les abus sexuels envers les jeunes, les jeunes contrevenants, la détresse sociale chez les jeunes, les toxicomanies. La plupart de ces plans d'action sont accompagnés d'investissements budgétaires.

Le Ministère a également mis en place divers programmes, surtout en lien avec la prévention des troubles de comportement (ex. soutien aux jeunes parents, développement de projets « Écoles en santé »).

Au plan des mesures de soutien aux actions du réseau, le Ministère a publié des manuels de référence et des guides destinés aux intervenants en protection de la jeunesse. Il a développé des programmes et des activités de formation en lien avec l'abus et la négligence, la délinquance et la violence conjugale. Une campagne soutenue de sensibilisation et de prévention a été réalisée au sujet de la violence conjugale, et une autre campagne portant sur les agressions sexuelles a été appuyée par le Ministère. Le système d'information clientèle en jeunesse (CPEJ-LJC), dont le développement avait été entrepris avant 1990, a été l'un des premiers à être complétés.

Des activités de concertation à l'échelle nationale sont rapportées pour l'ensemble des problématiques, notamment avec le ministère de la Famille et de l'Enfance, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique. D'autres activités de concertation ont été réalisées à l'intérieur du réseau (ex. entente-cadre CLSC-centres jeunesse). Enfin, le rehaussement du financement des organismes communautaires apparaît aussi comme un volet important de l'action du Ministère en matière de violence conjugale.

Dans le champ de la santé physique

Dans le champ de la santé physique, la Politique cible six problèmes prioritaires :

- les naissances prématurées ou de poids insuffisant et les anomalies congénitales ou génétiques;
- les maladies cardiovasculaires;
- le cancer;
- les traumatismes;
- les maux de dos, l'arthrite et les rhumatismes;
- les maladies du système respiratoire.

Des orientations ministérielles ont été élaborées pour presque toutes ces problématiques ou en lien avec celles-ci, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque (ex. lutte contre le tabagisme).

On note la mise en place de divers programmes (dépistage du cancer du sein, lutte contre le cancer, Naître égaux – Grandir en santé, programmes de vaccination, cadres de référence en oxygénothérapie et en ventilothérapie à domicile) ainsi que la mise en place de réseaux de services (réseau de cardiologie tertiaire, réseau de traumatologie).

Des journées de *formation* ont été organisées pour les intervenants et dans certains cas pour la mise à niveau d'interventions cliniques. Des *instruments* ont été développés afin de mieux suivre les activités : gestion de listes d'attente de patients en cardiologie, système de gestion de l'accès aux services en radio-oncologie, registre des traumatismes, entre autres.

Des comités permanents ou des organismes ont été créés pour certaines problématiques afin de *coordonner* les interventions et/ou d'assurer le suivi de la mise en œuvre des actions, tels que le Centre de coordination de la lutte contre le cancer, le Conseil québécois de lutte contre le cancer et le Groupe-conseil en traumatologie.

Si, pour certaines problématiques, l'accent a davantage été mis sur les activités à caractère curatif, on remarque néanmoins un bon nombre d'activités de nature préventive, notamment des campagnes de sensibilisation, d'information du public et de prévention dite secondaire avec des interventions de dépistage.

Rappelons que les interventions reliées aux problèmes de maux de dos, d'arthrite et de rhumatisme (objectif 11) n'ont pas été traitées, en l'absence de porteurs de dossiers et de mention de ces problèmes dans les rapports annuels du Ministère au cours de la période étudiée.

Dans le champ de la santé publique

Bien que le champ de la santé publique recouvre un ensemble de problèmes beaucoup plus large, la Politique cible trois problèmes prioritaires se rattachant plus particulièrement à ce champ d'activités :

- les maladies transmises sexuellement et le sida;
- les maladies infectieuses;
- les problèmes de santé dentaire.

En ce qui a trait aux documents d'orientation, le Ministère a adopté une série de stratégies et de cadres de référence en rapport avec le sida et la prévention des MTS, et un guide de référence sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Dans le domaine des maladies infectieuses, plusieurs programmes d'immunisation ont été développés ou élargis. On signale l'élaboration et la mise à jour de protocoles d'intervention pour diverses maladies ainsi que de normes pour le transport et la gestion des produits immunisants.

En termes de soutien à l'action du réseau, plusieurs campagnes de communication sont mentionnées en lien avec le sida et les MTS, de même qu'un rehaussement du soutien aux organismes communautaires. En santé dentaire, les équipes d'hygiénistes dentaires en CLSC et de dentistes en santé publique ont fait l'objet d'efforts de consolidation, bien que ceux-ci aient été limités. On signale des programmes de formation des intervenants et un soutien financier pour la recherche et l'évaluation, et la tenue de colloques en lien avec ces deux objectifs. Du côté des maladies infectieuses, un système d'information sur la vaccination est en développement (SIV).

Rappelons évidemment que l'élaboration et le suivi des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 ont constitué une réalisation majeure dans ce domaine. La création de l'Institut national de santé publique en 1998, l'adoption de la Loi sur la santé publique en décembre 2001 et du Programme national de santé publique 2003-2012¹³⁵ en 2003 représentent d'autres étapes importantes pour baliser et soutenir l'action en santé publique.

Dans le champ de la santé mentale

Dans le champ de la santé mentale, deux problèmes prioritaires sont ciblés :

- les problèmes de santé mentale;
- le suicide.

Depuis 1992-1993, le Ministère a produit différents documents d'orientation concernant la **santé mentale**. Ces documents se situaient surtout dans la foulée de la Politique de santé mentale adoptée en 1989. Cependant, la réorganisation ministérielle de 1994-1995, amenant la disparition de la Direction de la santé mentale, est venue réduire sensiblement les efforts consacrés jusque-là à cette problématique.

En 1997, le Ministère a publié le *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale, accompagné d'Orientations pour la transformation des services en santé mentale – Document de consultation*. À la suite d'une consultation, un plan d'action a été rendu public l'année suivante. Différentes mesures ont été mises en place pour soutenir la transformation des services en santé mentale, notamment la formation d'un groupe d'appui qui a effectué une tournée provinciale et la tenue d'un forum en santé mentale en l'an 2000. À la suite du Forum, un développement budgétaire de 8 M\$ récurrents a été alloué pour appuyer l'atteinte des cibles prioritaires.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), créé en 1971, contribue également à la planification et à l'évaluation en santé mentale par la réalisation d'études et d'avis. Il a produit des rapports, ouvrages et avis sur diverses questions liées à la santé mentale. Il a ainsi contribué à l'émergence d'une politique en santé mentale au Québec, à la mise à jour de cette politique et, plus généralement, à l'évolution des orientations québécoises en santé mentale.

135. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

Pendant toutes ces années, les actions ministérielles ont davantage été orientées vers le maintien dans la communauté des personnes présentant des troubles graves de santé mentale. On a souligné l'absence d'orientations claires concernant la prévention et la promotion en santé mentale.

Cependant, on retrouve dans les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 des actions à réaliser en matière de promotion de la santé et du bien-être et de prévention pour le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes (à titre d'exemples, des interventions en périnatalité et en milieu scolaire). Et dans le Programme national de santé publique 2003-2012, des interventions sont prévues pour augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale.

En ce qui concerne la problématique du **suicide**, elle fut longtemps vue comme sous-jacente à celle de la santé mentale. C'est surtout avec la Stratégie québécoise d'action face au suicide¹³⁶, adoptée en 1998, qu'un cadre spécifique lui fut donné et que des actions plus significatives furent entreprises, notamment sur les plans de l'évaluation, de l'intervention de crise, de la référence pour la prise en charge et du suivi. Une évaluation¹³⁷ de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide a été réalisée en 2002 et des résultats préliminaires sont disponibles. Par ailleurs, un comité d'experts a été mis en place pour la préparation d'un nouveau plan d'action 2003-2008, qui s'inscrit toujours en continuité avec la Stratégie québécoise d'action face au suicide.

Des programmes de formation en prévention du suicide ont été développés pour les omnipraticiens, pour les intervenants de première ligne (CLSC, organismes communautaires) et pour les intervenants des programmes jeunesse.

De plus, des collaborations ont été établies entre différents partenaires (centres jeunesse et leur Association, Collège des médecins du Québec, Association des hôpitaux du Québec, Association des CLSC et des CHSLD) pour l'élaboration d'un protocole d'intervention en situation problématique suicidaire dans les centres jeunesse.

Dans le champ de l'intégration sociale

Dans le champ de l'intégration sociale, les deux problèmes prioritaires sont :

- les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées;
- les situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités.

Depuis 1992, un bon nombre d'interventions ministérielles ont été réalisées concernant les **personnes âgées**. Parmi les plus marquantes, on peut retenir, entre autres, le Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour les personnes âgées, la consolidation du développement de lits d'hébergement temporaire, la consolidation de services externes (services ambulatoires de consultation gériatrique, centres de jour pour per-

136. G. MERCIER et D. SAINT-LAURENT (dir.), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

137. Nelson POTVIN, *L'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide : quelques résultats préliminaires*, Québec, Service de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 14 p.

sonnes âgées et hôpitaux de jour), le *Guide d'aménagement des CHSLD*, et finalement les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en 2001¹³⁸.

Différentes mesures moins spécifiques ou administrées par d'autres secteurs avaient également pour objectif d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées, tels les subventions aux organismes communautaires engagés dans le maintien à domicile¹³⁹ des personnes âgées, le Programme d'allocation directe pour le maintien à domicile, le Cadre de référence sur les services à domicile, le Programme d'aides techniques pour les personnes ayant une déficience du langage ou de la parole, le Projet de logement social ou le Programme d'exonération financière pour des services d'aide domestique et la récente politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*¹⁴⁰. Plusieurs évaluations ont également porté sur ce domaine de services¹⁴¹.

La collaboration de différents secteurs (Société d'habitation du Québec, Régie de l'assurance maladie, ministère des Finances, Corporation d'hébergement du Québec, Conseil des aînés, Secrétariat des aînés) a permis de réaliser bon nombre de ces interventions.

Pour favoriser la participation à la vie de la communauté des **personnes présentant des déficiences physiques**, des orientations ministérielles axées sur un continuum intégré de services ont été rendues publiques en 1995¹⁴². D'autres mesures sont également mises de l'avant, notamment en ce qui a trait aux aides techniques et aux fournitures ainsi qu'à l'indemnisation équitable pour ces clientèles. De plus, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) a été désigné Institut universitaire en réadaptation et intégration sociale des personnes ayant des déficiences physiques, en octobre 1997.

Pour les **personnes présentant une déficience intellectuelle**, différents rapports et études ont été réalisés depuis 1992, entre autres pour documenter la problématique et les orientations qui avaient été mises en place en 1988. Un système d'information clien-

138. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 47 p.

139. Le terme « maintien à domicile » a été utilisé jusqu'en 2003 pour ensuite être remplacé par le terme « soutien à domicile ». Nous avons préféré ici conserver le terme qui était utilisé durant la période que nous décrivons.

140. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix*. La Politique de soutien à domicile, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 43 p.

141. Louise GARANT, Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles, Québec, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994. Voir aussi à l'annexe 9 les évaluations réalisées concernant les services aux personnes âgées aux p. 217, 218, 222 et 223

142. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Orientations ministérielles pour une véritable participation à la vie de la communauté. Un continuum intégré de services en déficience physique, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 87 p.

tèle a été déployé en 1998 et c'est en 2001 qu'une politique et un plan d'action¹⁴³ pour soutenir ces personnes et leurs proches ont été élaborés. De plus, un appel de candidatures a été lancé en décembre 2002 pour désigner un centre affilié universitaire en déficience intellectuelle (CAUDI), mais aucune décision n'a encore été prise à ce sujet.

D'autres mesures sont également ciblées pour favoriser l'intégration sociale des personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle, notamment en ce qui concerne les services à domicile, les ressources intermédiaires comme mode alternatif d'hébergement, l'intégration au travail et des mesures d'aide financière.

Des développements budgétaires ont été consentis pour ces clientèles en 1998 dans le cadre du maintien à domicile, du soutien aux familles de personnes handicapées, du Chèque Emploi Service et d'un programme d'aide matérielle. D'autres sommes ont été allouées en 2000-2001 et en 2001-2002 pour des développements spécifiques concernant la déficience intellectuelle, la déficience physique, les troubles envahissants du comportement, la déficience auditive et les troubles du langage et de la parole.

Des collaborations ont été établies avec d'autres ministères ou organismes pour favoriser l'intégration sociale de ces clientèles, notamment avec la Société d'habitation du Québec (Programme d'adaptation de domicile), la Société de l'assurance automobile du Québec (programmes d'adaptation de véhicule et d'octroi de vignettes), le ministère des Affaires municipales (Programme d'accompagnement en loisir), le ministère de l'Éducation (Programme d'accompagnement des enfants handicapés) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (programme Contrat d'intégration au travail).

143. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, De l'intégration sociale à la participation sociale – Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, De l'intégration sociale à la participation sociale – Plan d'action de la Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 34 p.

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

En ce qui concerne les principales actions structurantes prévues au Plan de mise en œuvre, on constate que certaines ont été réalisées, alors que d'autres ont connu des progrès parfois fort tardifs ou encore ont pris une direction différente de l'intention initiale.

- Certains efforts ont été fournis pour mettre en place une *approche de gestion par programme*, notamment pour élaborer des programmes-clientèles, pour développer des systèmes d'information clientèle et pour déterminer des enveloppes budgétaires régionales sur la base des programmes-clientèles. Mais dans l'ensemble, cette nouvelle approche de gestion n'a pas connu, concrètement, d'avancées majeures. Le concept de programme-clientèle a néanmoins poursuivi son cheminement et semble présentement en voie d'être réactualisé sur le plan des modes d'allocation des ressources et de la reddition de comptes.
- La *consolidation des services de première ligne* est souvent apparue parmi les priorités ministérielles et régionales, mais ne s'est pas concrètement amorcée avant 2003; au cours des périodes de restrictions budgétaires, certaines décisions d'allocation ou de réallocation de ressources ont même favorisé davantage le secteur médico-hospitalier.
- La cible consistant à *consacrer 20 % des développements budgétaires aux activités de prévention* n'a été formellement adoptée que dans un petit nombre de régions et a été complètement perdue de vue à l'échelle nationale.
- Les travaux ministériels reliés à la lutte contre la pauvreté ont franchi de nombreuses étapes, au cours desquelles la perspective intersectorielle n'a pas toujours été maintenue. Ces travaux ont néanmoins contribué, quoique tardivement, à l'adoption de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en 2002.
- C'est du côté du *suivi des indicateurs* de santé et de bien-être, des *enquêtes de Santé Québec* et du *développement de la recherche* que les actions prévues ont sans doute été le plus complètement réalisées et ont été maintenues de la façon la plus constante durant toute la période observée. Les investissements en recherche en particulier semblent avoir été soutenus, bien qu'on s'interroge sur la mise à profit de ces résultats sur le terrain et sur leur contribution réelle à l'amélioration des pratiques.
- Les principaux mécanismes prévus pour assurer la reddition de comptes ainsi que le suivi et la mise à jour de la Politique figurent parmi les aspects les plus négatifs du bilan. La reddition de comptes n'a jamais eu lieu auprès de la Commission parlementaire des affaires sociales ni auprès du Ministère. Le *Conseil de la santé et du bien-être* a été mis en place, mais son implication dans le suivi et la mise à jour de la Politique a été plutôt limitée jusqu'au dépôt de son récent avis. Un *forum national* précédé de forums régionaux a eu lieu, mais il a été orienté vers d'autres objectifs et n'a aucunement contribué au suivi ou à la mise à jour de la Politique.

Si l'on considère les principales actions menées par le Ministère en rapport avec les 19 problèmes prioritaires de la Politique, le bilan peut être vu comme plutôt positif, considérant qu'aucun mécanisme formel n'était en place pour en assurer l'avancement et le suivi. On ne peut sans doute pas attribuer directement leur réalisation à l'existence de la Politique, mais des interventions ministérielles significatives ont malgré tout été signalées en lien avec la plupart des problèmes prioritaires.

- Une cinquantaine de politiques et d'autres documents d'orientation ont été adoptés dans les cinq champs d'action sociosanitaire; environ la moitié de ces documents font explicitement référence à cette Politique en tant qu'orientation majeure du Ministère, incluant le Programme national de santé publique.
- On remarque que certains problèmes ont fait l'objet de grandes politiques et d'interventions plus intégrées couvrant l'ensemble de la problématique, par exemple pour la périnatalité, la santé mentale et le suicide, tandis que d'autres ont donné lieu à plusieurs orientations et plans d'action portant sur divers aspects du problème.
- Le manque de stabilité des équipes professionnelles ou l'absence de porteurs de dossiers pendant de longues périodes caractérisent davantage les problèmes autour desquels l'action fut moins importante. Les interventions du Ministère furent limitées dans d'autres cas par la complexité du problème ou par le fait que les solutions se trouvaient en dehors de son champ de responsabilité.
- Seul l'objectif se rapportant aux maux de dos, à l'arthrite et aux rhumatismes semble n'avoir jamais figuré dans les priorités du Ministère, non plus que dans celles de la plupart des régions régionales.

En bref, l'essentiel des efforts déployés par le Ministère pour assurer l'implantation de la Politique de la santé et du bien-être a eu lieu dans les trois premières années suivant son adoption et a surtout porté sur la démarche d'appropriation de la Politique à l'échelle régionale.

Quant aux interventions ministérielles rattachées aux objectifs de la Politique, elles ont progressé à certains égards dans les voies indiquées par la Politique en 1992, mais de façon inégale et avec plus ou moins de continuité.

Considérant l'absence de promotion et de suivi de la Politique à l'échelle nationale tout au long de ces années, le portrait que nous venons de brosser suggère qu'elle a malgré tout laissé quelques traces bien visibles et apporté une vision d'ensemble qui faisait défaut au système sociosanitaire. Son influence, même indirecte, ne s'est pas estompée dix ans plus tard.

5. LES EFFETS DE LA POLITIQUE SUR L'ACTION RÉGIONALE ET LOCALE : LE POINT DE VUE DU RÉSEAU

Comme ce fut le cas au Ministère, il n'y a pas eu de suivi systématique de la mise en œuvre des plans d'action de santé et de bien-être dans la plupart des régions.

Les seuls travaux portés à notre connaissance sont ceux réalisés dans les régions de la Montérégie, des Laurentides et du Saguenay–Lac-Saint-Jean. En Montérégie, un rapport d'évaluation de la Politique¹⁴⁴ a été réalisé par la Direction régionale de la santé publique. Cinq ans après le dévoilement de la Politique, il s'agissait de mesurer ses éventuels résultats : « Quel était le chemin parcouru? » et « Quels étaient les ajustements à faire? »; cette analyse a porté sur quelques aspects ciblés du Plan d'action régional. Dans la région des Laurentides, un rapport¹⁴⁵ fut déposé en juin 1998 relativement à l'évaluation du Programme de financement de projets d'intervention mis en place dans le cadre du Plan d'action pour l'amélioration de la santé et du bien-être, après trois ans de financement. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Direction régionale de la santé publique a réalisé en 2000 un bilan sommaire et une évaluation des activités liées au fonds 53 affecté à la mise en œuvre du Plan d'action régional pour la santé et le bien-être¹⁴⁶. D'autres régions ont produit des bilans portant non pas sur la mise en œuvre, mais sur l'évolution, dans leur territoire, des indicateurs retenus pour le suivi des 19 problèmes de la Politique¹⁴⁷.

Le Conseil de la santé et du bien-être a procédé pour sa part à un examen des rapports annuels des régies régionales de 1994-1995 à 1999-2000 pour y retrouver les réalisations se rapportant aux objectifs et aux stratégies de la Politique. Dans l'avis qu'il a publié sur le renouvellement de la Politique¹⁴⁸, le Conseil fait ressortir certains succès et certaines faiblesses de sa mise en œuvre. Ainsi, selon le Conseil, « l'actualisation de la Politique a permis de mobiliser les communautés locales et régionales sur une nouvelle

144. Sylvie CANTIN et Jean BEAUDRY, « L'évaluation régionale de la Politique de la santé et du bien-être. Quand une nouvelle perspective s'impose », *Service social*, vol. 47, nos 1 et 2, 1998-1999, p. 153-171.

145. N. KISHCHUK et A. CARON (Les associés de recherche EKO inc.), *La mise en œuvre du Plan d'action pour l'amélioration de la santé et du bien-être : évaluation du programme de financement*, Étude produite pour le Comité de la santé et du bien-être, [Saint-Jérôme], Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1998, 57 p.

146. Danielle BEAUDIN (dir.), PSBE. *Bilan du fonds 53 affecté à la mise en œuvre du plan d'action stratégique régional en matière de santé et de bien-être. De l'an 1 à l'an 4 (1996-2000)*, [Chicoutimi], Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, août 2000, 22 p.

147. C'est le cas notamment de l'Estrie (*La Politique québécoise de la santé et du bien-être. Suivi 2000 de l'atteinte des objectifs en Estrie*, [Sherbrooke], Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, novembre 2001, version corrigée en janvier 2002, 158 p.) et de Laval (*La Politique québécoise de la santé et du bien-être – Région de Laval. Bilan 2001*. Document de travail, Laval, Unité connaissance-surveillance-évaluation, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 27 novembre 2001, 24 p. Il n'existe pas de version finale de ce dernier document).

148. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Avis pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir*, op. cit.

conception de la santé et sur des priorités, a contribué à attirer l'attention sur les problèmes sociaux et a favorisé le développement d'actions intersectorielles (tenue de forums locaux et régionaux sur le développement social). Toutefois l'impact des priorités sur l'allocation des ressources a été faible et la mobilisation des ressources professionnelles a été minime. »

Les rencontres régionales tenues partout au Québec au cours de l'automne 2001 et de l'hiver 2002 constituent une source d'information extrêmement précieuse pour aller au-delà du bilan plutôt descriptif présenté au chapitre précédent, à partir des actions menées au cours des dix dernières années sur une multitude d'aspects traités dans la Politique. Les pages qui suivent présentent une synthèse des points de vue exprimés par les 193 personnes qui ont participé à ces rencontres portant sur la mise en œuvre et les retombées de cette Politique.

Ces personnes provenaient de toutes les catégories d'établissements et d'organismes impliqués dans l'action sociosanitaire, principalement à l'intérieur du réseau, mais également dans les autres secteurs d'activité. La majorité d'entre elles étaient rattachées aux directions de santé publique et aux directions d'organisation des services des régions régionales (38 %), à diverses catégories d'établissements (31 %) ou provenaient du milieu communautaire (environ 12 %). D'autres se sont identifiées comme provenant de secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux (13 %), principalement des conseils régionaux de concertation et de développement, ou encore comme appartenant à plus d'une des catégories précédentes (5 %).

Les questions abordées lors de ces rencontres étaient les suivantes :

1. Dans quelle mesure la Politique de la santé et du bien-être a-t-elle été jusqu'à aujourd'hui un outil pour orienter les décisions et mobiliser le réseau vers l'amélioration de la santé et du bien-être de la population?
2. Dans quelle mesure les objectifs et les stratégies proposés dans la Politique ont-ils plus spécifiquement contribué à mobiliser les efforts, à inspirer le choix des moyens d'action et à entraîner des réalisations significatives dans la région?
3. Dans les questions précédentes, quelles distinctions doit-on faire quant à la portée plus particulière de la Politique :
 - dans le domaine social vs dans le domaine santé?
 - sur le plan régional et sur le plan local?
 - dans la période 1992-1995 et dans la période qui a suivi la transformation?
4. Dans la région, quelles sont les conditions qui ont facilité ou fait obstacle à la poursuite des objectifs de la Politique et à la mise en œuvre des stratégies proposées?
5. Quelles sont les principales leçons à retenir de l'expérience de la mise en œuvre de la Politique telle qu'elle s'est réalisée dans la région?

Les points de vue exprimés par les participants et participantes ont été transcrits et attentivement analysés. Des synthèses ont été produites et validées pour chaque région¹⁴⁹. Un questionnaire distribué à chacun des participants a complété l'information recueillie lors des rencontres. L'analyse des résultats est présentée à l'annexe 13.

5.1. LES PRINCIPAUX EFFETS OBSERVÉS

L'impact initial

Partout au Québec, les personnes rencontrées sont d'avis que la démarche régionale d'appropriation de la politique de 1992 a suscité au départ une large participation et une importante mobilisation du milieu. Cette politique était en cohérence et en continuité avec le rapport Rochon et venait appuyer des courants de pensée, des mouvements déjà en émergence.

Cette forte mobilisation a cependant créé beaucoup d'attentes qui furent rapidement suivies de déceptions. Les objectifs et les stratégies de la Politique étaient inspirants et pertinents, mais les moyens d'agir n'étaient pas disponibles pour soutenir cette mobilisation et pour mettre en place les mesures inscrites dans les plans d'action régionaux. Bien qu'une majorité de participants estiment que la Politique a effectivement suscité des réalisations significatives dans leur région, plusieurs sont d'avis que les réalisations attendues n'ont pas eu lieu ou ont été marginales. Certains ont eu l'impression de piétiner, de ne pas voir d'aboutissement concret sur le terrain.

Plusieurs estiment que la Politique aurait dû amener des budgets en conséquence et qu'il aurait été plus cohérent que les fonctions de gestion soient davantage reliées aux résultats attendus, mais ce ne fut pas le cas.

La vision, la perspective

Même si certains estiment que l'approche par problèmes était encore trop découpée, les participants ont reconnu dans l'ensemble que la Politique a fait valoir une vision plus globale de la santé, axée sur les déterminants.

La plupart affirment qu'elle a mis en lumière tout le champ du social par rapport à celui de la santé, et qu'elle a mis davantage en valeur le domaine de la prévention-promotion par rapport à celui des interventions curatives.

La Politique a aussi apporté une perspective à plus long terme sur l'action du réseau. Elle lui a permis de voir au-delà de la gestion des crises; certains ajoutent : « mais le naturel est vite revenu... ».

149. Ces synthèses peuvent être consultées dans un document de soutien disponible sur demande.

Certains effets structurants

La Politique a favorisé une plus grande concertation à l'intérieur du réseau. Elle a rallié des partenaires, leur a permis de mieux définir les rôles de chacun, d'apprendre à se parler, à agir en complémentarité. Elle a fait tomber des barrières entre différentes professions et entre les catégories d'établissements. Elle a confirmé l'importance des organismes communautaires en tant que partenaires et acteurs.

La majorité est d'avis que la Politique, en plus d'avoir inspiré et mobilisé, a aussi eu des effets structurants. Elle a fourni un cadre pour la priorisation, la planification et la programmation à différentes catégories d'acteurs plusieurs égards. Ces effets ont surtout été remarqués dans les CLSC et en santé publique, moins souvent dans le milieu de la réadaptation et dans le secteur jeunesse, mais ils n'ont pas été relevés en milieu hospitalier.

Les retombées de la Politique sont perçues comme plus significatives dans les interventions régionales que dans les interventions locales. Dans quelques régions régionales, telles que Montréal-Centre et la Côte-Nord¹⁵⁰, les personnes rencontrées affirment que la Politique demeure, aujourd'hui encore, une référence majeure pour orienter la prise de décision. Ailleurs, elle est restée plus ou moins en toile de fond des grandes orientations. Dans la plupart des régions cependant, elle a été un outil intéressant, un document marquant, très attendu et utile, au moins durant les premières années suivant son adoption. Selon les réponses au questionnaire administré lors de la tournée des régions, « une majorité (63 %) des répondants acquiescent à l'affirmation voulant que la Politique ait contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision au cours des premières années suivant son adoption¹⁵¹ ».

Impact relatif des objectifs et des stratégies

Dans presque toutes les régions, la mise en œuvre de la Politique et des plans d'action régionaux a surtout été axée sur les objectifs. Le réseau était au départ très mobilisé par le fait d'avoir enfin des cibles et par la possibilité de mesurer les progrès réalisés. On accueillait bien le fait de se recentrer sur les buts à atteindre en termes de santé et de bien-être, plutôt que sur les services à produire.

Tous s'accordent d'ailleurs sur l'importance d'évaluer nos interventions. Cependant, on a vite constaté que les indicateurs de santé et de bien-être ont une utilité limitée à cet égard. En effet, les changements observés peuvent résulter de multiples facteurs étrangers aux actions du réseau. On peut donc difficilement s'appuyer sur eux pour évaluer l'action du système et pour effectuer la reddition de comptes. Bien souvent, par ailleurs, les résultats des interventions socio-sanitaires ne peuvent être observés qu'à long terme. Certains effets de mesures découlant de la Politique commencent aujourd'hui seulement à être observés. Il faut bien souvent laisser le temps agir pour voir les résultats.

150. Le site Internet de la Régie régionale de la Côte-Nord rappelle la démarche de priorisation réalisée à la suite de l'adoption de la Politique et présente toujours, en 2002, les six priorités régionales de santé et de bien-être ciblées dans la région.

151. Voir annexe 13.

La plupart estiment également que la Politique comportait trop d'objectifs et qu'il aurait été préférable de prioriser davantage. « On doit avoir les moyens de ses ambitions. » À défaut de moyens adéquats, il faut viser des objectifs plus réalistes et se donner les conditions nécessaires pour obtenir des succès.

Plusieurs affirment que les stratégies ont également eu beaucoup d'impact et notent même certains effets structurants. Dans quelques régions, les Laurentides par exemple, les stratégies ont eu plus d'impact que les objectifs. Avec le recul, certains croient que les stratégies offraient des pistes plus intéressantes pour générer des changements significatifs, et qu'il aurait été possible de les exploiter et de les opérationnaliser bien davantage. Les moyens à prendre pour y arriver étaient cependant moins évidents. Ces stratégies impliquaient davantage de remises en question sur les façons de faire et sur les pratiques professionnelles.

L'allocation des ressources

Les avis sont partagés quant à l'influence qu'a eue la Politique sur les choix d'allocation des ressources. Certains affirment que la Politique a permis d'orienter les investissements et qu'elle a fourni un cadre pour les compressions et les réallocations. Elle a servi d'appui pour protéger les budgets des secteurs prioritaires ou, du moins, pour atténuer l'effet des compressions dans ces secteurs. Dans quelques régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Estrie, Laurentides et Montérégie), elle a conduit la régie régionale à adopter formellement le principe voulant qu'une certaine proportion (pouvant aller jusqu'à 20 %) des budgets de développement soient alloués à la prévention; mais ce principe n'a pas eu beaucoup d'impact étant donné le contexte budgétaire qui a prévalu par la suite, les compressions n'étant accompagnées que de faibles réallocations. Il semble également que ce principe ne fut pas toujours appliqué de façon rigoureuse.

D'autres participants estiment, cependant, que la Politique n'a pas eu cet effet protecteur et que les priorités régionales ont été aussi durement touchées par les compressions que les autres domaines (ex. la prévention dans le Bas-Saint-Laurent, les problèmes des enfants dans la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

Quelques-uns ont souligné que la Politique a amorcé une démarche de recherche d'équité dans l'allocation des ressources, à la fois à l'échelle interrégionale et à l'échelle intrarégionale. Mais les personnes rencontrées sont peu nombreuses à considérer qu'elle a vraiment permis d'allouer les ressources de manière à réduire les écarts de santé et de bien-être.

La recherche et l'enseignement

Au cours de la tournée, il a été question à quelques reprises des retombées de la Politique dans le milieu de la recherche. Les uns ont fait valoir qu'elle a favorisé le financement de la recherche et qu'elle a amené une plus grande concertation entre chercheurs et intervenants. D'autres ont souligné que les solutions dont le réseau a besoin ne se trouvent pas seulement dans les travaux universitaires, mais qu'elles doivent aussi venir du terrain, ce dont on ne tient pas suffisamment compte. On croit aussi que les recherches effectuées dans les secteurs priorités n'ont pas été suffisamment suivies et que leurs retombées sur l'efficacité et l'efficience des pratiques sont peu visibles.

Les quelques témoignages portant sur les effets de la Politique dans les milieux d'enseignement suggèrent qu'elle a été bien reçue et que son contenu a été intégré dans plusieurs programmes de formation en administration de la santé et dans diverses professions de la santé. Mais elle demeure cependant moins connue parmi les professionnels qui ont été diplômés avant 1992.

L'action intersectorielle

À peu près partout, les personnes rencontrées estiment que la Politique a donné un coup d'envoi majeur à l'approche multisectorielle à l'échelle locale et régionale. Les initiatives en ce sens ont cependant rencontré de nombreux obstacles par la suite. Il a d'abord fallu prendre le temps de développer des réseaux, trouver un langage commun, créer des liens de confiance. L'élaboration des projets a exigé de très grands investissements de temps et d'énergie en comparaison des résultats obtenus, en grande partie à cause de l'absence d'engagement formel des autres réseaux à l'égard des objectifs de santé et de bien-être. Bien souvent, les succès reposaient sur la bonne volonté des acteurs en présence, qui partageaient des objectifs communs sur le plan personnel, mais qui n'étaient pas appuyés formellement par leur organisation.

Certains soulignent en particulier qu'il aurait fallu des actions plus importantes en collaboration avec le milieu scolaire. Il y a beaucoup de dossiers intersectoriels avec les partenaires de ce réseau, mais ils sont souvent absents des tables de concertation. Les intervenants locaux ont peu de pouvoir face à eux, car beaucoup de décisions relèvent de chaque conseil d'école. Quelques cas ont néanmoins été soulignés où l'on est arrivé à une mobilisation en lien avec les milieux municipal et scolaire pour sortir les jeunes de la pauvreté. La pauvreté apparaît comme un thème autour duquel on peut rassembler beaucoup d'acteurs.

En revanche, des participants provenant d'autres secteurs ont à leur tour fait remarquer l'absence du secteur de la santé et des services sociaux à certaines tables intersectorielles.

Au cours des dernières années, les forums régionaux sur le développement social organisés par le Conseil de la santé et du bien-être ont donné un nouvel élan au mouvement d'intersectorialité. Les conseils régionaux de concertation et de développement (CRCD) sont devenus des lieux plus propices à des actions multisectorielles en matière de santé et de bien-être. Avec l'aide de ces instances, des approches prometteuses ont été développées autour du concept de développement social, un concept intégrateur qui rejoint bien les préoccupations du milieu, en particulier dans les régions éloignées des grands centres.

5.2. LES CONDITIONS PERÇUES COMME FAVORABLES À LA MISE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE

Deux facteurs ont favorisé la mise en œuvre de la Politique selon les personnes rencontrées lors de la tournée des régions.

L'implication des directions régionales de santé publique et des CLSC

Quelques régions ont fait état du leadership et du soutien important apportés aux établissements par les directions régionales de santé publique dans la mise en œuvre des plans d'action régionaux. Les CLSC et la santé publique étaient au départ les deux terrains les plus propices à la mise en œuvre de cette politique parce que l'approche globale et communautaire, qui prévalait déjà dans leurs façons de faire, correspondait bien à la vision qu'elle véhiculait.

La démarche de priorisation régionale

Le processus de priorisation régionale a aussi beaucoup favorisé l'appropriation et l'adhésion des milieux; il semble à certains que cette démarche en elle-même a eu plus d'impact que le contenu de la Politique.

5.3. LES FACTEURS VUS COMME AYANT FAIT OBSTACLE À LA MISE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE

Le contexte des compressions et de la transformation du réseau

L'un des tout premiers obstacles mentionnés est l'imposition des compressions budgétaires, lesquelles ont contrecarré la mise en œuvre des plans d'action immédiatement après leur adoption. Le contexte de rareté des ressources a placé les différents programmes en compétition les uns avec les autres, obligeant chacun à penser d'abord à sa survie, laissant moins d'ouverture pour les approches nouvelles, pour développer la prévention et pour soutenir la concertation intra ou intersectorielle.

Au-delà des compressions qu'ils entraînaient, les plans de transformation en eux-mêmes ont également perturbé la mise en œuvre de la Politique. Les changements structurels majeurs qu'ont connus les régions, les directions de santé publique et la plupart des établissements au cours des années 1990 ont en effet détourné une grande partie des énergies disponibles, tant chez les intervenants sur le terrain que chez les plus hauts dirigeants.

Les fusions d'établissements avec des centres hospitaliers ont quelques fois été définies comme un autre facteur défavorable aux efforts pour accentuer la prévention. Les préoccupations de ces établissements allant davantage vers les interventions médicales curatives et spécialisées, qui constituent leur mission première, les activités de prévention et de promotion ont peu à peu perdu le rang de priorité qu'elles avaient ou qu'on cherchait à leur accorder dans les autres catégories d'établissements.

Dans plusieurs régions, on a aussi insisté sur la disparition des marges de manœuvre financières et de l'autonomie laissée aux régions en général. Le fait de sentir qu'on a le pouvoir d'agir peut avoir une influence importante sur la mobilisation et conséquemment sur l'atteinte des résultats. Les budgets de développement qui sont très ciblés, en particulier ces dernières années, sont vus comme un mode d'allocation incompatible avec la prise en compte des priorités et des besoins régionaux.

L'absence de suivi

Un autre facteur défavorable mentionné dans la plupart des régions est le manque d'engagement du Ministère dans la promotion et le suivi de la Politique. Le réseau a perçu l'absence de références à ce document et l'absence de gestes concrets de la part du Ministère pour s'assurer de sa mise en œuvre comme un désaveu implicite de la Politique. Plusieurs auraient souhaité pouvoir faire le point sur les actions réalisées sur leur territoire, partager leurs résultats et échanger sur les difficultés éprouvées. Quelques-uns s'attendaient même à ce que la rencontre à laquelle nous les avons invités soit l'occasion de faire un tel exercice, comme on aurait dû le faire en cours de route.

L'inconstance des priorités ministérielles

Plusieurs ont aussi dénoncé les difficultés du Ministère à maintenir des priorités au-delà d'un ou deux ans. Le réseau se voit soumis à des changements de cap continuels qui ont pour effet de déstructurer l'action à l'échelle régionale et locale, et qui génèrent de l'inefficacité. À peine deux ou trois ans après son adoption, c'est-à-dire le temps pour les régions de s'approprier la Politique, de mobiliser l'ensemble des partenaires du milieu, de produire et de faire adopter un plan d'action, déjà le Ministère leur annonçait de nouvelles orientations.

Ces fréquents changements d'orientation et de priorités sont attribués par certains en bonne partie aux nombreux ministres et sous-ministres qui se succèdent en cherchant tous à marquer le cours des choses et qui veulent voir rapidement des réalisations en lien avec leurs propres priorités.

La mobilisation continue du Ministère et de son réseau autour de la gestion des crises qui se succèdent est vue comme un autre facteur qui entraîne aussi un manque de cohérence et de continuité. La Politique aurait pu être un outil pour préserver une vision qui va au-delà des urgences et du court terme.

La multiplication des cadres de référence

Plusieurs ont également attribué le rôle de moins en moins déterminant de la Politique à l'adoption de multiples orientations ministérielles qui sont venues imposer d'autres cadres de référence plus structurants et dans lesquelles ils ne trouvaient pas de liens clairs avec cette Politique. Bien qu'elles s'en réclamaient parfois ou qu'elles s'en soient inspirées, ces orientations n'étaient pas conçues en continuité avec les processus de mise en œuvre et de suivi de la Politique.

Les Priorités nationales de santé publique ont été mentionnées plus d'une fois comme ayant créé de la confusion et contribué à reléguer la Politique au second plan, en éta-

blissant un autre cadre et des cibles différentes, accompagnés d'un suivi systématique. Il semble aussi que les messages émanant du Ministère au moment de l'élaboration des deux séries de plans triennaux ne manifestaient pas une volonté claire de confirmer la Politique comme une référence centrale au cœur de ces démarches.

L'absence du milieu médico-hospitalier et des acteurs voués aux soins curatifs et à la réadaptation

La Politique est demeurée mal connue dans la population et parmi les intervenants du réseau, en particulier dans le milieu hospitalier, qui a été très peu informé de l'existence de la Politique et ne s'est pas senti concerné par son contenu. On a aussi répété à plusieurs reprises que les omnipraticiens et les médecins de pratique privée ignorent totalement l'existence de cette Politique. Cela peut tenir en partie au fait que la plus grande partie de leurs activités n'y est pas prise en compte. De façon générale, les acteurs impliqués dans le « guérir » et le « soutenir » ont été peu considérés dans l'élaboration de la Politique, alors que ces fonctions sont tout aussi essentielles que la prévention.

La façon de concevoir la prévention doit également évoluer. Ainsi, par exemple, les intervenants en centre hospitalier et les médecins en général peuvent eux aussi jouer un rôle actif en prévention, ce qu'on n'a pas su intégrer dans la mise en œuvre de la Politique. Il faut décroiser les notions de curatif et de préventif et les voir plutôt comme deux aspects interreliés de l'intervention.

En outre, plusieurs ont rappelé que, malgré l'importance accrue des aspects sociaux et de la prévention au sein du discours sociosanitaire, les préoccupations se rapportant à la santé physique et aux soins curatifs ont continué d'avoir priorité dans les faits, d'accaparer la plus grande partie des ressources humaines et financières, de jouir de l'appui des médias et d'exercer une influence très forte sur la prise de décision. Le déficit des établissements hospitaliers¹⁵² est venu chercher tous les développements budgétaires des dernières années et est cité comme un exemple patent de cet état de fait.

L'absence d'engagement formel des autres secteurs gouvernementaux

Pour la plupart, il est clair que nous avons peu de prise sur les déterminants. Les solutions ne sont pas dans notre réseau, et ce dernier ne peut agir seul. Sur la base de ce constat, on déplore à la fois le manque de leadership exercé par le Ministère pour obtenir l'adhésion des partenaires nationaux et l'absence d'engagement formel du gouvernement pour faciliter cette adhésion et soutenir les collaborations à l'échelle régionale et locale.

Plusieurs estiment que la santé n'est pas une priorité gouvernementale et que l'harmonisation des politiques publiques dans le sens proposé par la politique de 1992 n'est pas encore une stratégie partagée par l'ensemble des ministères. Seuls les objectifs économiques sont mis au premier plan, alors qu'on devrait plutôt demander au développement économique de contribuer à la santé et au bien-être de la collectivité. Certains y voient le signe d'une incapacité collective à concilier les deux types d'objectifs.

152. Cette intervention est traitée à la section 4.2. portant sur la consolidation des services de première ligne.

La pauvreté et les conditions de vie sont reconnues comme les principaux déterminants de l'état de santé et de bien-être. Or, depuis dix ans, les conditions socio-économiques difficiles et l'aggravation de la pauvreté, notamment chez les enfants, ont joué dans le sens contraire des objectifs fixés dans la Politique. Dans certains territoires, la désintégration des communautés et du tissu social laisse les intervenants avec le sentiment de gérer la pauvreté plutôt que de contribuer à résoudre les problèmes ou à réduire les inégalités.

Un profond besoin de continuité pour voir enfin des résultats

Les personnes rencontrées ont affirmé à plusieurs reprises que la prochaine politique ne doit pas demander au réseau de repartir à zéro dans une nouvelle direction. Elles espèrent plutôt qu'on aille vers plus de cohérence, plus de continuité, qu'on se donne enfin les moyens d'agir dans le sens souhaité et le temps nécessaire pour voir apparaître les résultats de nos efforts.

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Au sujet des effets de la Politique sur l'action du réseau, les points de vue exprimés au cours des rencontres tenues dans les 16 régions sociosanitaires convergent de façon très nette sur plusieurs points.

- Au départ, la Politique a été *bien accueillie* et l'exercice de priorisation régionale a entraîné une *large participation* et une *forte mobilisation des milieux*.
- Elle a proposé au réseau et à l'ensemble de la collectivité une *vision plus globale* de la santé et de ses déterminants.
- Elle a fourni un *cadre commun* à l'ensemble des acteurs et donné un sens à leur action en recentrant cette action sur des *objectifs* de santé et de bien-être plutôt que sur les services à produire.
- Elle a aussi invité l'ensemble du réseau à situer son action dans une *perspective à plus long terme*.
- Elle a fait valoir l'importance d'agir sur les *causes* des problèmes et de développer davantage les *approches de prévention*.
- Elle a mis en évidence tout le *champ du social* par rapport à celui de la santé.
- Elle a amené davantage de *concertation* à l'intérieur du réseau et a donné un coup d'envoi majeur à *l'approche intersectorielle*, malgré tous les obstacles que celle-ci a dû affronter par la suite.
- Elle a cependant laissé dans l'ombre les acteurs dédiés aux soins curatifs et palliatifs, en particulier dans les milieux médico-hospitaliers.

Dès 1994-1995, plusieurs facteurs ont rapidement contrecarré la mobilisation initiale des milieux autour de la Politique et des plans d'action régionaux. Parmi ceux-ci, les interlocuteurs rencontrés mettent au premier plan :

- les *compressions budgétaires* sans précédent survenues au moment d'entreprendre la réalisation des plans d'action régionaux;
- les *changements organisationnels* importants entraînés par la transformation du réseau à la suite de la Réforme;
- la *multiplication des cadres de référence* qui sont venus se superposer à la Politique et qui l'ont renvoyée à l'arrière-plan, en particulier l'opération Défi « Qualité-Performance » et, quelques années plus tard, les Priorités nationales de santé publique;
- le *manque d'implication* du Ministère dans la promotion et le suivi de la Politique

- le manque de leadership exercé par le Ministère pour obtenir l'adhésion des partenaires nationaux et l'absence d'un *engagement formel du gouvernement* pour soutenir les collaborations avec les partenaires des autres secteurs.

D'autres facteurs défavorables ont été soulignés comme des obstacles chroniques à la continuité et à la cohérence de l'action du système socio-sanitaire dans la poursuite d'objectifs à long terme, à savoir :

- l'inconstance des priorités ministérielles au fil des ans et les fréquents changements de cap amenés par les nouveaux acteurs qui se succèdent aux plus hauts niveaux décisionnels;
- l'exposition régulière du réseau aux situations de crise, qui obligent constamment les décideurs à se concentrer sur les urgences et le court terme.

En résumé, la Politique a été accueillie par le réseau comme un instrument fort attendu et utile à plusieurs égards. Dans certaines régions, la Politique constitue encore une référence pour orienter la prise de décision, alors qu'ailleurs elle figure plutôt comme une toile de fond des orientations régionales. Mais dans l'ensemble des régions, elle est encore perçue comme un outil nécessaire, dont le contenu, pour l'essentiel, demeure pertinent.

Dans l'éventualité d'un renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être, les interlocuteurs rencontrés dans toutes les régions expriment un urgent besoin de voir davantage de continuité et de cohérence dans la poursuite d'objectifs qui ne peuvent se réaliser qu'à long terme.

6. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Nous consacrons ici un court chapitre à la revue des changements survenus dans les indicateurs de santé et de bien-être au cours de la dernière décennie, en nous appuyant principalement sur le dernier rapport de suivi des indicateurs de la Politique ainsi que sur les enquêtes quinquennales de Santé Québec.

Nous avons déjà assez insisté sur le fait que les changements observés dans l'état de santé et de bien-être de la population depuis 1992 ne peuvent être directement attribués ni au processus de mise en œuvre de la Politique ni même à l'ensemble des interventions du système socio-sanitaire au cours des dix dernières années.

Un grand nombre de facteurs ont pu contribuer à ces changements en parallèle avec l'action du Ministère et de son réseau; ils ont pu annuler les effets d'actions efficaces ou améliorer considérablement la situation là où peu d'efforts ont été réalisés. L'évaluation des effets de la Politique *sur l'état de santé et de bien-être* aurait exigé que l'on tente de distinguer la contribution spécifique de l'action socio-sanitaire à ces changements, démarche extrêmement ambitieuse et difficilement réalisable dans le cadre du présent mandat.

En ce sens, on ne peut donc pas parler d'une *évaluation* de l'atteinte des objectifs. Il est néanmoins intéressant d'observer dans quel sens les indicateurs ont évolué au cours de cette période, par rapport aux objectifs qui avaient été fixés en 1992. Les changements observés doivent d'ailleurs eux-mêmes être interprétés avec prudence, puisque aucun indicateur ne rend compte parfaitement de l'évolution d'un problème.

Nous complétons cet examen par un bref portrait de quelques-uns des déterminants de la santé et du bien-être. Ce portrait a été esquissé afin de donner un modeste aperçu de ce que pourrait comporter un suivi de résultats complémentaire à celui de l'état de santé et de bien-être, en cohérence avec la vision que nous donne la Politique.

6.1. L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE – L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Le suivi des 45 indicateurs retenus pour observer l'évolution des 19 problèmes prioritaires de la Politique a été coordonné par le Service des études et des analyses du Ministère, avec la collaboration de plusieurs chercheurs du Ministère et du réseau. Le tableau 10 donne un aperçu de l'évolution observée lors du dernier exercice de suivi à partir des données disponibles en 2001¹⁵³. Nous présentons ci-après un aperçu des tendances qui se dégagent pour chacun des cinq grands champs socio-sanitaires¹⁵⁴.

153. Pierre LEGAULT (dir.), Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 2001, op. cit.

154. Le contenu de cette section s'appuie sur les faits saillants présentés dans le rapport de l'exercice de suivi 2001, cité plus haut, et sur une analyse préparée par le Service des politiques et orientations stratégiques, à partir de cette même publication et de quelques sources complémentaires.

TABLEAU 10
ÉVOLUTION DES PROBLÈMES ET ATTEINTE DES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

<i>Objectifs pour l'an 2002 et nombre d'indicateurs retenus</i>	<i>Évolution depuis 1992^{155, 156}</i>	<i>Situation par rapport à l'objectif</i>	<i>Commentaires</i>
➤ ADAPTATION SOCIALE			
Objectif 1 – Diminuer les cas d' abus sexuel , de violence et de négligence à l'endroit des enfants, et atténuer les conséquences de ces problèmes (2 indicateurs) ¹⁵⁷ .	Défavorable pour les deux indicateurs	Non atteint (recul).	L'évolution défavorable est surtout attribuable à l'augmentation des cas de négligence ainsi que du taux de compromission en protection de la jeunesse.
Objectif 2 – Réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes (1 indicateur).	Défavorable.	Non atteint (recul).	
Objectif 3 – Diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance (2 indicateurs).	Fluctuante pour la délinquance; défavorable pour les crimes avec violence.	Non atteint (recul).	
Objectif 4 – Diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial (2 indicateurs).	Non disponible.	Non disponible.	Les données disponibles ne permettent pas d'interpréter avec assurance les fluctuations observées.

155. Sauf indication contraire, les données recueillies pour produire ce tableau sont tirées de Pierre LEGAULT, Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 2001, op. cit. Les conclusions formulées ici sur l'évolution du problème peuvent différer de celles présentées dans cette source, dans les cas où l'auteur s'est basé sur des séries chronologiques antérieures à 1992.

156. La mention « Non disponible » paraît lorsque les données relatives aux indicateurs retenus sont absentes ou insuffisantes pour juger de l'évolution du problème.

157. L'indicateur utilisé ici pour décrire l'évolution des cas de négligence, d'abus physique et d'abus sexuel est l'incidence des nouvelles prises en charge pour ces trois problématiques dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, telle que documentée dans Carole LESSARD, Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 1993-1994 à 2000-2001, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2002, p. 201 et 293.

Objectifs pour l'an 2002 et nombre d'indicateurs retenus	Évolution depuis 1992^{155, 156}	Situation par rapport à l'objectif	Commentaires
Objectif 5 – Prévenir l' itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences et favoriser la réinsertion sociale des itinérants (1 indicateur).	Non disponible.	Non disponible.	L'enquête qui a permis de mesurer cet indicateur n'a été réalisée qu'une seule fois.
Objectif 6 – Réduire de 15 % la consommation d' alcool , de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales (7 indicateurs).	Défavorable pour les sept indicateurs.	Non atteint.	
> SANTÉ PHYSIQUE			
Objectif 7 – Réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant , et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques (2 indicateurs).	Plutôt stable pour faible poids et défavorable pour prématurité.	Non atteint.	
Objectif 8 – Réduire de 30 % la mortalité par maladie cardiovasculaire (1 indicateur).	Favorable.	Non atteint.	Progrès très importants. Objectif extrêmement ambitieux.
Objectif 9 – Stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein (2 indicateurs).	Plutôt stable pour cancer du poumon; favorable pour cancer du sein.	Atteint ou près de l'être.	
Objectif 10 – Réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives (8 indicateurs).	Favorable pour six indicateurs sur huit.	Atteint en partie.	En ce qui a trait à la réduction de la mortalité, l'objectif est dépassé. En ce qui a trait à la morbidité, l'évolution constatée depuis plusieurs années permet d'espérer qu'il sera atteint si la tendance se maintient.
Objectif 11 – Réduire la prévalence des maux de dos de 10 % et diminuer la durée de l'incapacité liée à l' arthrite et aux rhuma-	Défavorable.	Non atteint.	Une partie de la détérioration observée peut être attribuable à l'accroissement de la proportion des personnes âgées

Objectifs pour l'an 2002 et nombre d'indicateurs retenus	Évolution depuis 1992^{155, 156}	Situation par rapport à l'objectif	Commentaires
<i>tismes (2 indicateurs).</i>			dans la population.
Objectif 12 – Réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire (1 indicateur).	Défavorable.	Non atteint.	
> SANTÉ PUBLIQUE			
Objectif 13 – Réduire l'incidence du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques (3 indicateurs).	Favorable.	Atteint.	
Objectif 14 – Éliminer la rougeole , la rubéole , la diphtérie , le tétanos , les oreillons et la poliomyélite , et réduire la coqueluche et l' hæmophilus influenzae (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année (4 indicateurs).	Favorable ou plutôt favorable pour trois indicateurs sur quatre.	Atteint en partie.	Objectif très ambitieux et presque atteint pour les six premières maladies. Objectif dépassé pour l' <i>hæmophilus influenzae</i> .
Objectif 15 – Réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans.	Favorable ¹⁵⁸ .	Non atteint.	
> SANTÉ MENTALE			
Objectif 16 – Diminuer les problèmes de	Favorable pour l'indice élevé de	Atteint en partie.	

158. Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Le portrait de santé. Le Québec et ses régions, Québec, Les Publications du Québec, 2001, p. 294, 296.

Objectifs pour l'an 2002 et nombre d'indicateurs retenus	Évolution depuis 1992^{155, 156}	Situation par rapport à l'objectif	Commentaires
santé mentale (2 indicateurs).	détresse psychologique; non disponible pour les troubles mentaux chez les 6 à 14 ans.		
Objectif 17 – Réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide (3 indicateurs).	Défavorable pour deux indicateurs; changements non significatifs pour le troisième.	Non atteint.	
➤ INTÉGRATION SOCIALE			
Objectif 18 – Éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées (1 indicateur).	Favorable.	Non atteint.	Objectif extrêmement ambitieux.
Objectif 19 – Diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités , quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités (2 indicateurs).	Favorable.	Atteint (gains).	

Dans le champ de l'*adaptation sociale*, aucun des six objectifs fixés dans la Politique n'a été atteint, du moins selon les informations disponibles. Rappelons qu'à l'exception de l'objectif portant sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies, aucun de ces objectifs ne comportait de cible chiffrée; ils consistaient à « diminuer le nombre de cas » ou encore à « prévenir » l'apparition de ces problèmes.

En ce qui a trait à quatre des six problèmes retenus (c'est-à-dire l'abus, la négligence et la violence à l'endroit des enfants, les troubles de comportement, la délinquance chez les jeunes ainsi que l'alcoolisme et les autres toxicomanies), les données disponibles indiquent une situation semblable ou en détérioration. On remarque en particulier que les statistiques sur les cas de négligence envers les enfants sont en hausse continue. La délinquance dans son ensemble ne s'est pas résorbée selon l'indicateur retenu¹⁵⁹, et les crimes avec violence chez les jeunes sont en augmentation. En ce qui a trait aux problèmes de consommation d'alcool, de médicaments psychotropes et de drogues, les sept indicateurs retenus indiquent une détérioration, en particulier pour ce qui est de l'usage des médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide de dernier recours.

Les indicateurs disponibles concernant les situations de violence conjugale doivent être interprétés avec prudence; une amélioration des instruments de mesure est cependant en bonne voie. Les données concernant le problème de l'itinérance ne permettent pas non plus de mesurer les changements survenus mais, de l'avis des responsables de ce dossier au Ministère et dans les régions régionales, il semble que la situation se soit plutôt détériorée.

Dans le champ de la *santé physique*, les tendances diffèrent selon les problèmes. D'une part, on constate des améliorations importantes qui ont permis d'approcher, voire de dépasser les objectifs, par exemple en ce qui concerne le cancer du sein et certaines catégories de traumatismes. La situation au regard des maladies cardiovasculaires a aussi marqué des progrès importants même si l'objectif n'est pas atteint, objectif qui a d'ailleurs été jugé par la suite très ambitieux. Par contre, les indicateurs montrent une situation stable ou en détérioration dans le cas des naissances prématurées ou de poids insuffisant, du cancer du poumon, des maux de dos, de l'arthrite et des rhumatismes ainsi que des maladies du système respiratoire.

Dans le champ de la *santé publique*, les indicateurs montrent des changements favorables pour les trois problèmes retenus. La situation au regard du sida et les MTS ont connu les progrès favorables les plus importants de l'ensemble des problèmes ciblés dans la Politique; l'objectif, qui ne consistait qu'à « réduire ou stabiliser » le problème, est donc atteint. Il est également presque atteint ou dépassé dans le cas des maladies infectieuses, qui comportaient plusieurs cibles spécifiques; des progrès importants ont entre autres permis d'approcher un objectif extrêmement ambitieux (« éliminer » la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite) ou de le dépasser dans le cas de *l'hæmophilus influenzae de type B*. Des progrès sont également en-

159. Cet indicateur est le taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel. Un nouvel indicateur (DUC) est utilisé depuis 1997, mais ne permet pas d'apprécier les changements survenus depuis 1992.

registrés en santé dentaire, selon des données qui n'étaient pas disponibles lors de la publication du rapport de l'exercice de suivi 2001, mais publiées ailleurs¹⁶⁰.

Dans le champ de la *santé mentale*, les indicateurs sont en partie favorables pour ce qui est des problèmes de santé mentale proprement dits, mais défavorables pour ce qui est du suicide. Ainsi, selon l'Enquête sociale et de santé de 1998, l'indice de détresse psychologique au sein de la population adulte montre une amélioration appréciable par comparaison avec 1992, mais les données relatives aux jeunes âgés de 15 à 24 ans sont plus inquiétantes. Par ailleurs, les données sur l'évolution des troubles mentaux chez les enfants de 6 à 14 ans ne sont pas disponibles. En ce qui concerne le suicide et les tentatives de suicide, deux indicateurs sur trois (c'est-à-dire les taux de mortalité et d'hospitalisation) révèlent une aggravation du problème, tandis que le troisième (c'est-à-dire la prévalence des tentatives de suicide) ne montre pas de changement significatif.

Dans le champ de l'*intégration sociale*, les indicateurs montrent des améliorations notables, tant pour les personnes âgées en perte d'autonomie que pour les personnes qui ont une déficience. L'objectif se rapportant aux situations de handicap est conséquemment atteint, puisqu'il ne comportait pas de cible chiffrée, mais consistait simplement à « diminuer » ces situations. L'objectif se rapportant aux personnes âgées était au contraire difficilement atteignable, puisqu'il exigeait d'« éliminer » les obstacles à l'intégration sociale de ce groupe; mais l'indicateur retenu, soit l'indice de soutien social chez les personnes âgées de 65 ans et plus, évolue dans un sens favorable selon les enquêtes de Santé Québec.

En résumé, d'après les indicateurs retenus, six objectifs sont atteints, en tout ou en partie, ou sont proches de l'être, et environ la moitié des 19 problèmes prioritaires que la Politique proposait de réduire ont montré des signes d'amélioration. Ces améliorations apparaissent surtout dans le champ de la santé publique (sida, MTS, maladies infectieuses et santé dentaire) et dans celui de l'intégration sociale.

En santé physique et en santé mentale, on constate à la fois des améliorations importantes et des changements allant dans le sens contraire aux objectifs.

Le champ de l'adaptation sociale est le seul où presque tous les changements observables vont dans le sens contraire aux objectifs qui avaient été fixés. Dans l'ensemble des problèmes ciblés, plusieurs résultats parmi les plus négatifs se rapportent d'ailleurs à des problèmes à forte composante sociale, soit le suicide, l'alcoolisme et les toxicomanies, et aux problèmes qui touchent l'enfance et la jeunesse.

Les enquêtes de Santé Québec fournissent d'autres indications intéressantes sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être. D'après la dernière enquête sociale et de santé, de façon générale, l'auto-évaluation de la santé ne montre pas de variation importante de 1987 à 1998, même si des changements sont observés chez certains groupes. La proportion de personnes qui jugent leur état de santé comme moyen ou mauvais est de 11 %. On constate toujours des écarts selon les caractéristiques socio-économiques : 23 % des personnes très pauvres jugent leur état de santé moyen ou

160. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, op. cit., p. 294.

mauvais, comparativement à 7 % chez les personnes appartenant à la catégorie de revenu supérieure (p. 262).

Près des deux tiers de la population (64 %) ont déclaré au moins un problème de santé en 1998, alors que cette proportion était de 55 % en 1987. La proportion de personnes qui ont déclaré plus d'un problème de santé a également connu une augmentation, passant de 27 à 39 % au cours de cette période. Une partie de cette augmentation peut être reliée à l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population. Le rapport de l'enquête souligne qu'en 1998, les problèmes ostéo-articulaires comptent toujours parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population québécoise, avec les maux de tête, les allergies et l'hypertension artérielle; ils sont environ deux fois plus souvent la cause de limitations d'activités à long terme que les maladies cardiovasculaires ou les maladies respiratoires (p. 629).

6.2. L'ÉVOLUTION DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Après avoir fait un constat de progrès mitigés sur le plan des problèmes prioritaires ciblés en 1992, il y aurait lieu de s'interroger sur les changements survenus sur le plan des principaux déterminants de l'état de santé et de bien-être de la population.

Les enquêtes quinquennales de Santé Québec fournissent une partie de la réponse. Ainsi, le rapport de l'Enquête sociale et de santé de 1998 permet d'observer l'évolution de certains déterminants reliés aux habitudes de vie, à l'environnement social et aux conditions socio-économiques parmi la population québécoise âgée de 15 ans ou plus.

On y apprend par exemple que :

- la prévalence de l'usage de la cigarette, qui était passée de 41 % en 1987 à 36 % en 1992-1993, est demeurée sensiblement la même en 1998 : 35 % des personnes âgées de 15 ans ou plus font usage du tabac. La proportion de fumeurs est aussi demeurée inchangée chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans depuis dix ans, soit environ 33 %;
- la proportion de buveurs (personnes ayant consommé de l'alcool au moins une fois au cours d'une période de 12 mois) a légèrement augmenté de 1992-1993 à 1998, passant de 79 à 81 %; le nombre moyen de consommations par semaine chez les buveurs est de 4,9 en 1998 comparativement à 4,8 en 1987; enfin, la proportion de personnes ayant pris cinq consommations ou plus en une même occasion, et ce, au moins cinq fois durant l'année, est passée de 27 % en 1992-1993 à 29 % en 1998;
- la proportion de personnes qui qualifient leurs habitudes alimentaires de très bonnes ou excellentes est passée de 24 % en 1990 à 40 % en 1998;
- près d'une personne sur deux (48 %) ne pratique aucune activité physique de loisir sur une base hebdomadaire; le pourcentage de celles qui ne pratiquent aucune activité physique de loisir est passé de 26 % en 1992-1993 à 29 % en 1998;

- la proportion de personnes présentant un excès de poids semble augmenter depuis 1987, tant chez les hommes que chez les femmes : elle était de 24 % en 1998, comparativement à 21 % en 1992-1993.

Du côté des déterminants sociaux, nous rapportons ci-après les grandes lignes d'une présentation faite à ce sujet, en juin 2002, par Deena White, lors du colloque portant sur l'impact de la Politique dans les milieux de la recherche¹⁶¹. Cette présentation comportait une revue de quelques indicateurs correspondant aux deux stratégies de la Politique axées respectivement sur l'amélioration des conditions de vie et sur l'harmonisation des politiques publiques en faveur de la santé et du bien-être.

La Politique proposait d'abord de s'attaquer au problème de l'insuffisance du revenu. On constate plutôt que le taux de pauvreté est passé de 18 % en 1990 à 22 % en 1998, et que la pauvreté s'est aggravée parmi les familles, passant de 14,5 % à 17,5 % au cours de cette période¹⁶².

La Politique proposait d'augmenter la diplomation chez les jeunes du secondaire. Or, ce taux en 2000-2001 est sensiblement le même qu'en 1992-1993, soit un peu plus de 80 %. Il a légèrement augmenté chez les filles, mais a encore régressé chez les garçons, qui se situent maintenant à environ 15 % en dessous du niveau des filles¹⁶³.

La Politique proposait d'améliorer l'accès au logement à prix modique. On voit en 2001 le taux de logements inoccupés le plus faible depuis de nombreuses années et des coûts de loyer qui augmentent de 4 à 6 %¹⁶⁴.

La Politique proposait d'accentuer la création d'emplois stables. Depuis 1980, environ la moitié des emplois créés sont des emplois à temps partiel; la durée moyenne d'un emploi en 1995 était de 27,5 semaines et le taux de travail autonome était en augmentation¹⁶⁵.

La Politique proposait d'améliorer l'accès au marché du travail. Le taux d'emploi est passé de 56 % en 1991 à 58 % en 2001.

161. Deena WHITE, « L'intersectorialité : les défis de l'innovation », Acétates d'une conférence présentée dans le cadre du Congrès de l'ACFAS, Colloque La Politique de santé et de bien-être 10 ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche, GRASP (Université de Montréal) et Conseil de la santé et du bien-être, Québec, le 16 mai 2002. Les données citées par l'auteure sont tirées de Le Québec chiffres en main publié par l'Institut de la statistique du Québec en 2002 et d'autres publications.

162. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, cité dans WHITE, loc. cit..

163. Idem. Ajoutons cependant que la probabilité d'obtenir un premier diplôme du secondaire avant 20 ans est passée de 65 % en 1990-1991 à 72 % en 2000-2001 (Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Le Québec chiffres en main 2003, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2003, p. 16).

164. FRONT D'ACTION POPULAIRE EN RÉAMÉNAGEMENT URBAIN, Pour en finir avec la crise du logement, Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur l'aménagement du territoire – Consultations particulières sur le logement social et abordable, Québec, 17 octobre 2002, cité dans WHITE, loc. cit.

165. Sources : Bureau de la statistique du Québec, 1996, et Institut de la statistique du Québec, 2002, cités dans WHITE, loc. cit.

Les données de la dernière enquête sociale et de santé suggèrent par ailleurs que la proportion de la population âgée de 15 ans ou plus qui occupe un emploi est demeurée stable depuis 1987, et que près du quart des ménages québécois vivent en situation de pauvreté. Les données sur la perception de la durée de la pauvreté indiquent une dégradation, davantage de Québécois et de Québécoises se percevant dans cet état depuis cinq ans ou plus que ce n'était le cas en 1992-1993.

La Politique a proposé d'harmoniser les politiques publiques pour contrer la dépendance sociale en priorisant le renforcement du milieu familial, du milieu scolaire et des réseaux sociaux, l'accès au travail et la réduction de la pauvreté. Les quelques exemples qui précèdent suggèrent que les changements attendus sur le plan des déterminants sociaux de la santé et du bien-être n'ont pas encore eu lieu. Il reste à espérer que les retombées de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale viendront orienter le cours des choses dans un sens plus favorable.

Un suivi périodique de l'évolution des déterminants sociaux de la santé et du bien-être fournirait un complément logique au suivi qui est actuellement réalisé de l'état de santé et de bien-être de la population. Il serait cohérent d'inclure ce type de résultat dans le suivi d'une politique axée sur l'action en amont des problèmes.

7. PRINCIPAUX CONSTATS SUR LA MISE EN ŒUVRE ET LES RETOMBÉES DE LA POLITIQUE DE 1992

La mise en œuvre et les retombées de la politique de la santé et du bien-être de 1992 n'ont pas fait l'objet d'un suivi formel et ont été très peu documentées à l'échelle nationale. La situation est la même, à quelques exceptions près, à l'échelle régionale.

Considérant les limites inhérentes aux informations disponibles et les moyens limités avec lesquels ce bilan a dû être réalisé, il est clair que le degré de mise en œuvre de la Politique et ses retombées sur l'action du réseau sociosanitaire ne peuvent être évalués de façon exhaustive.

Cependant, l'examen de la documentation disponible et l'occasion que nous avons eue d'échanger directement avec un éventail assez large de partenaires tant à l'échelle locale et régionale que nationale, l'ouverture et la franchise qu'ils ont manifestées dans leurs propos et la convergence des avis recueillis sur un grand nombre d'éléments nous laissent croire que, malgré les limites exposées plus haut, cette démarche permet de dégager des conclusions pertinentes sur la mise en œuvre de la Politique, sur ses principaux effets et sur les différents facteurs qui en ont influencé le cours dans un sens favorable ou non.

Quels enseignements peut-on tirer sur la capacité du système sociosanitaire à se donner une vision cohérente et à orienter son action vers des objectifs à moyen et à long terme?

7.1. LES RETOMBÉES DE LA POLITIQUE

À la lumière des points de vue exprimés dans les 16 régions sociosanitaires ainsi que de l'ensemble de l'information disponible, il est clair qu'au départ, la Politique a été bien accueillie dans le réseau sociosanitaire. L'exercice réalisé pour en faire une traduction régionale a entraîné une large participation du milieu et a permis de définir un projet collectif très mobilisateur.

En ce qui a trait aux retombées les plus positives qui ont été observées, on peut affirmer que la Politique :

- a proposé au réseau et à l'ensemble de la collectivité une vision plus globale de la santé et du bien-être;
- a situé l'action du réseau dans une perspective à plus long terme;
- a donné un sens à l'action en recentrant les acteurs sur des objectifs de santé et de bien-être plutôt que sur les services à donner et les résultats financiers;
- a favorisé la concertation à l'intérieur du réseau, a rapproché des partenaires et leur a permis d'agir davantage en complémentarité;
- a donné une plus grande visibilité aux problèmes sociaux, ce à quoi les priorités régionales ont largement fait écho;
- a mis davantage en valeur le domaine de la prévention et de la promotion par rapport aux interventions curatives;

- a fourni un levier d'action important pour la santé publique et lui a permis d'élargir son champ d'action;
- a mobilisé et structuré l'action dans plusieurs CLSC et a valorisé l'approche communautaire qui les caractérise;
- a confirmé l'importance des organismes communautaires en tant que partenaires;
- a donné un coup d'envoi majeur à l'action intersectorielle, malgré tous les obstacles que celle-ci a rencontrés par la suite;
- a servi de référence pour prioriser des thèmes de recherche et a stimulé en particulier la formation d'équipes de recherche et les projets en partenariat dans le domaine social.

D'autres retombées peuvent être vues comme des demi-succès, par exemple le fait que la Politique :

- a marqué de façon plus inégale les services aux jeunes en difficulté et aux personnes âgées, ces clientèles ayant fait l'objet de nombreux autres rapports, plans d'action et orientations au cours de la même période;
- a moins nettement orienté les actions dans les domaines de la santé mentale et de la déficience, mais a pu servir d'appui à certaines initiatives en les reconnaissant comme des problèmes prioritaires;
- a favorisé le cheminement de la notion de programme-clientèle, mais sans entraîner aucun changement majeur dans les modes d'allocation des ressources et dans les pratiques de gestion.

On constate par ailleurs que certains défis proposés par la Politique n'ont pas été relevés, par exemple dans le fait :

- qu'elle n'a pas été suffisamment intégrée et mise en évidence dans les orientations du Ministère et dans ses interventions auprès du réseau;
- que dans l'ensemble, ses priorités n'ont pas orienté les décisions de réallocations et les développements budgétaires de façon significative, que ce soit à l'échelle régionale ou nationale, notamment à l'égard des investissements en prévention et dans les services de première ligne; que dans le réseau, elle a eu très peu d'écho chez les intervenants dans le domaine de la santé physique et dans les milieux médico-hospitaliers, lesquels ne se sont pas sentis concernés par sa mise en œuvre.

7.2. LES FACTEURS QUI ONT FAVORISÉ LA MISE EN ŒUVRE

La Politique de la santé et du bien-être a bénéficié de peu de conditions facilitantes pour l'atteinte de ses objectifs et pour la transposition de ses stratégies dans l'action du réseau. On doit néanmoins souligner trois facteurs qui furent favorables à sa mise en œuvre, du moins au cours des premières années.

L'appropriation de la Politique à l'échelle régionale et locale

La démarche de priorisation et d'élaboration des plans d'action régionaux est vue par plusieurs comme ayant suscité une plus grande mobilisation que la Politique à elle seule n'aurait pu le faire. Les différentes rencontres d'information et de consultation organisées dans tout le Québec ont entraîné la participation de centaines de partenaires du milieu dans divers secteurs de la vie collective. Cet exercice a également créé un mouvement de rapprochement entre les acteurs du réseau sociosanitaire et a préparé la voie à des actions plus complémentaires et concertées.

Le leadership des directions régionales de santé publique

Dans plusieurs régions, la responsabilité de la mise en œuvre de la Politique a d'abord été partagée entre les directions d'organisation des services et les directions de santé publique. Mais à compter du moment où les plans d'action régionaux ont été élaborés et adoptés, certaines directions de santé publique ont pris davantage de leadership dans la réalisation des actions retenues et dans le soutien aux établissements du territoire, notamment parce que leur mission était étroitement reliée à deux axes majeurs de la Politique, soit l'approche de prévention et l'action intersectorielle.

La tenue des forums sur le développement social

La tenue des forums sur le développement social est perçue dans plusieurs régions comme une opération qui a ranimé la motivation des acteurs du réseau et des autres secteurs à travailler en concertation. Ces événements ont semblé ouvrir de nouvelles perspectives dans la formulation d'objectifs communs, mais aussi dans la recherche de solutions convergentes pour l'atteinte des objectifs respectifs de chaque secteur. Ils ont de nouveau mis en évidence l'impact des déterminants sociaux et l'importance de la lutte contre la pauvreté.

7.3. LES FACTEURS QUI ONT FAIT OBSTACLE À LA MISE EN ŒUVRE

La liste des facteurs qui ont ébranlé la mobilisation et les espoirs que la Politique avait suscités s'avère beaucoup plus longue.

Le contexte budgétaire : la période des compressions budgétaires

Au moment de l'adoption de la Politique s'amorçait la récession économique des années 1992-1994. La lutte contre le déficit entreprise par les deux échelons de gouvernement s'est bientôt traduite dans tous les secteurs par de fortes compressions budgétaires qui ont eu plusieurs conséquences majeures :

- elles ont entraîné le réseau sociosanitaire dans une période de décroissance rapide des ressources et ont donc considérablement réduit les moyens pour réaliser les actions planifiées et pour explorer de nouvelles façons de faire;
- elles ont aussi placé l'ensemble des acteurs en situation de concurrence, les obligeant à lutter pour la survie de services essentiels, et les amenant à se reposer chacun sur ce qu'ils voyaient comme leur mission principale;

- ce repli a eu à son tour pour effet de décourager l'investissement de ressources dans des collaborations intersectorielles axées sur la prévention et se situant en marge des missions premières de chacun, tant à l'intérieur du réseau que parmi les partenaires des autres secteurs.

Le contexte organisationnel : la réforme du système

La réforme du système de santé et de services sociaux entreprise en 1991, à la veille de l'adoption de la Politique, a entraîné une période de transformations profondes dans l'environnement organisationnel de tous les acteurs du réseau. Deux types d'effets ont été signalés :

- au départ, dans le contexte de la création des régies régionales et des directions régionales de santé publique, les démarches réalisées en vue de l'appropriation de la Politique et de l'adoption des plans d'action régionaux ont été dans plusieurs régions une occasion extrêmement stimulante d'entreprendre l'exercice de leurs nouvelles responsabilités sur la base d'un projet collectif qui a fortement mobilisé non seulement le réseau, mais également l'ensemble du milieu;
- par la suite, cependant, les autres étapes de la transformation structurelle du réseau, notamment les nombreuses fusions entre établissements investis de missions différentes, sont venues détourner une grande partie des énergies disponibles et contrecarrer cette mobilisation.

Un handicap majeur de la Politique : l'absence d'engagement gouvernemental

Un consensus s'est dégagé sur le fait que la Politique a grandement souffert de son statut ambigu. Ainsi, d'une part :

- elle s'appuyait sur une vision globale des principaux déterminants la santé et du bien-être;
- elle proposait de réduire les problèmes et les écarts par des approches préventives et multisectorielles ainsi que par l'harmonisation des politiques publiques ayant des conséquences sur la santé et le bien-être;
- elle définissait des objectifs de résultats dont plusieurs ne pouvaient être atteints sans la contribution des autres secteurs de l'activité gouvernementale;
- elle était souvent présentée et considérée dans le réseau et dans divers milieux comme une politique gouvernementale¹⁶⁶.

D'autre part, n'ayant été officiellement endossée que par le ministre de la Santé et des Services sociaux, elle n'engageait aucunement les autres ministères et leurs réseaux, et

166. À titre d'exemple, mentionnons le Plan d'action triennal 1993-1996 Kino-Québec, auquel le Ministère est associé et qui indique que ce plan « représente une contribution à la Politique gouvernementale de la santé et du bien-être » (p. 1).

appelait le réseau sociosanitaire à mettre en branle les changements sans disposer des leviers d'action nécessaires.

L'absence de suivi et de promotion de la Politique dans le réseau

En ce qui a trait à la mise en œuvre de la Politique à l'échelle nationale, plusieurs observations font état de l'absence de suivi et de promotion de la Politique de la part du Ministère, par exemple :

- la disparition, au cours de 1993, des mécanismes qui avaient été mis en place pour assurer la mise en œuvre et le suivi des actions structurantes et des engagements ministériels inscrits dans le plan de mise en œuvre de décembre 1992, cette disparition étant attribuable à des changements d'acteurs à l'intérieur du Ministère;
- l'absence de mécanismes garantissant l'articulation des orientations et politiques clientèles avec le contenu de la Politique et assurant la visibilité de cette articulation;
- le peu de références à la Politique et aux plans d'action régionaux dans les ententes signifiées aux régies régionales par le Ministère et dans les démarches stratégiques entreprises au cours de cette période, notamment dans l'élaboration des plans de transformation de 1995, des plans de consolidation de 1998 et des ententes de gestion; l'absence de suivi de la mise en œuvre auprès des régies régionales et l'absence de reddition de comptes attachée aux plans d'action régionaux découlant de la Politique;
- un suivi de résultats limité aux indicateurs de santé et de bien-être et l'absence de mise en commun et d'échanges avec le réseau à cet égard.

La superposition des cadres

D'autres observateurs ont déjà souligné l'hypertrophie de la fonction de planification au Ministère, c'est-à-dire une tendance générale à investir fortement dans la fonction de planification, sans par la suite consacrer une énergie aussi soutenue à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des orientations qu'il donne au réseau. On constate d'ailleurs que plusieurs de ces orientations et plans d'action n'ont pas fait l'objet de suivi périodique ni d'aucun bilan (des mentions sont faites uniquement pour un bilan de mise en œuvre du Plan d'action ministériel pour le secteur des jeunes contrevenants ainsi que pour le *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*).

Cette tendance a sans doute atteint un sommet au milieu des années 1990, dans la foulée du mouvement de régionalisation, alors que l'organisation des services et le développement des programmes furent décentralisés vers les régies régionales. Les nombreuses lacunes des systèmes d'information en sont une des manifestations, en même temps qu'elles contribuent à maintenir cette tendance.

Les échanges avec les participants aux rencontres régionales ont renouvelé ce constat en soulignant à plusieurs reprises les deux points suivants :

- les nombreux cadres et documents d'orientation venant du Ministère se superposaient et se remplaçaient les uns après les autres, étouffant la mobilisation initiale autour de la Politique (« trop de cadres = pas de cadre »);
- l'adoption des Priorités nationales de santé publique en 1997 et l'importance accordée à leur suivi par le Ministère ont contribué de façon encore plus évidente à reléguer la Politique à l'arrière-plan, de par leur portée transversale.

L'essoufflement de la mise en œuvre à l'échelle régionale

Les démarches régionales de priorisation et d'élaboration des plans d'action ont débuté pour la majorité des régions au début de 1993 et se sont terminées entre la fin de 1994 et le milieu de 1995, et dans un cas en mars 1996. Ces démarches participatives souvent très élaborées ont donc requis des efforts importants pendant de longues périodes.

Cependant, très peu de régions ont persévéré plus d'un an ou deux dans le suivi de la mise en œuvre ou des résultats de leur plan d'action régional. Des bilans ou des évaluations se rapportant à la mise en œuvre de la Politique ou du plan d'action régional ont été relevés dans les régions de l'Estrie, des Laurentides et de la Montérégie. Par contre, plusieurs régions ont continué jusqu'à aujourd'hui à se référer aux priorités régionales de santé et de bien-être dans l'élaboration de leurs documents d'orientation et dans la présentation de leurs rapports annuels. Ainsi, presque toutes les régions (13 sur 16) font référence à la Politique dans leur plan de transformation de même que dans leur plan de consolidation.

Les résultats de la tournée de consultation et les travaux du Conseil de la santé et du bien-être suggèrent par ailleurs que, dans la plupart des régions, les priorités de santé et de bien-être ont donné lieu à peu d'investissements financiers au départ, et n'ont pas fait l'objet de réallocations importantes dans le cadre des plans de transformation. Cet échec est attribué par plusieurs au désengagement du Ministère dans la promotion et le suivi de la Politique. Mais, il demeure que les régions régionales ont aussi leur part de responsabilité dans ces choix; d'ailleurs, quelques régions ont effectivement procédé à des réallocations relativement importantes en faveur de leurs priorités régionales de santé et de bien-être.

On peut également rappeler que les efforts d'opérationnalisation de la Politique ont généralement été très centrés sur l'atteinte des objectifs, alors qu'on s'est moins longuement attaché à traduire les six grandes stratégies dans le choix des moyens et dans le développement des outils pour la mise en œuvre.

Les priorités d'intervention retenues par le Conseil de la santé et du bien-être

Le Conseil de la santé et du bien-être a défini son rôle au regard de l'amélioration de la santé et du bien-être dans une approche élargie axée sur le concept de développement social, une approche qui avait ses justifications et qui a sans doute porté ses fruits. Dans plusieurs régions, les forums régionaux sur le développement social ont constitué une

étape marquante pour relancer l'action multisectorielle et pour stimuler la mobilisation régionale et locale autour des déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être.

Cependant, ce choix a laissé un vide à l'égard du suivi et de la mise à jour de la Politique, dans lesquels le Conseil aurait pu jouer un rôle plus important en tant qu'observateur indépendant. La loi qui le constitue énonce ainsi ses pouvoirs et responsabilités en ce qui a trait à la Politique :

- Article 16. « Le Conseil a pour fonction de conseiller le ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. »
- Article 17. « Le Conseil peut donner des avis au ministre notamment sur l'évolution des problèmes de santé et de bien-être de la population, les causes reliées à ces problèmes et les groupes les plus vulnérables. »
- Article 18. « Le Conseil doit donner son avis au ministre sur les objectifs de la politique de la santé et du bien-être que le ministre élabore ainsi que sur les moyens appropriés pour atteindre ces objectifs [...]. »

L'avis déposé par le Conseil en mai 2002 a mis fin à cette longue période de désengagement à l'égard des différents mécanismes de suivi et de mise à jour de la Politique où le Conseil aurait pu être un acteur important.

L'inconstance des priorités ministérielles et la mobilisation générée par les crises

Les points de vue exprimés lors de la tournée des régions ont largement souligné le caractère éphémère des priorités et des orientations ministérielles au cours de cette période. Pour plusieurs, ce phénomène est principalement attribuable :

- aux passages successifs de nombreux acteurs dans les différents échelons ministériels, ce qui amène de fréquents changements de cap, chacun souhaitant apporter une contribution marquante à l'organisation et en voir les résultats pendant la durée de son mandat;
- à l'exposition régulière, voire quotidienne, de ce Ministère et de son réseau aux situations de crise, que ce soit dans les périodes de négociation avec les employés et les différents corps professionnels ou lorsque des situations particulières font la « une » des médias, ce qui ramène sans cesse l'attention vers l'urgence et le court terme.

Cet état de choses est considéré par beaucoup comme un important facteur d'incohérence et d'inefficacité dans l'action du réseau.

7.4. LES LIMITES INHÉRENTES AU CONTENU DE LA POLITIQUE

En plus de tous les facteurs externes qui ont pu affecter la mise en œuvre de la Politique, on constate que d'autres éléments inhérents au contenu même de la Politique ont limité ses retombées.

Le premier de ces éléments est l'absence d'une partie des acteurs dans les milieux interpellés par la Politique. Étant entièrement centrée sur la prévention des problèmes, elle laissait dans l'ombre tous les acteurs dédiés aux soins curatifs et palliatifs, et ce, tant dans le domaine social que dans ceux de la santé physique et de la santé mentale. La prévention aurait pu être vue sous un angle plus large, pouvant se traduire autant dans les pratiques en milieu hospitalier que dans celles des services de première ligne.

Par ailleurs, de l'avis de certains, la Politique proposait un trop grand nombre d'objectifs de santé et de bien-être. Il est évident en tout cas qu'une partie de ces objectifs étaient difficilement atteignables, imprécis ou encore énoncés à partir d'indicateurs insatisfaisants. De plus, elle ne comportait pas d'objectifs intermédiaires rattachés au champ d'action du réseau et pouvant servir de bases à une véritable évaluation de ses résultats.

CONCLUSION : UN RÉSEAU EN QUÊTE DE VISION ET DE CONTINUITÉ

La Politique de la santé et du bien-être a clairement produit certains des effets attendus.

- Elle a apporté une vision globale de la santé. Elle a donné un sens à l'action de notre réseau en fixant des objectifs de résultats et en introduisant une perspective à plus long terme.
- Elle a permis de donner une plus grande reconnaissance aux problématiques sociales et à la prévention, même si ces dernières n'en ont pas réellement bénéficié sur le plan de l'allocation des ressources.
- Elle a mobilisé les milieux, amené une reconnaissance des organismes communautaires et donné le coup d'envoi au développement de partenariats avec les autres secteurs.

Cependant, ces effets se sont estompés après quelques années, en raison des bouleversements qu'a connus le réseau en pleine transformation et de la période de décroissance budgétaire accélérée qui a suivi. La Politique a aussi été reléguée à l'arrière-plan par une succession de nouvelles orientations et d'autres démarches stratégiques mises de l'avant par le Ministère, lesquelles, tout en faisant parfois référence à la Politique, ne l'ont pas véritablement reconfirmée comme la politique-cadre du système.

Le Plan de mise en œuvre était ambitieux et prometteur. Mais les ressources pour agir ont manqué, le suivi et la promotion de la Politique n'ont pas été assurés et l'engagement des autres partenaires gouvernementaux n'a pas été obtenu pour véritablement agir sur les causes des problèmes et réduire les inégalités au regard de la santé et du bien-être.

Les avis recueillis lors de la tournée des régions indiquent néanmoins que, même si elle n'a pas figuré à l'avant-plan et n'a pas bénéficié de la promotion à laquelle on s'attendait à l'échelle nationale, la Politique est encore considérée par plusieurs acteurs de notre réseau comme l'un des documents d'orientation majeurs pour le système sociosanitaire. La vision et les stratégies qu'elle propose demeurent à leurs yeux tout aussi pertinentes qu'il y a dix ans.

Dix ans de mise en œuvre peuvent paraître une longue période à l'échelle d'une carrière professionnelle ou politique. Mais, en réalité, c'est à peine suffisant pour voir les effets d'un virage majeur sur le plan des pratiques, de la concertation et de la culture d'un réseau aussi vaste et complexe que celui des services sociaux et de santé.

Comme on l'a vu plus haut, les plans d'action régionaux découlant de la Politique ont pour la plupart été adoptés en 1994, et quelques-uns en 1995. Les changements structurels et culturels importants que le réseau a entrepris de faire sur la base de la Réforme et de la Politique ont commencé à prendre une forme concrète à mi-chemin de ces dix années. Les changements en termes de production de services et de modes de pratique

se sont implantés par étapes, et les effets sur l'état de santé et de bien-être des clientèles touchées par ces changements ne font dans certains cas que commencer à être observables.

Les participants aux consultations régionales ont souligné à plusieurs reprises que tout ne peut pas être vite fait, surtout quand il s'agit de prévention. Il faut laisser aux résultats le temps d'apparaître et s'efforcer de les évaluer selon une échelle de temps appropriée.

Le réseau souhaite le renouvellement de la Politique, non pas pour se voir relancé dans une nouvelle direction, mais dans une optique de continuité. Il souhaite avoir les moyens nécessaires pour continuer dans la voie proposée par la Politique depuis 1992, en consacrant plus d'efforts à la mise en œuvre des stratégies qu'elle a définies, en élargissant la portée du concept de prévention pour interpeller l'ensemble des acteurs, et en s'accordant cette fois le temps nécessaire pour voir apparaître le fruit de ses efforts .

Au-delà de l'enjeu immédiat du renouvellement de la Politique, le portrait qui vient d'être brossé met aussi en évidence un défi majeur auquel doit faire face notre système socio-sanitaire : celui de se donner les instruments pour assurer une continuité à moyen et à long terme dans les orientations et les priorités signifiées aux acteurs du réseau.